

INDICAZIONI CHIRURGICHE NELLA COLITE ULCEROSA

**20-30% DEI PAZIENTI CON RCU
NECESSITANO DI INTERVENTO
CHIRURGICO**



**CRONICIZZAZIONE O
RIPETUTE
RIACCENSIONI**

COMPLICANZE



**COLITE
FULMINANTE**



NEOPLASIA

Rettocolite ulcerosa

TERAPIA CHIRURGICA

urgenza

- colectomia totale + ileostomia +
affondamento del moncone rettale

elezione

- colectomia totale + ileorettostomia T-T o L-T
- proctocolectomia + ileostomia definitiva
- colectomia totale + mucosectomia rettale +
anastomosi ileoanale con pouch ileale

C. U. Indicazioni e timing per la chirurgia

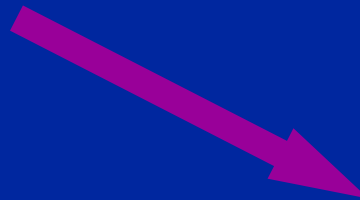
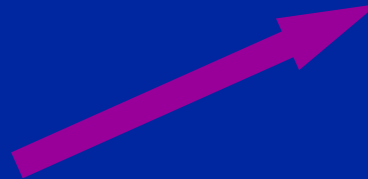
Persistenza dei sintomi
Steroido dipendenza
Displasia confermata

elezione

Colite severa

- **Emorragia severa**
- **Perforazione**
- **Megacolon tossico**

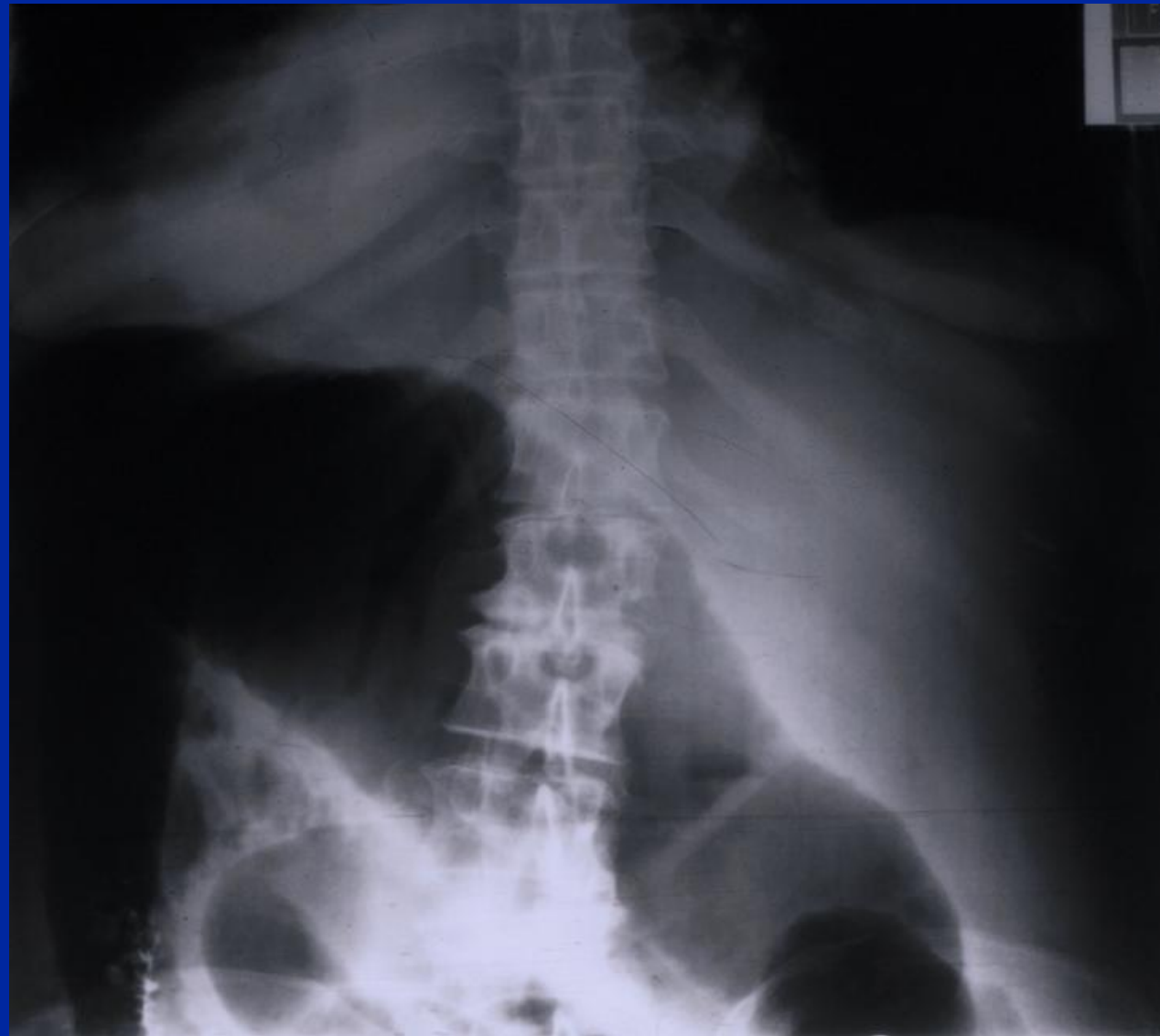
urgenza

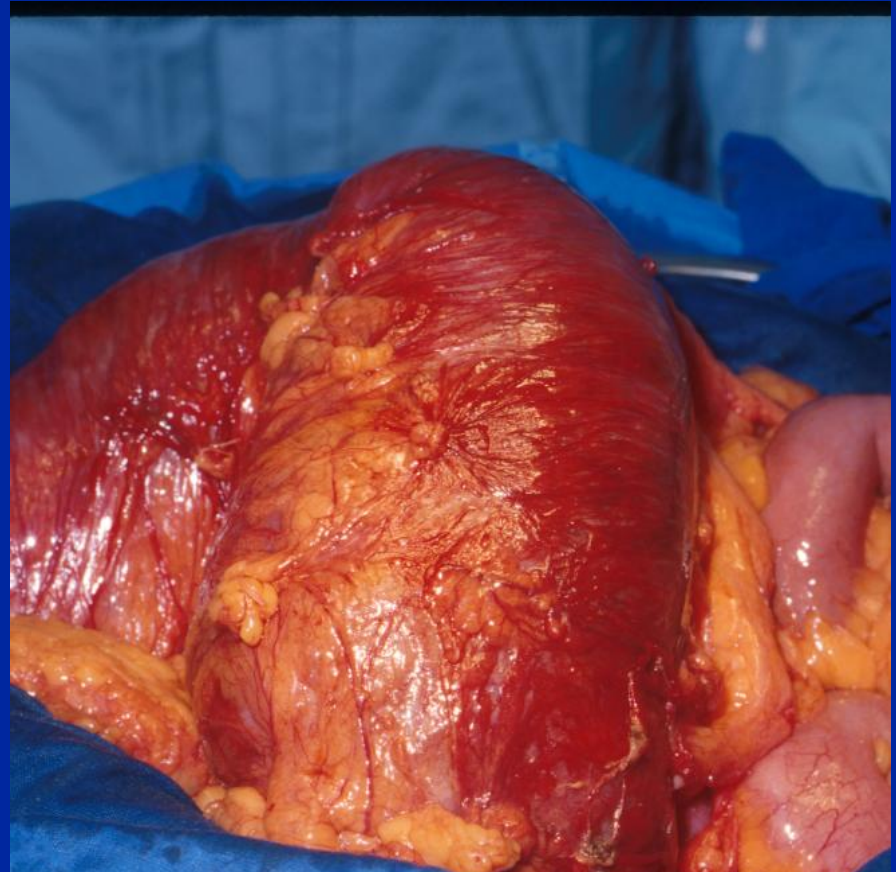
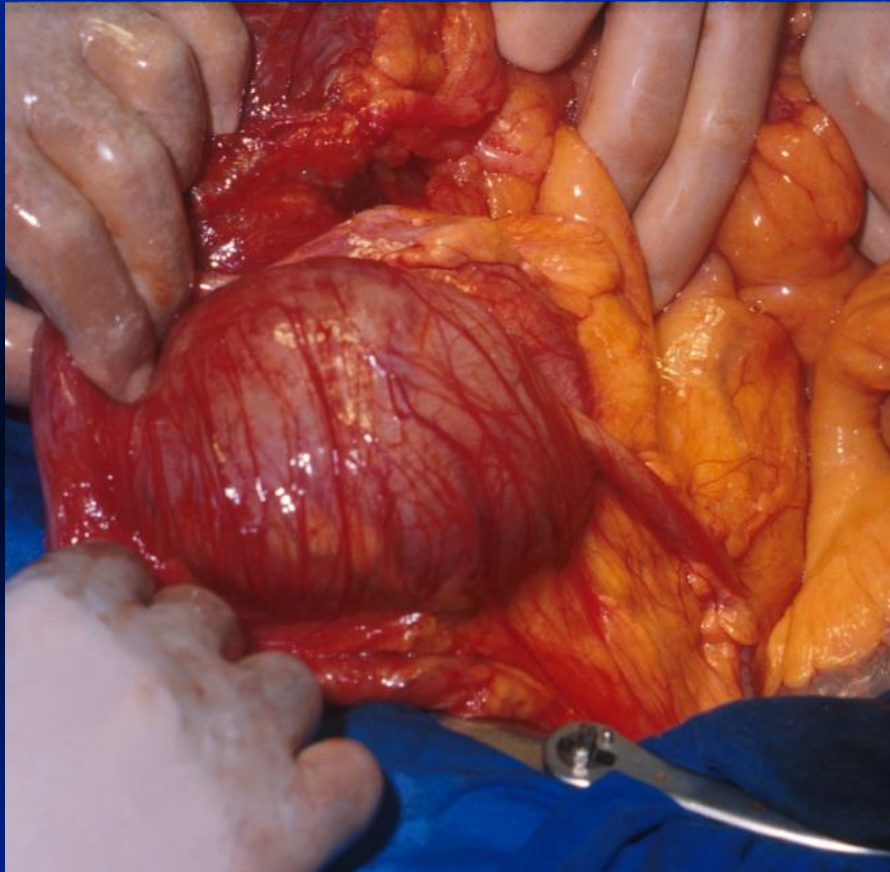


PARAMETRI CLINICI DI SEVERITA'

□ DIARREA	>6 scariche/die
□ TEMPERATURA	>38°C
□ FREQUENZA CARDIACA	>100
□ PERDITA DI PESO	>10%
□ HTC	<30%
□ VES	>30
□ ALBUMINA	<3

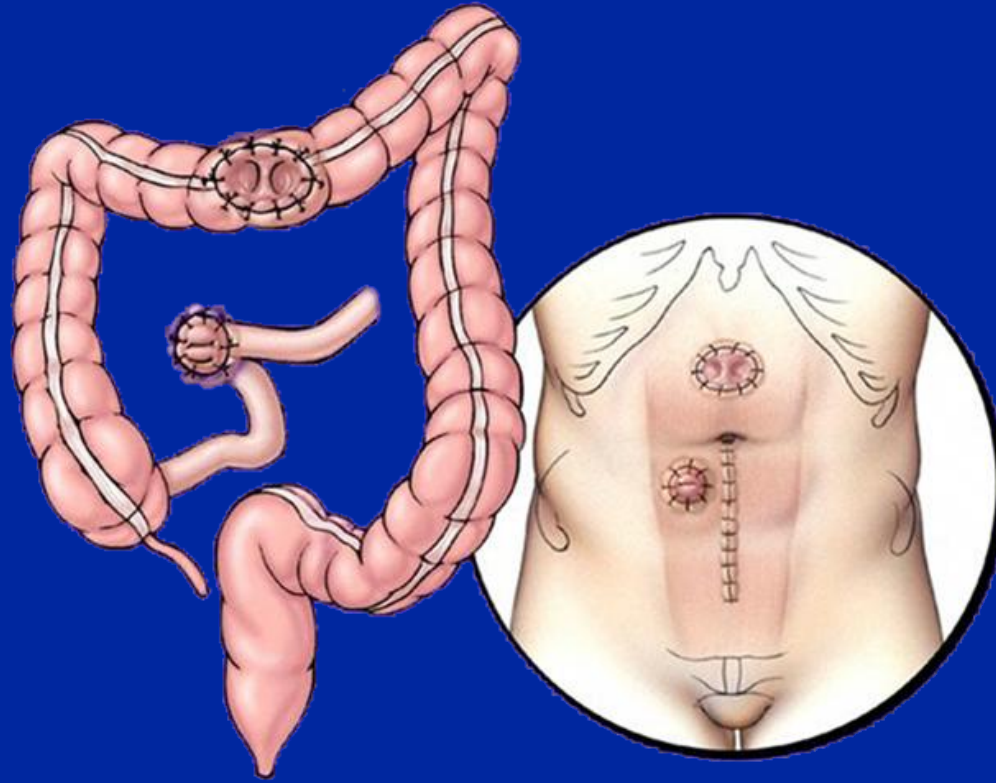




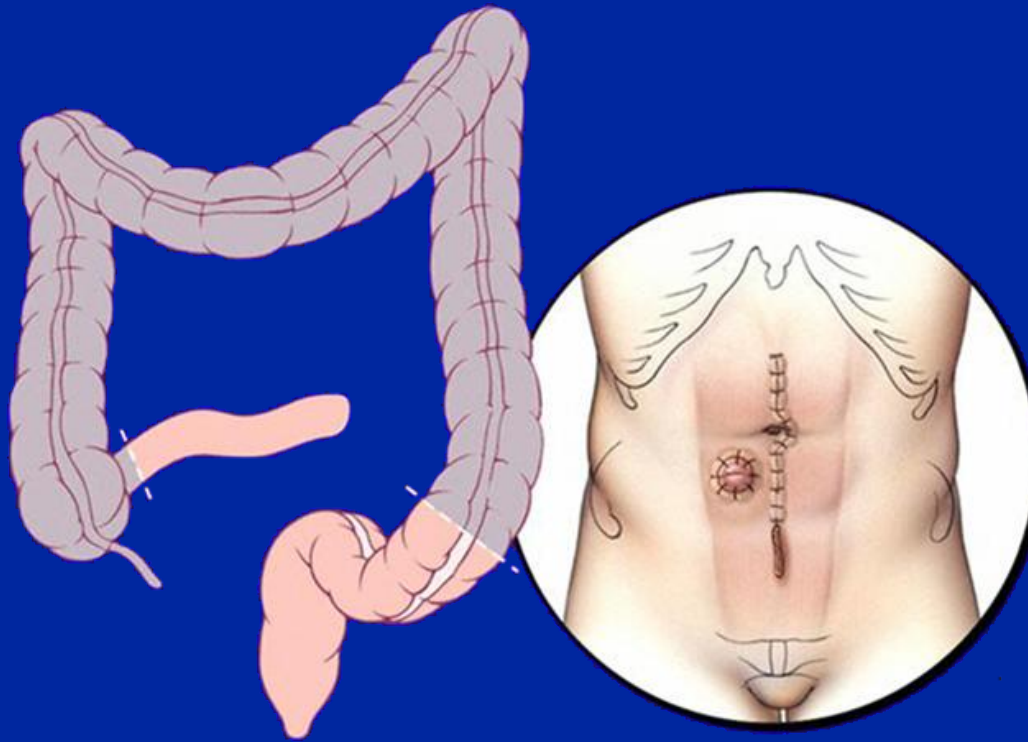


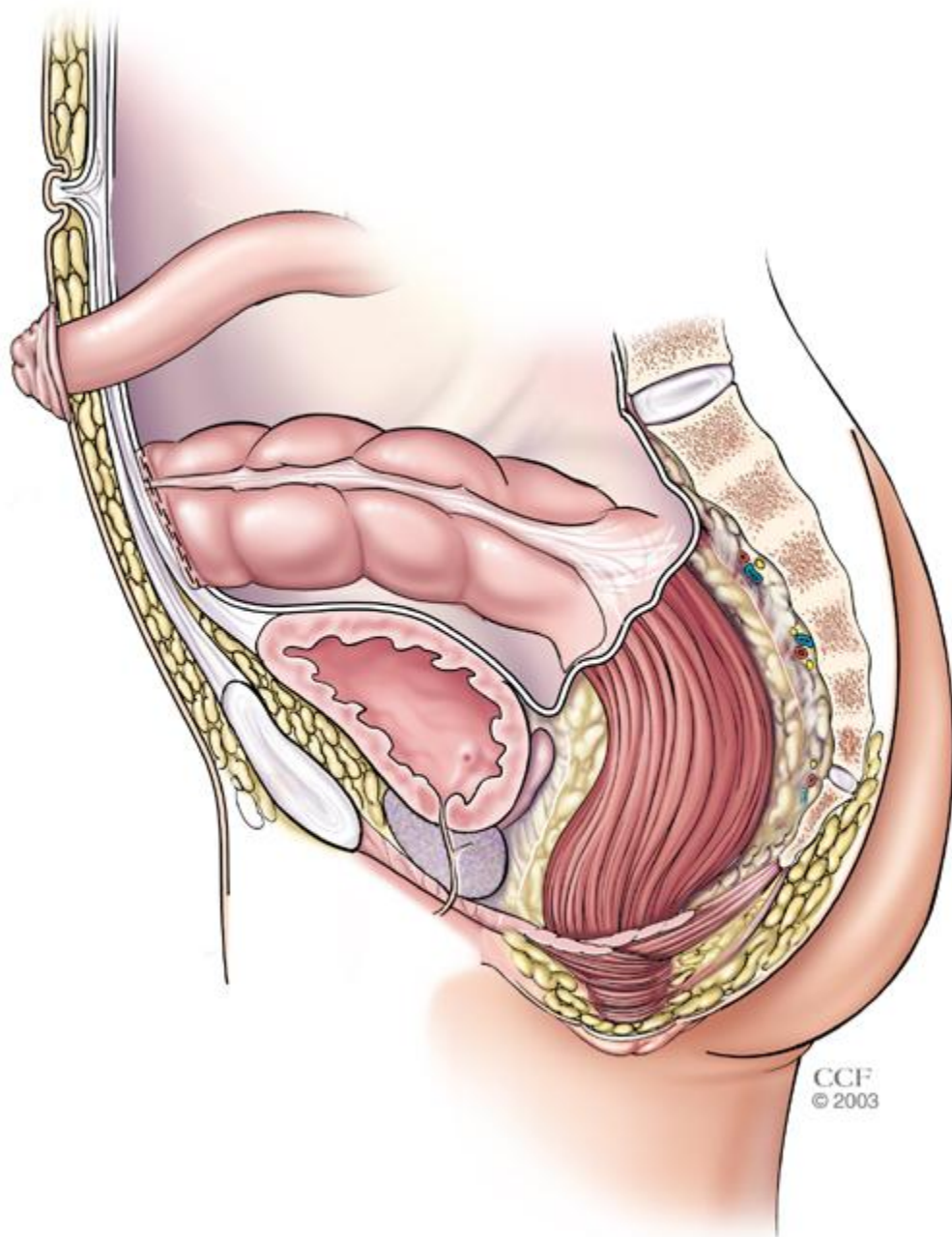


Trattamento in urgenza intervento di Turnbull



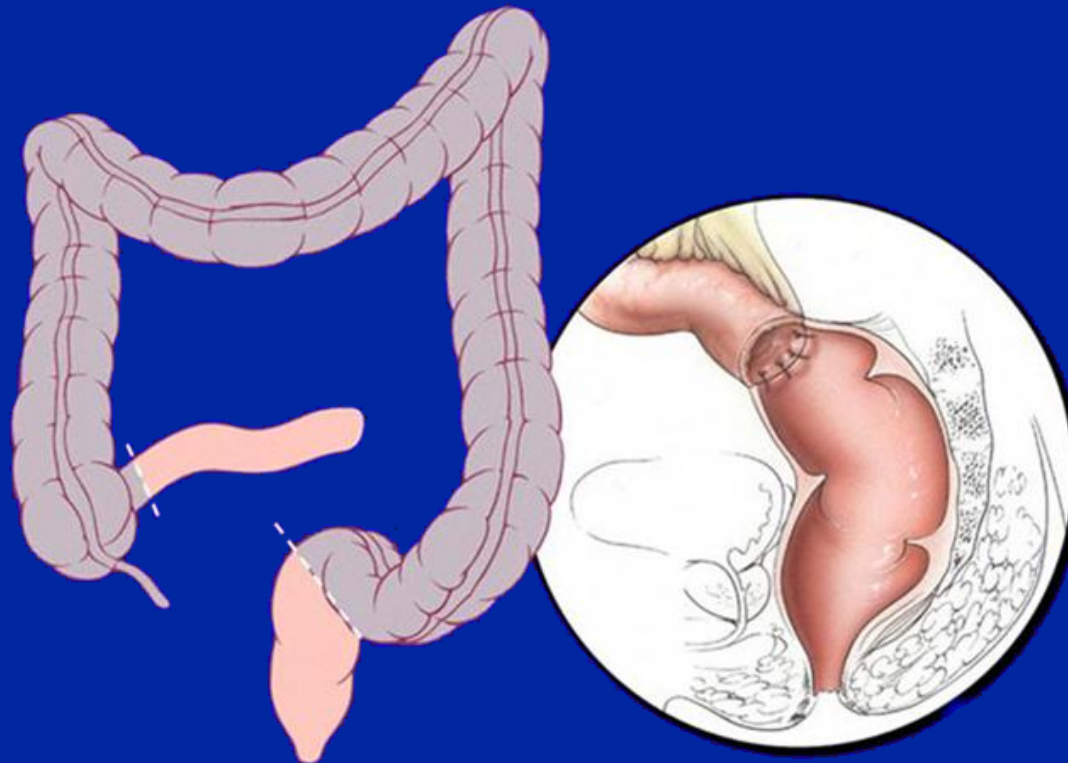
Colectomia subtotale ed ileostomia



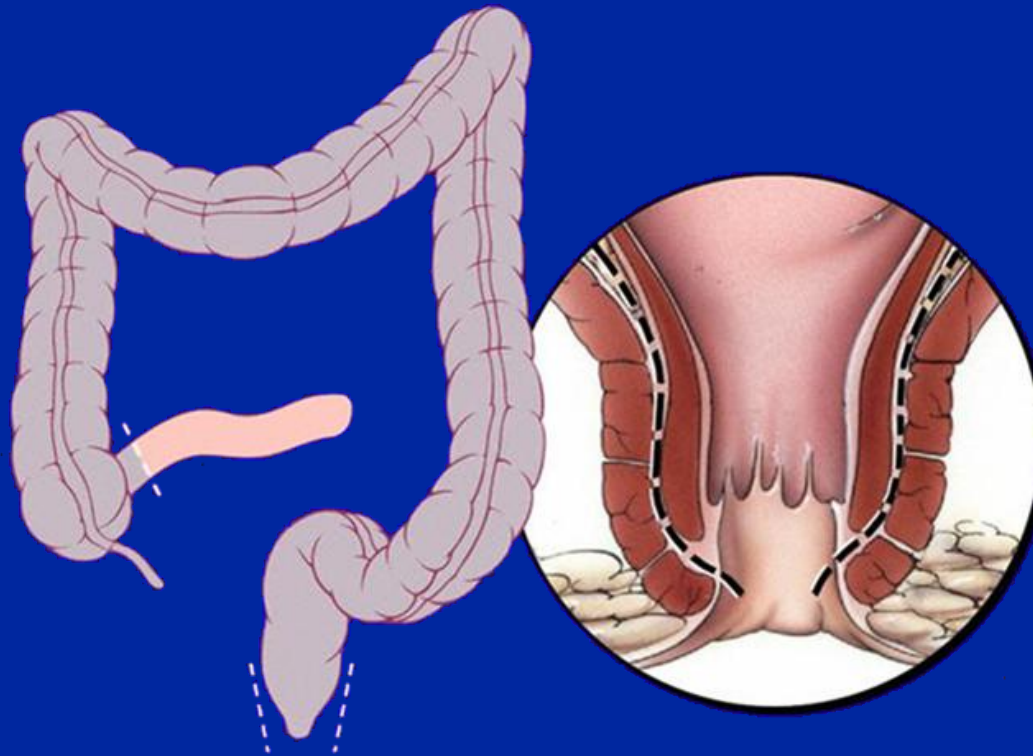


CCF
© 2003

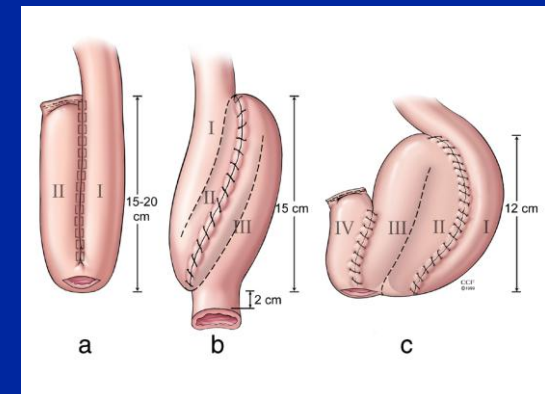
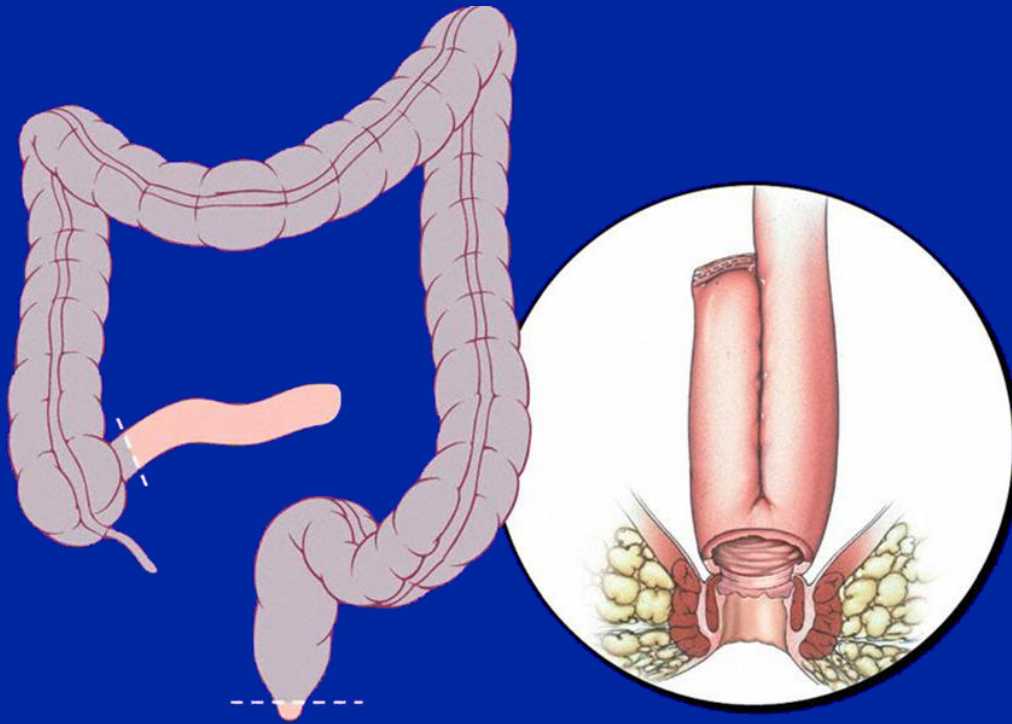
Interventi definitivi
**Colectomia totale con ileo-retto
anastomosi**



Proctocolectomia totale e ileostomia terminale



Proctocolectomia totale con ileo-ano anastomosi e J pouch

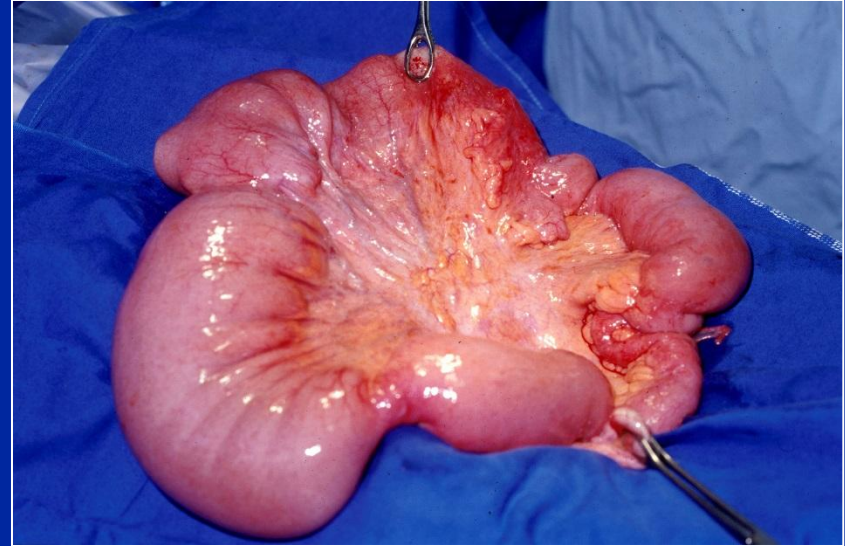




Il trattamento chirurgico della M. di Crohn

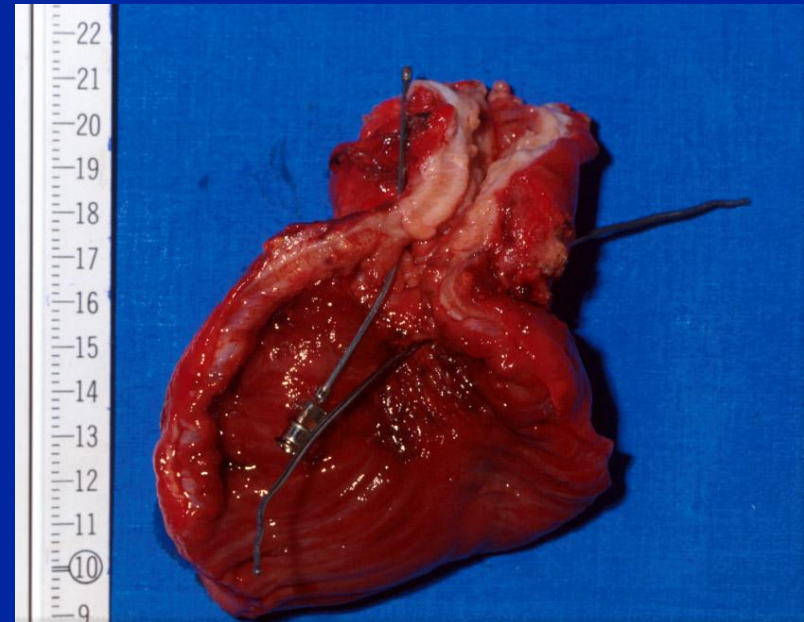


Ileite stenosante



M. Di Crohn fistolizzante

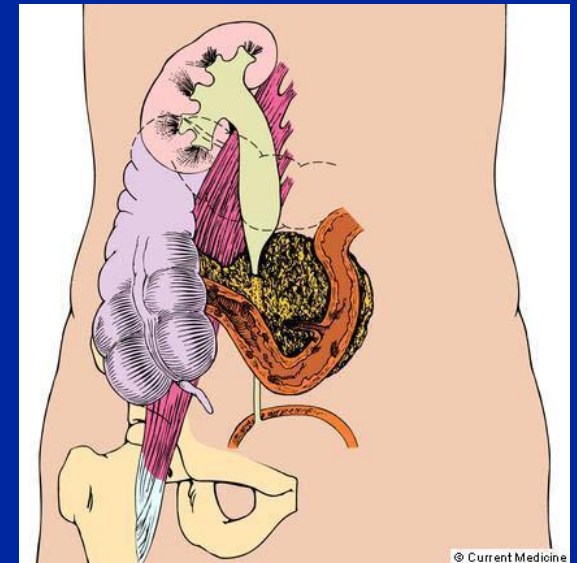
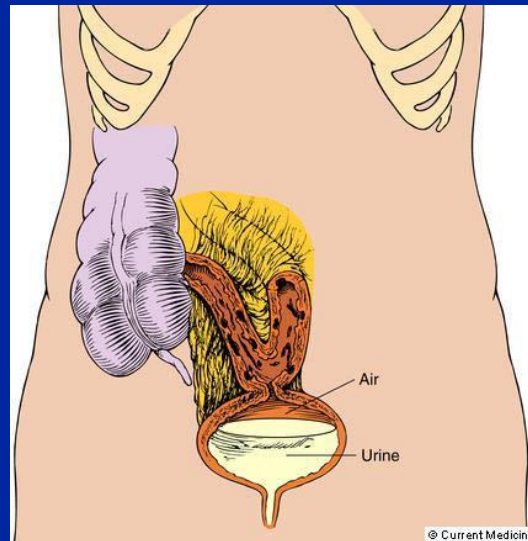
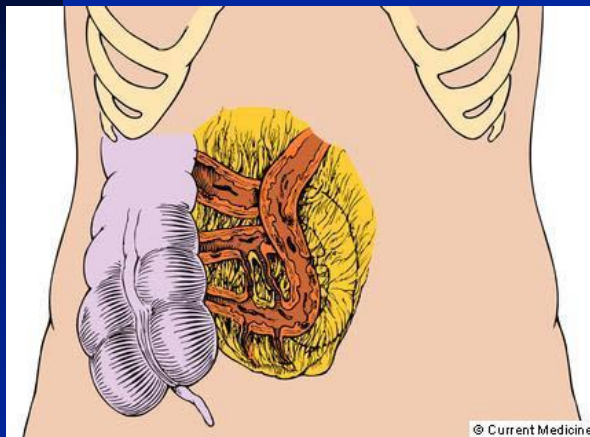
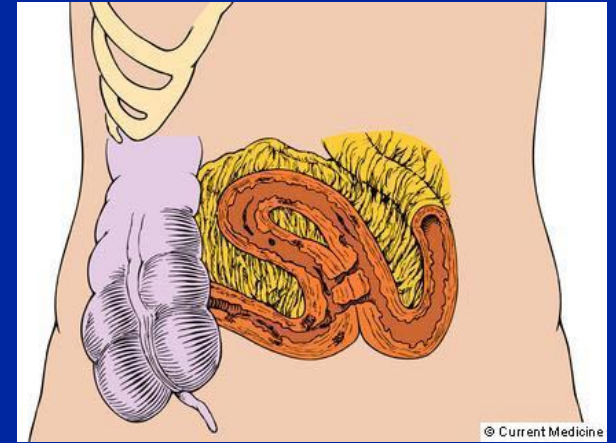
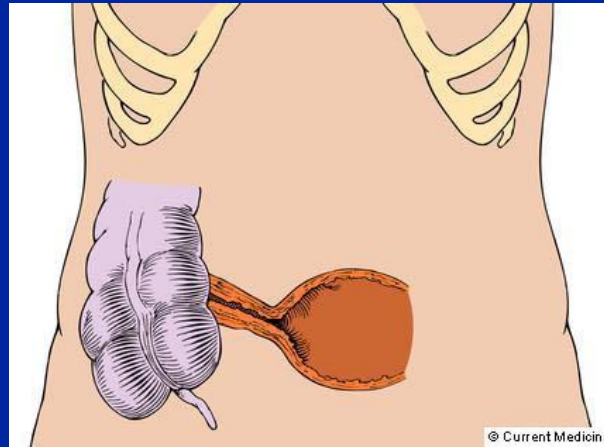
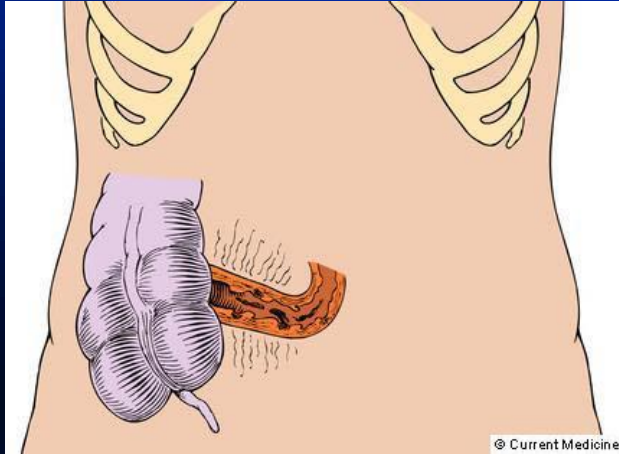




Chirurgia per M. di Crohn

- La chirurgia generalmente è indicata per le complicanze della malattia.
- La chirurgia deve essere dedicata ai tratti intestinali responsabili delle complicanze.

Ileite di Crohn: complicanze



Indicazioni all'intervento

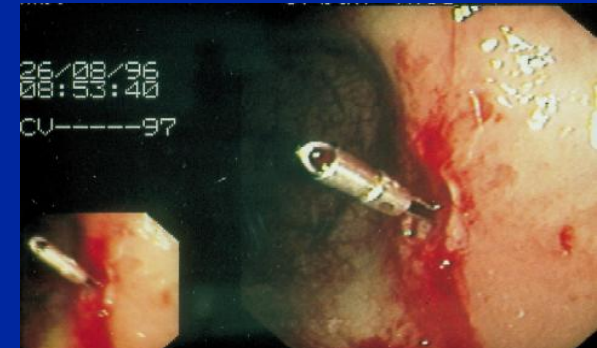
- Occlusione intestinale
- Fistola/Ascesso
- Resistenza alla terapia medica
- Perforazione
- Sanguinamento
- Complicanze urologiche
- Malattia perianale
- Neoplasia

Sanguinamento GI

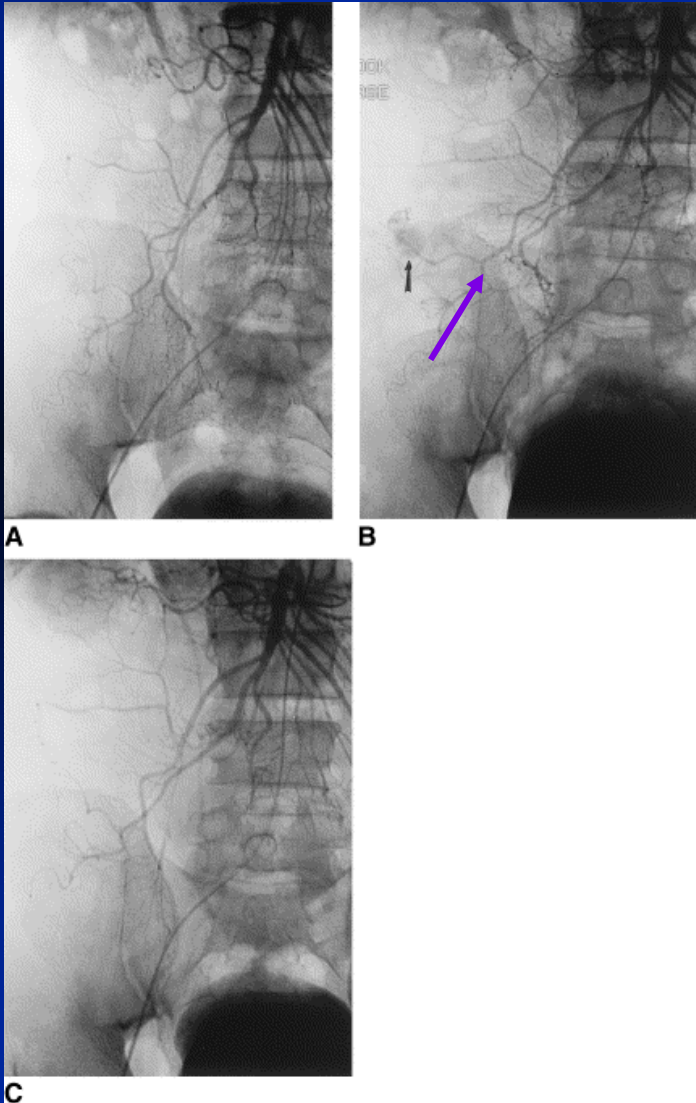
- Rara indicazione all'intervento
- Più frequente nella colite di Crohn
- Localizzazione pre-operatoria mediante colonscopia o angiografia

ENDOSCOPIA

- Preparazione intestinale?
- Possibile trattamento endoscopico
 - diatermocoagulazione
 - laser terapia
 - terapia iniettiva
 - endoclip



ANGIOGRAFIA



IDENTIFICATA LA SEDE



EMBOLIZZAZIONE SUPERSELETTIVA



INFUSIONE DI COLORANTE VITALE



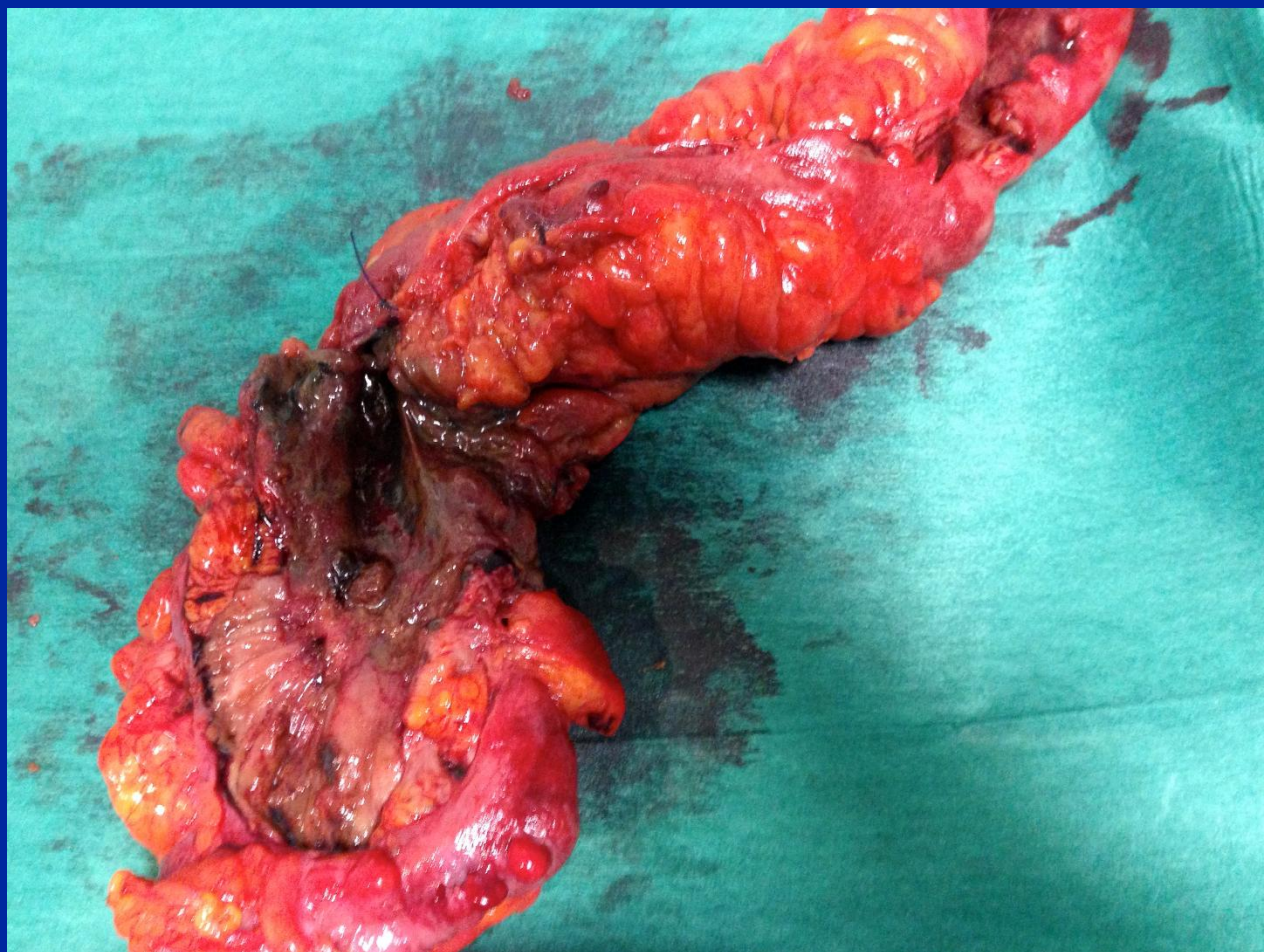
CHIRURGIA CONSERVATIVA

ANGIOGRAFIA E COLORAZIONE VITALE CON BLEU DI METILENE



Perforazione libera

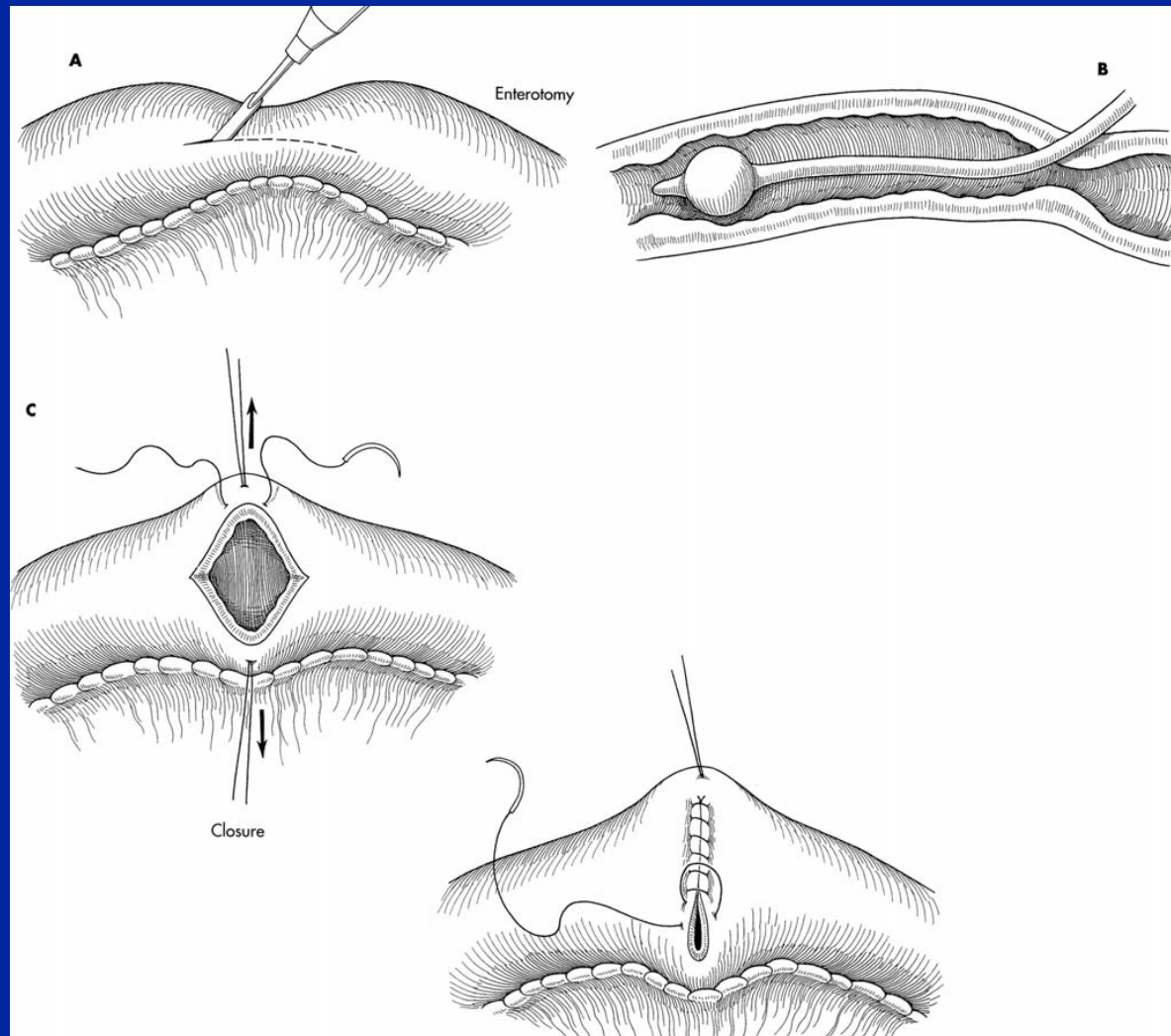
- ✓ Evento raro
- ✓ Resezione del tratto intestinale perforato
- ✓ Ripristino della continuità intestinale in rapporto a:
 - ✓ entità della contaminazione,
 - ✓ stato nutrizionale,
 - ✓ terapia in corso.



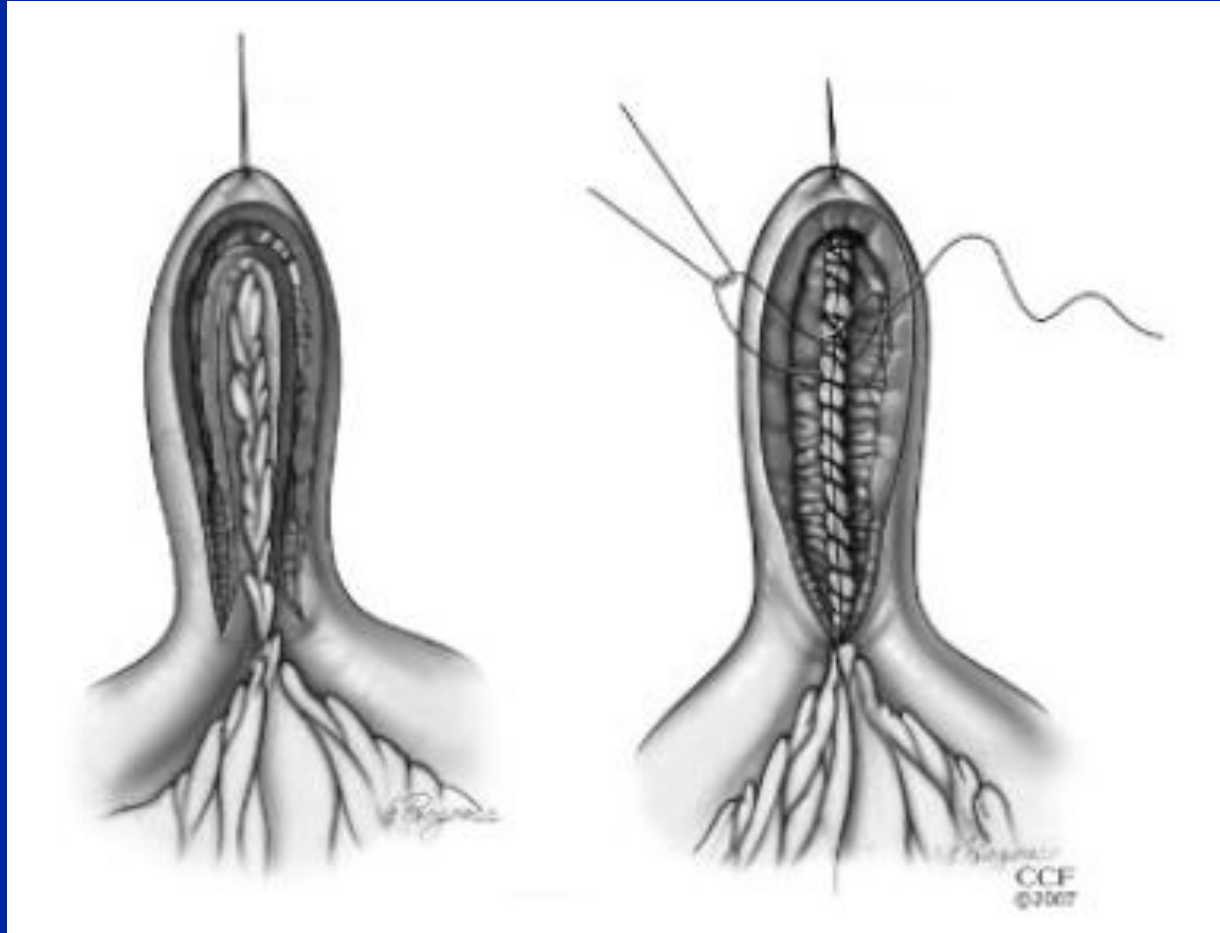
Tecnica operatoria

- Esplorazione completa dell'intestino
- Identificazione delle fistole e risparmio dell'intestino non infiammato.
- Confezionamento di stomia: pazienti critici, peritonite, intestino fragile.
- Tecnica laparoscopica: quando possibile

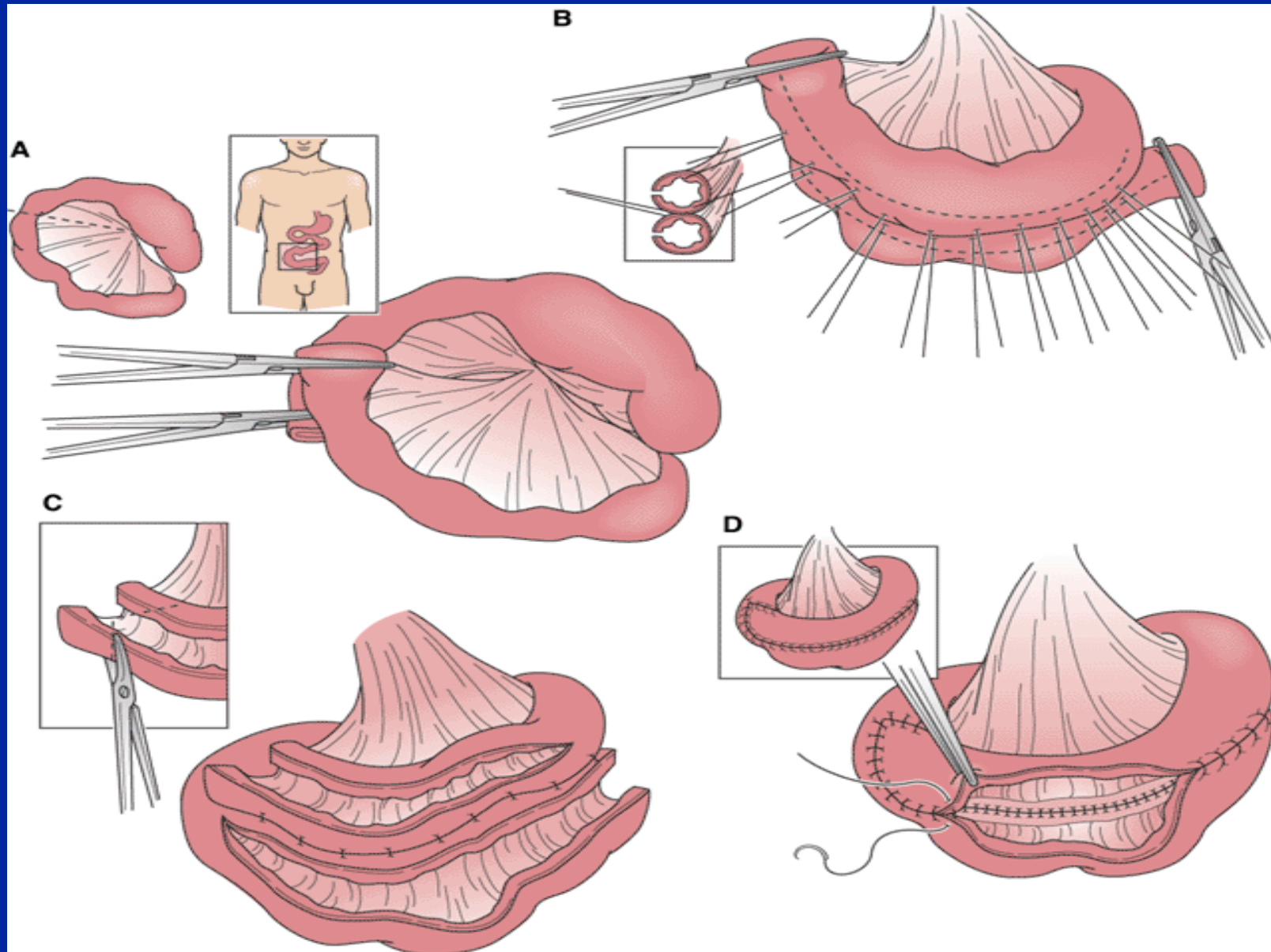
Heineke - Mikulicz Stritturoplastica



Finney Stritturoplastica



Latero-laterale isoperistaltica



Stritturoplastica

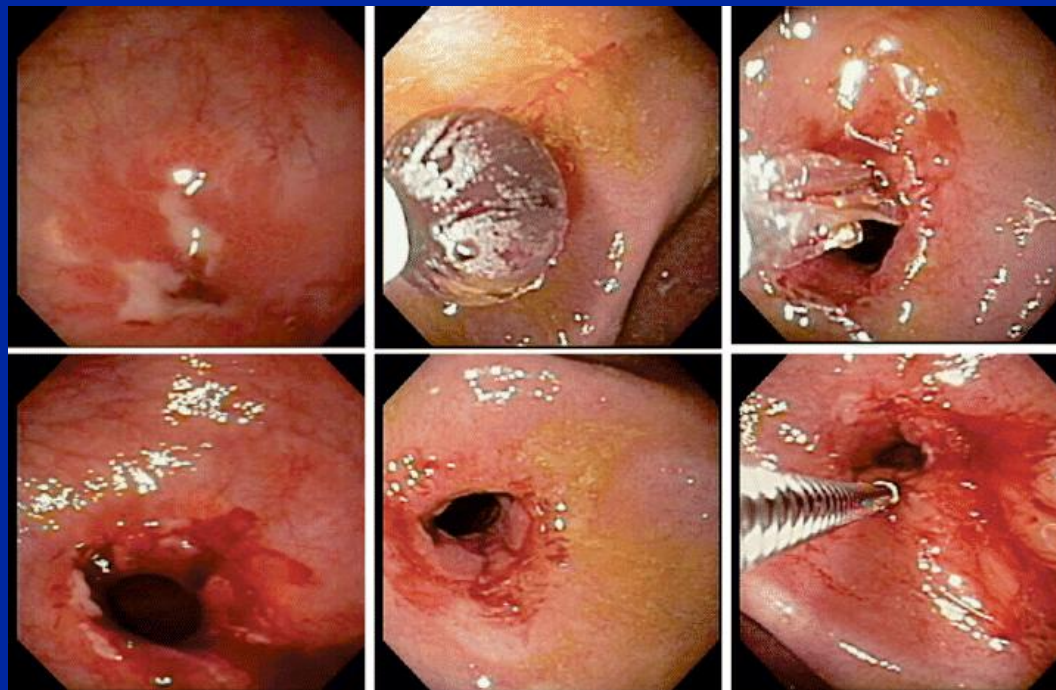
Indicazioni

- ❑ Stenosi multiple tra lunghi tratti di intestino sano
- ❑ Precedenti resezioni
- ❑ Pz a rischio di intestino corto
- ❑ Stenosi senza flemmone o fistola

Controindicazioni

- ❑ Malnutrizione (alb <2.0)
- ❑ Intestino perforato
- ❑ Stenosi multiple intervallate da breve tratto sano
- ❑ Stenosi vicine ad una resezione
- ❑ Sanguinamento dal tratto stenotico
- ❑ Neoplasia

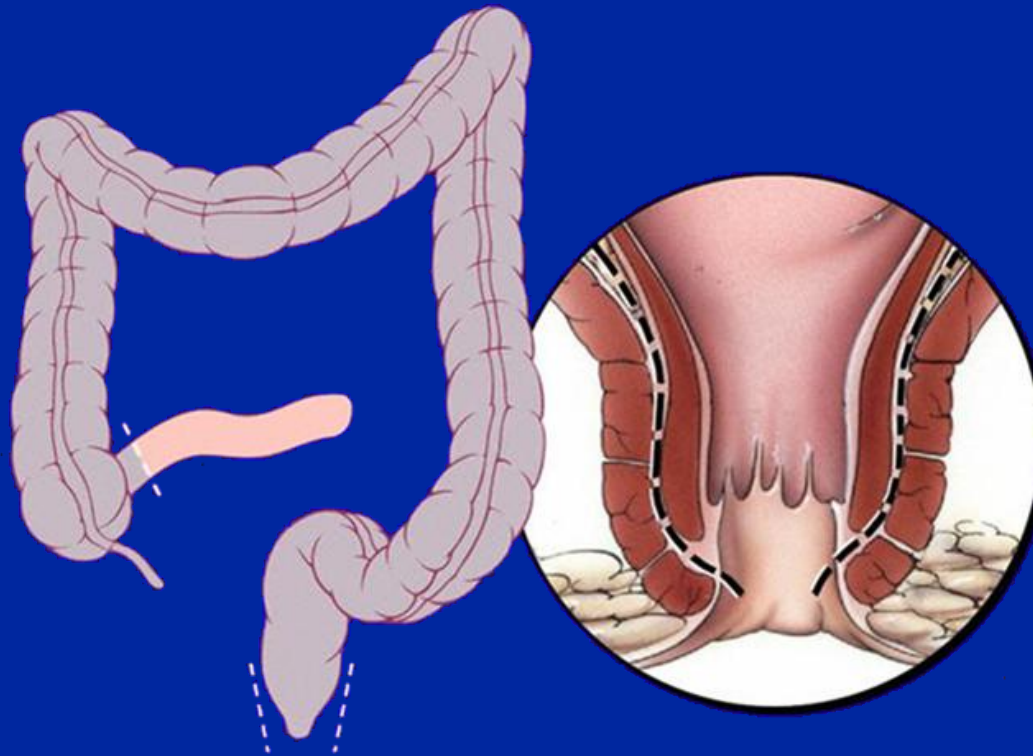
M. C. Dilatazione endoscopica delle stenosi



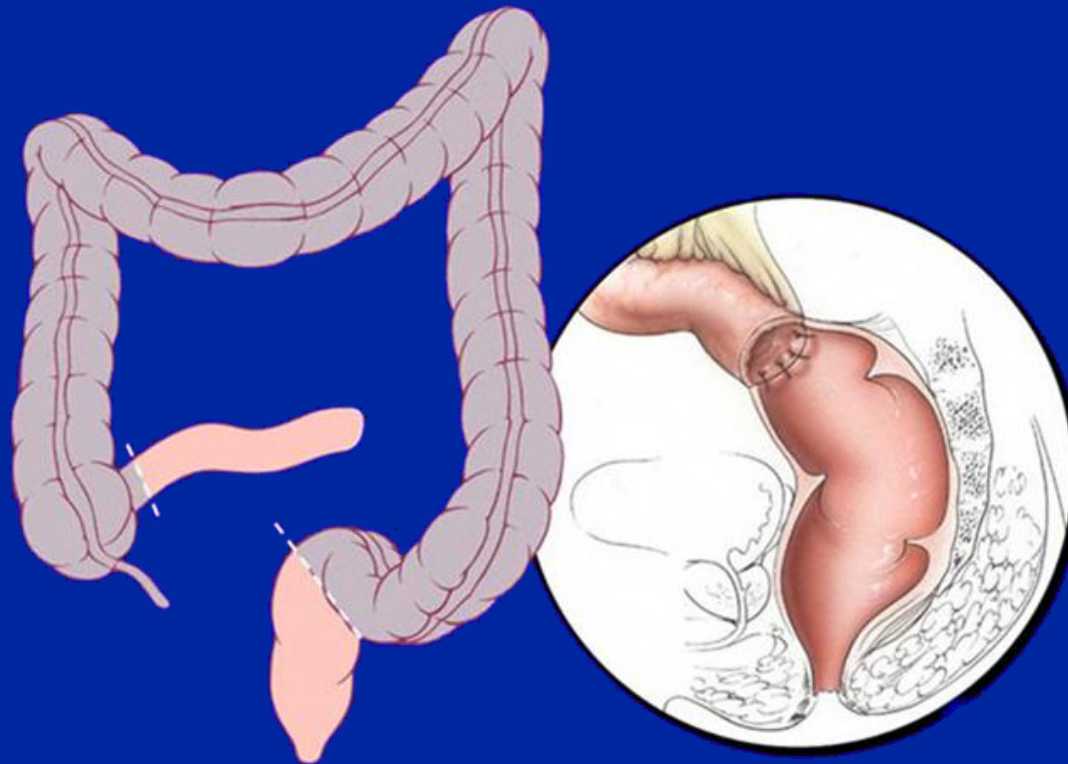
Opzioni Chirurgiche

- Proctocolectomia + ileostomia
 - Incontinenza fecale
 - Malattia rettale o perianale severa
 - Neoplasia del retto
- Colectomia, ileoretto anastomosi
 - Retto , ano risparmiato
- Resezioni segmentarie
 - Malattia focale (stenosi)

Proctocolectomia totale e ileostomia terminale



Colectomia totale con ileo-retto anastomosi



Tecnica laparoscopica nella chirurgia per M.C.

- Laparoscopia diagnostica
- Confezionamento di stomia
- Resezioni
- Stritturoplastiche

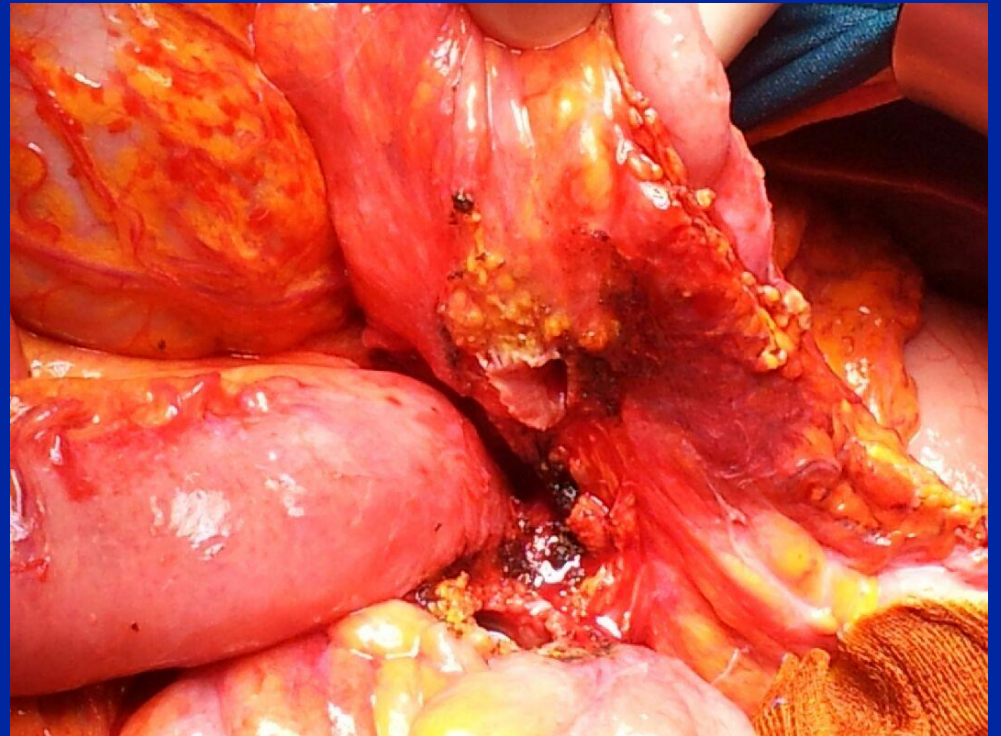


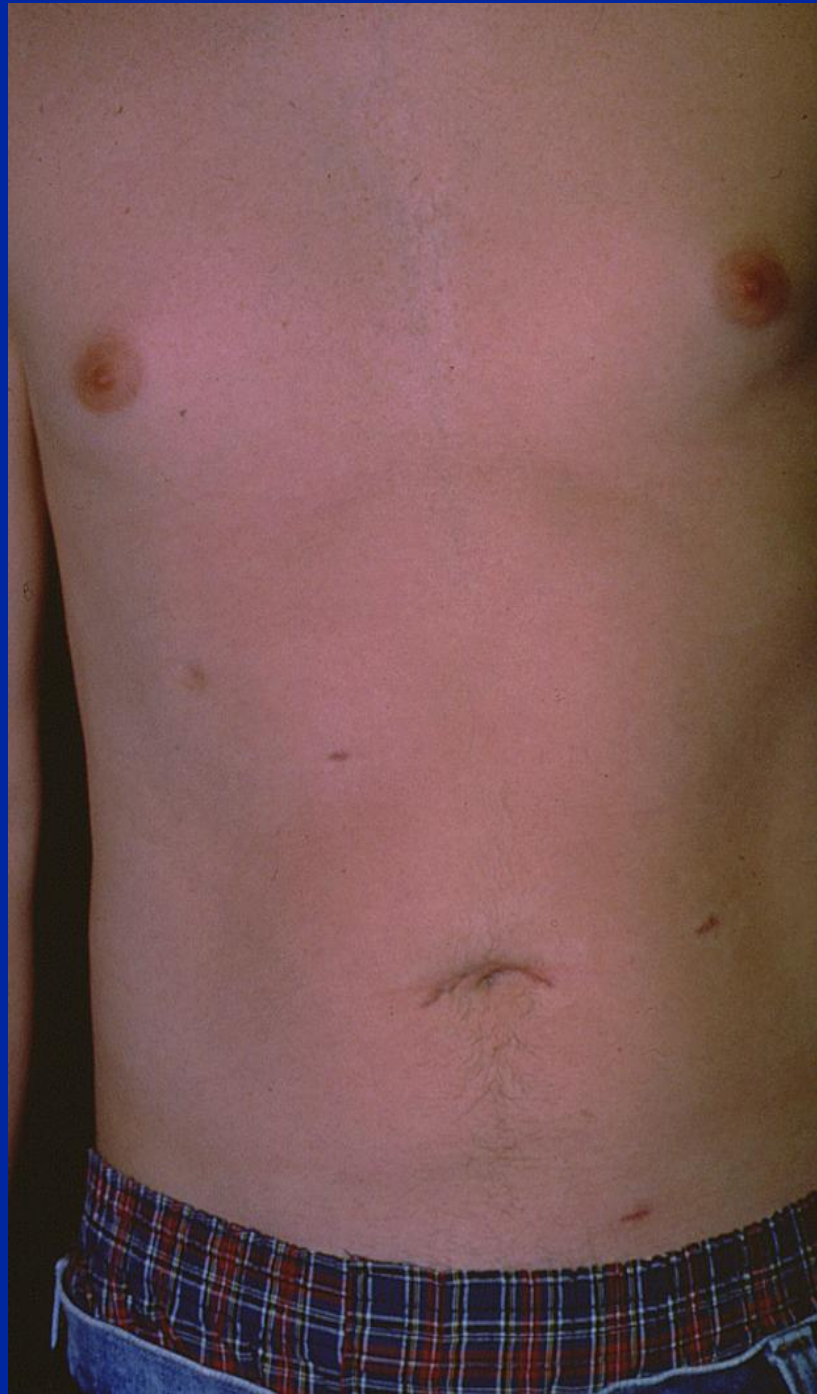
Vantaggi della chirurgia laparoscopica nelle IBD

- Pazienti con IBD sono spesso **giovani e attivi** importante rapido recupero e aspetto cosmetico
- **Riduzione di aderenze** favorisce eventuali reinterventi per recidiva
- Migliore **fertilità femminile** post-operatoria
- I **benefici a breve termine** rapido recupero della funzione intestinale e dell'attività lavorativa.
- Riduzione delle **complicanze a lungo termine** quali occlusione intestinale e laparocele.

Limiti della chirurgia laparoscopica nella m di Crohn

- **Ispessimento della parete delle anse intestinali**
- **Presenza di massa infiammatoria**
- **Mesentere ispessito e fragile**
- **Frequente presenza di flemmone e/o fistole**
- **Malnutrizione e terapia steroidea prolungata**
- **Aderenze infiammatorie o per interventi precedenti**

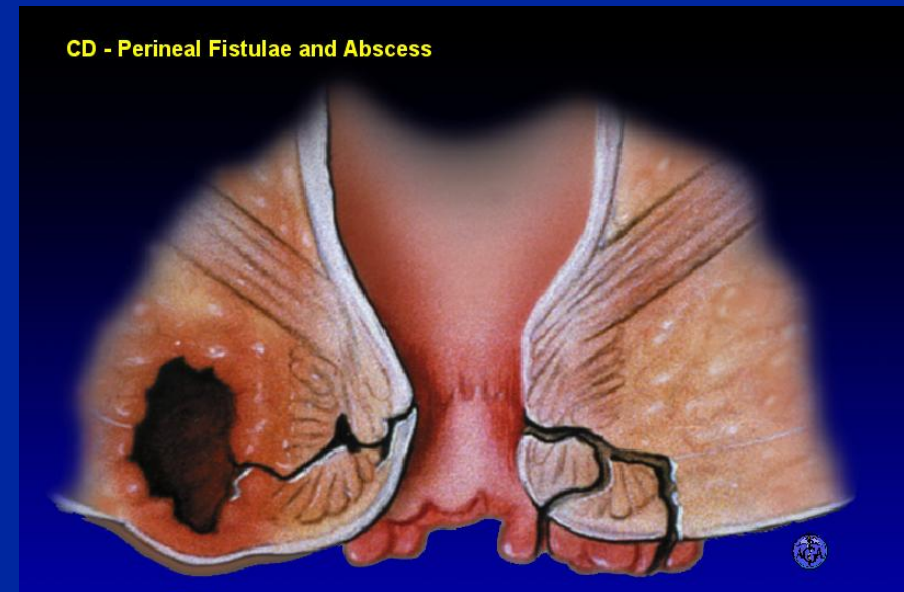




M. DI CROHN PERIANALE

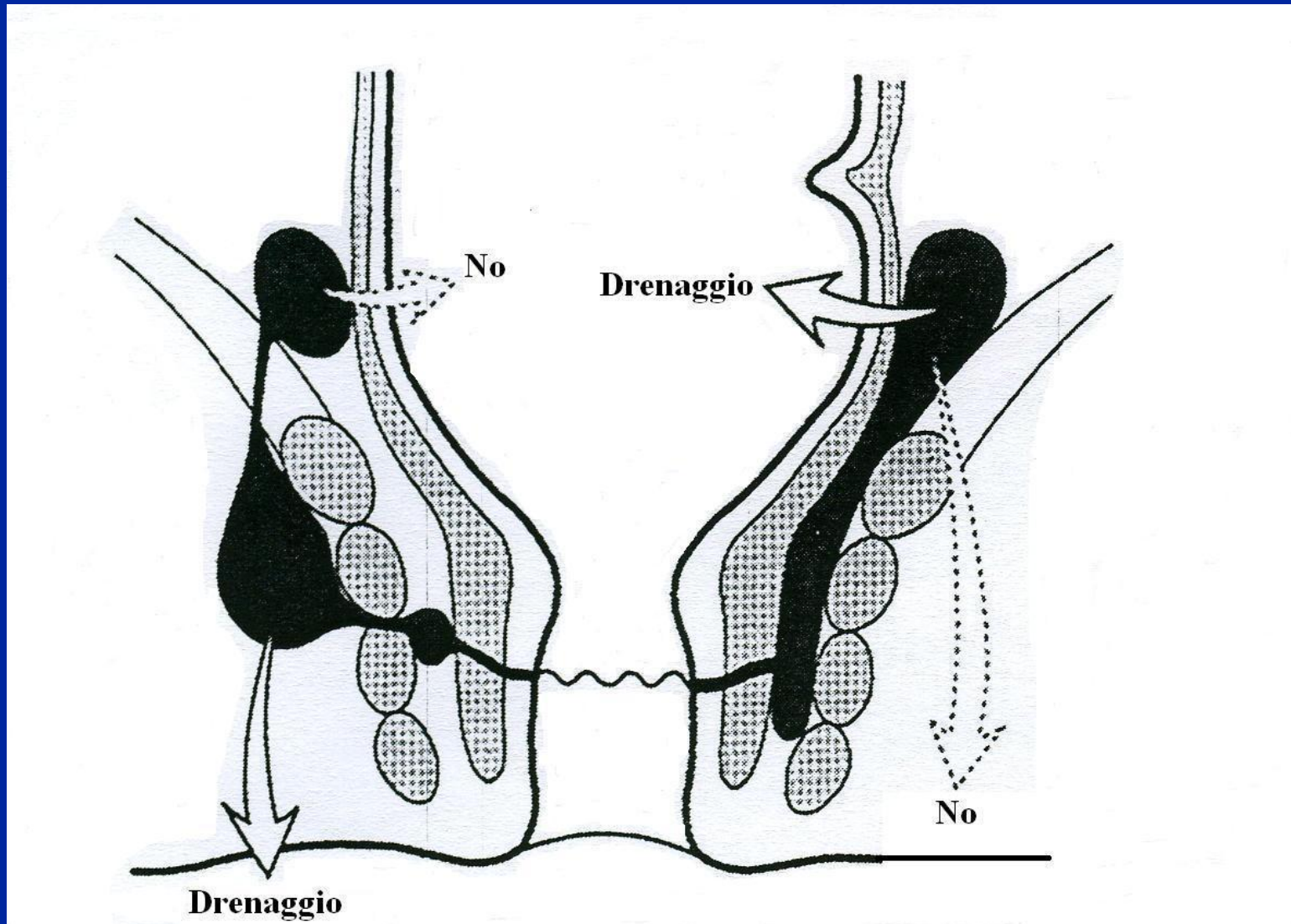
□ ULCERAZIONI CANALE ANALE

- FISTOLE
- STENOSI
- MARISCHE

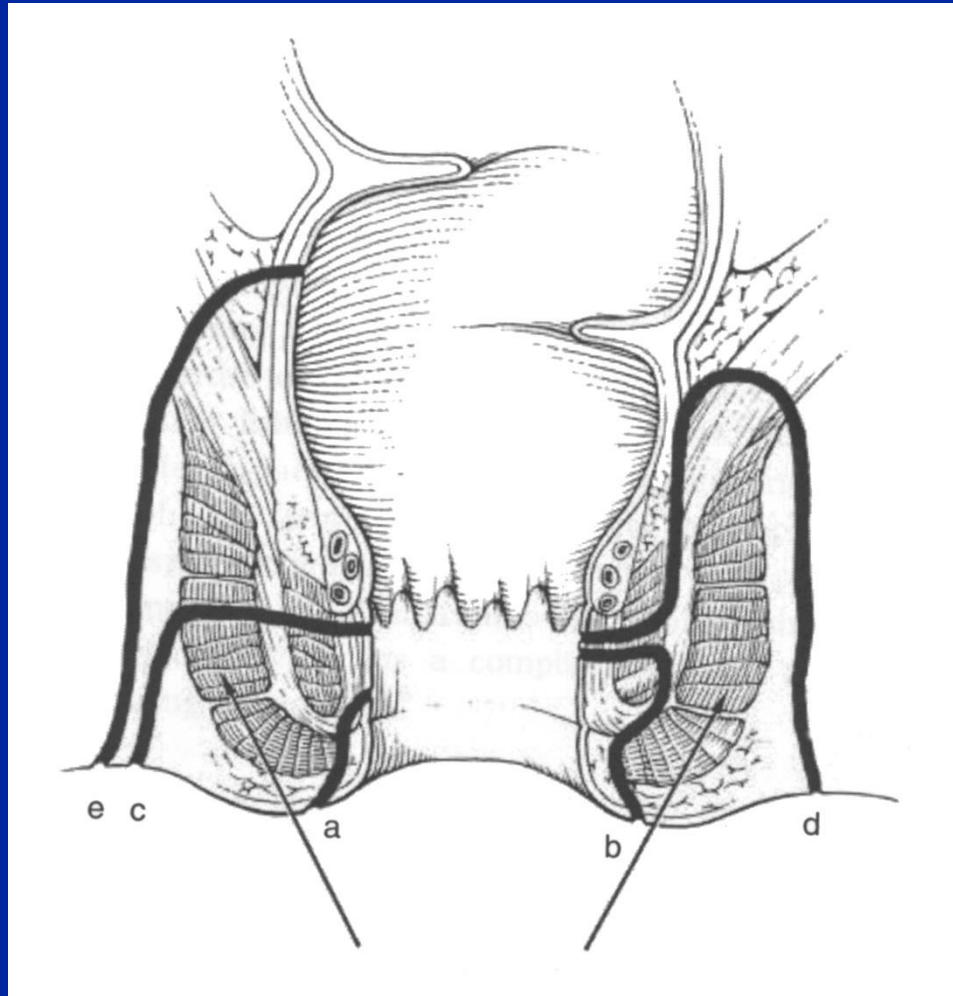




Ascessi perianali: vie di diffusione e drenaggio



Fistole perianali



FISTOLE PERIANALI

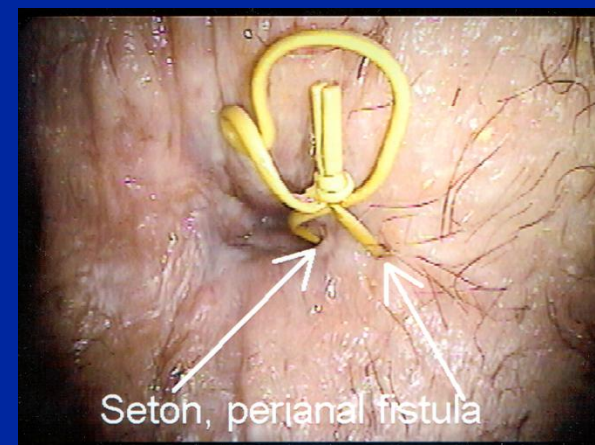
TRATTAMENTO



- CURETTAGE E DRENAGGIO
- FISTULOTOMIA
- FISTULECTOMIA CON LEMBO MUCOSO
- COLOSTOMIA
- PROCTECTOMIA



➤ **TERAPIA MEDICA**



M. Di Crohn perianale (13 – 43%)

Fattori di rischio di stoma permanente o temporaneo

- ✧ Stenosi anale (proctite)
- ✧ Colite di Crohn
- ✧ > Numero di interventi



Stomia permanente 12 – 49%