

GUIDA PRATICA:

LA RICANALIZZAZIONE

DI ROBERTO ALOESIO

GUIDA PRATICA:

LA RICANALIZZAZIONE

DI ROBERTO ALOESIO

© ROBERTO ALOESIO

- Medico chirurgo
- Specialista in Chirurgia Generale
- Coloproctologo
- Ex Direttore SS Coloproctologia e Centro Stomie - Ospedale Martini - ASL Città di Torino
- Ex Direttore SSD Day Hospital Day Surgery Multidisciplinare - Ospedale Martini - ASL Città di Torino
- Ex Direttore SC Chirurgia Generale - Ospedale Martini - ASL Città di Torino
- Vicepresidente APISTOM Torino OdV
- Responsabile Scientifico FAIS OdV
- Cavaliere al Merito della Repubblica Italiana per l'attività svolta nell'ambito dell'associazionismo in favore degli stomizzati

Roberto Aloesio
r.aloesio@faisitalia.it

“Tutte le cose si potrebbero fare molto meglio se si potessero fare due volte.”

Johann Wolfgang von Goethe

PROLOGO

Nella mia carriera di circa trent'anni a contatto con persone con stomia ho potuto constatare che coloro che avevano una stomia temporanea erano spesso ossessionati dal tempo che sarebbe trascorso prima della ricanalizzazione.

Se da un lato questo è ovvio, è sempre stato per me importante far capire ai pazienti che questa chirurgia può non essere semplice e che la demolizione effettuata nel primo intervento può essere tale da non consentire una ricanalizzazione corretta.

Trent'anni fa la chirurgia non era in grado di risolvere molti problemi che, con le tecnologie attuali, sono oggi risolvibili, ma non sempre la correzione anatomica è seguita da una completa ripresa funzionale e così vedo persone che contente di non aver più una stomia sono però disperate per la nuova situazione caratterizzata da scarsa funzionalità anorettale.

In questo guida si vuole far conoscere quali potrebbero essere le conseguenze di un intervento di ricanalizzazione affinché le persone abbiano una chiara idea a ciò che vanno incontro perché è importante essere consapevoli delle possibili conseguenze per poter valutare se accettare o meno un nuovo intervento chirurgico.

Questo non deve spaventare le persone, bensì renderle edotte che prima di essere sottoposti ad un intervento di chiusura della stomia è bene chiedere delucidazioni al proprio chirurgo in modo da affrontare serenamente l'intervento senza avere sgradite sorprese dopo l'intervento.

1.

COS'E' LA RICANALIZZAZIONE

Nell'ultimo decennio si è assistito ad un incremento di interventi resettivi del retto eseguiti in laparoscopia con anastomosi (sutura tra i due monconi intestinali) eseguite sempre più in prossimità del canale anale. Queste procedure prendono il nome di anastomosi basse o ultrabasse cui recentemente si sono aggiunte anche quelle intrasfinteriche dopo asportazione sia del retto che del canale anale e del muscolo sfintere interno.

Le anastomosi di questo tipo necessitano di una stomia di protezione (ileostomia) temporanea affinché la sutura cicatrizzi in modo corretto senza il passaggio di feci su di essa. Il paziente che ha subito un intervento di questo tipo sarà successivamente sottoposto ad intervento di chiusura della stomia.

In questi casi occorre precisare che la ricanalizzazione *anatomica*, cioè il ripristino della continuità intestinale, è già stato effettuato con il primo intervento e la chiusura della stomia consente una ricanalizzazione *funzionale*

E' inutile dire che tutti i pazienti sono ansiosi di essere ricanalizzati per poter porre fine alle problematiche legate alla stomia.

Purtroppo, dopo la ricanalizzazione, possono comparire altri problemi, talora invalidanti, che deprimono ulteriormente la qualità di vita delle persone.

L'insieme dei sintomi conseguenti alla ricanalizzazione prende il nome di Sindrome della Resezione Anteriore Bassa

(nota con l'acronimo anglosassone LARS). Recenti studi confermano che l'incidenza di LARS, dopo resezione anteriore del retto, varia dal 30% all'80%.

Uno studio di meta-analisi su oltre 5000 pazienti ha evidenziato presenza di LARS nel 65% dei casi di cui 41% gravi – 24% lievi.

RICANALIZZAZIONE ANATOMICA

Come già detto il ripristino della continuità intestinale in questi casi è già stato costituito nel primo intervento,

Esistono però casi in cui, dopo l'asportazione di parte del retto, le condizioni cliniche non permettono una immediata sutura dei due monconi intestinali (anastomosi) per cui si abbandona il retto, o parte di esso, nella pelvi e si confeziona una colostomia terminale temporanea; si tratta dell'intervento di Hartmann.

In questi casi il successivo intervento consiste nella chiusura della stomia e nell'anastomosi dei due monconi. E' un intervento complesso, spesso ostacolato da aderenze che si formano nella pelvi che talora possono totalmente impedire la ricanalizzazione.

Accade così che, specie in soggetti anziani che presentano altre patologie, questo intervento non possa essere eseguito senza gravi rischi per il paziente. In questi casi la colostomia temporanea diventa definitiva proprio per evitare gravi complicanze, qualche volta letali.

COSA CAMBIA TRA I DUE INTERVENTI

Abbiamo detto che è importante sapere quale tipo di intervento si debba affrontare.

La chiusura di una stomia temporanea, specie se si tratta di una ileostomia, è un intervento di breve durata, spesso eseguito con delle suturatrici automatiche, utilizzando come accesso all'addome il foro precostituito con la stomia.

La vera e propria ricanalizzazione consiste, invece, nella riapertura dell'addome con smontaggio della stomia e reperimento dei monconi che spesso devono essere recentati, cioè preparati per la sutura, e successivamente anastomizzati (uniti fra loro). Questo intervento può durare alcune ore, può tecnicamente complicarsi per la presenza di aderenze che talora possono totalmente ostacolare l'intervento da indurre il chirurgo a soprassedere alla ricanalizzazione.

Entrambi gli interventi, comportando una sutura intestinale, possono complicarsi con una deiscenza dell'anastomosi (apertura della cucitura) a causa della estrema fragilità dei tessuti, specie se infiammati. Ciò determina la fuoriuscita in addome di materiale fecale con formazione di ascessi e talvolta può manifestarsi una peritonite fecale. La frequenza di queste complicanze, pur essendo bassa, è maggiore nel caso di ricanalizzazione rispetto alla semplice chiusura di stomia.

Non mi stancherò mai di ripetere che ciò non deve essere un deterrente all'intervento, bensì una informazione importante per il paziente che deve acconsentire all'intervento chirurgico.

2.

COS'E' LA LARS

La LARS (Lower Anterior Resection Syndrome) o Sindrome della Resezione Anteriore Bassa è un corteo sintomatologico che colpisce coloro che hanno subito questo tipo di intervento (Resezione Anteriore Bassa del Retto) ed è caratterizzato da sintomi talvolta così gravi da essere invalidanti per il paziente.

Esistono due categorie di LARS.

La prima, più frequente, consiste in urgenza defecatoria, incontinenza e aumento della frequenza delle evacuazioni.

La seconda categoria comprende stipsi, sensazione di evacuazione incompleta e difficoltà allo svuotamento.

Alcuni pazienti riferiscono sintomi di entrambe le categorie, mentre altri presentano sintomi che si alternano tra le due categorie.

Per comprendere perché possa insorgere questa sindrome dopo un intervento con asportazione del retto è necessario chiarire alcuni concetti del meccanismo della defecazione.

LA DEFECAZIONE

Quando le feci, nel loro tragitto lungo il colon, sono completamente formate arrivano nel retto che ha la funzione di deposito.

Al di sotto del retto c'è il canale anale che è contornato da due muscoli circolari concentrici, lo sfintere anale interno e quello esterno; a rafforzare questi muscoli interviene poi l'apparato muscolare pelvico.

Quando le feci arrivano al retto questo si distende inviando uno stimolo nervoso allo sfintere interno che si rilascia consentendo alle feci di raggiungere il canale anale (Riflesso Inibitorio Retto Anale o RIRA) e, attraverso i suoi recettori, si avverte la sensazione evacuativa (lo stimolo) che determina anche il rilasciamento dello sfintere esterno e dei muscoli del pavimento pelvico e fa aumentare le contrazioni del colon e del retto (onde peristaltiche).

Quando, invece, i muscoli del pavimento pelvico si contraggono per mantenere la continenza, le feci rimangono nella parte alta del retto non venendo più a contatto con la mucosa anale. L'accomodazione della muscolatura rettale al nuovo contenuto, riduce la tensione della parete rettale stessa e le onde peristaltiche con scomparsa del desiderio di evacuare.

Nel momento in cui si decide di effettuare l'evacuazione, il rilasciamento muscolare favorisce una nuova discesa della feci con ripresa dello stimolo e della peristalsi e, con l'aiuto dell'aumento della pressione addominale e la corretta posizione, l'evacuazione ha inizio.

3.

QUALI SONO I FATTORI DI RISCHIO DELLA LARS

Innanzitutto è importante capire quale sia stato il grado di asportazione intestinale avvenuto con l'intervento chirurgico.

La resezione di un tratto più o meno lungo del colon determina feci molto più morbide fino a diventare liquide con l'asportazione totale del colon.

Se anche il retto è stato asportato mancheranno sia la funzione di deposito sia quella del riflesso retto anale inibitorio per cui le feci, man mano che giungono a contatto con il canale anale filtrano attraverso il canale stesso determinando da un lato la diminuzione o la totale scomparsa dello stimolo defecatorio e dall'altro un numero elevato di scariche.

Nei casi in cui sia stata eseguita una resezione intrasfinterica, con asportazione dello sfintere interno, la continenza sarà mantenuta solo dallo sfintere esterno che però non ha una tonicità, cioè non è costantemente contratto, con possibilità di incontinenza.

Da una ricerca eseguita valutando 21 studi per un totale di 5102 pazienti si è evidenziato che non esistono differenze tra maschi e femmine e che neanche l'età avanzata può essere considerata un fattore di rischio.

Fondamentale è invece la distanza dell'anastomosi dal bordo anale, maggiore è la distanza, minore il rischio di LARS.

Questo è un concetto abbastanza ovvio, se il canale anale è mantenuto per tutta la sua lunghezza e se residua un tratto di retto la funzionalità defecatoria sarà conservata quasi integralmente.

Anche la Radioterapia, sia se eseguita prima dell'intervento (Neo-adiuvante) che dopo l'intervento (Adiuvante), è un fattore di rischio importante.

Le radiazioni possono determinare una infiammazione importante (flogosi attinica) sulla mucosa, sulla muscolatura e sull'apparato nervoso intestinale che può creare ulcerazioni con dolore e sanguinamento e che talvolta può portare ad una vera e propria cicatrizzazione trasformando il tratto colpito in un tubo rigido privo della corretta funzionalità di dilatazione e contrazione.

Altri fattori che possono aumentare il rischio di LARS sono la comparsa di una fistola nell'anastomosi e il confezionamento di una stomia di protezione. Nel primo caso il processo infiammatorio della fistola può causare fenomeni di cicatrizzazione che alterano la funzionalità, alterazione che si incrementa per il meccanismo di "disuso" quando una stomia di protezione permane per troppo tempo.

Nel secondo caso la diversione del contenuto fecale attraverso la stomia mette a riposo il tratto terminale, ma se questo riposo è troppo lungo possono esserci difficoltà nella ripresa della normale funzione.

La muscolatura retto-anale, benché più specializzata, si comporta come tutti i muscoli, per cui ad un periodo lungo di inattività consegue una perdita di tonicità e difficoltà ai movimenti (come succede dopo aver mantenuto a lungo un apparecchio gessato ad un arto).

4.

LE CAUSE DELLA LARS

La causa precisa non è certa; di sicuro l'intervento chirurgico di resezione determina delle alterazioni sia anatomiche che funzionali in grado di alterare il complesso meccanismo della defecazione.

La resezione del retto determina perdita della sua funzione di serbatoio e può indurre ad una falsa urgenza legata ad una riduzione del volume massimo di feci tollerato.

L'asportazione dell'ultimo tratto del retto e della prima parte del canale anale determina la perdita della capacità di distinguere tra aria e feci.

L'incontinenza fecale può essere il risultato di una lesione diretta del muscolo sfintere interno o dei nervi durante l'esecuzione dell'intervento.

Infine lesioni nervose accidentali possono alterare il delicato meccanismo, detto riflesso anale inibitore, con perdita della sensazione di stimolo defecatorio.

Con buona probabilità più concause entrano in gioco nella determinazione della LARS.

5.

I SINTOMI DELLA LARS

Abbiamo già detto all'inizio di questa guida che la sintomatologia di questa sindrome è piuttosto varia e si caratterizza in due quadri, con sintomi opposti tra loro, ma che qualche volta possono essere alternanti fra di loro.

Senza ombra di dubbio il sintomo più importante, e il meno tollerato, è l'incontinenza fecale. Questa assume maggior importanza in proporzione alla fluidità delle feci; ad esempio in mancanza del colon, con una anastomosi ileo-rettale o ileo-anale, le feci, o meglio il materiale ileale, è talmente liquido da costituire una perdita continua. Il materiale, inoltre, è altamente corrosivo sulla cute del perineo da causare ulcerazioni con bruciore continuo e sanguinamento.

L'aumento della frequenza delle evacuazioni è dovuto al fatto che non esiste più il serbatoio rettale; anche in questo caso se è il colon è ancora presente il suo diametro consente un certo ristagno delle feci, ma se è assente e l'anastomosi è ileo-anale, il piccolo calibro ileale non è in grado di mantenere il volume fecale in aumento per cui le scariche sono molto più frequenti.

Con la perdita del retto viene anche a mancare sia il riflesso rettoanale inibitorio sia la riduzione della peristalsi da parte della contrazione dello sfintere esterno, così nel

momento in cui il materiale fecale giunge al canale anale si ha la sensazione di urgenza defecatoria.

Queste alterazioni della sensibilità dovute alla mancata del retto sono anche causa di una continua sensazione di stimolo alla defecazione (tenesmo) e alla sensazione di mancato svuotamento.

Se a questa si aggiunge la mancanza di un organo con uno sviluppo muscolare importante come il retto, si capisce come sia facile avere sempre difficoltà nella spinta defecatoria per assenza delle onde peristaltiche.

Più complesso ancora è il meccanismo con cui insorge la stipsi. Il colon residuo, verosimilmente durante gli scollamenti eseguiti durante l'intervento chirurgico, subisce delle alterazioni a danno del sistema nervoso intrinseco posto all'interno delle pareti e di conseguenza le onde di contrazione peristaltica, che servono a far procedere le feci, rallentano con eccessiva permanenza di queste nel colon, maggior assorbimento di acque che induce indurimento delle feci stesse.

6.

COME SI FA DIAGNOSI DI LARS

Quando un paziente che ha subito una resezione o asportazione del retto si presenta con sintomi da alterata defecazione, specie se ciò avviene dopo la chiusura di una stomia di protezione, è importante una valutazione accurata allo scopo di porre una diagnosi corretta.

Innanzitutto è necessario fare una accurata anamnesi, cioè una raccolta dettagliata della descrizione dei sintomi valutandone frequenza e grado di importanza.

A questo scopo esistono due questionari validati dalla comunità scientifica:

- Il Memorial Sloane Kettering Cancer Centre Bowel Function Instrument (MSKCC-BFI), creato nel 2004, è costituito da 18 punti
- l'Emmertsen Score, creato nel 2012, è più semplice e ha solo 5 punti.

INDAGINI STRUMENTALI

La colonscopia, se il colon è ancora presente, può servire per valutare la presenza di un processo infiammatorio, specie dopo radioterapia. La rettocolite attinica (dovuta alla Radioterapia) può risolversi spontaneamente dopo 12-24 mesi ma la sua guarigione può essere più rapida con l'uso di antinfiammatori ad uso topico.

Raramente questa patologia può condurre a quadri distruttivi del colon con necessità di ulteriori resezioni chirurgiche.

La manometria anorettale valuta la funzione dello sfintere anale e la capacità del retto, se questo è presente.

Più che per una vera e propria diagnosi è utile per valutare e monitorare l'effetto della terapia.

L'ecografia endoanale consente una visualizzazione degli sfinteri e della parete rettale o colica.

Ha lo scopo di verificare sia l'esistenza di una recidiva neoplastica sia di determinare la presenza o meno di una lesione dello sfintere.

7.

COME PREVENIRE LA LARS

Secundo molti studi è certo che l'insegnamento di esercizi del muscolo sfintere riduce notevolmente la comparsa di incontinenza fecale e di LARS.

Gli Autori evidenziano che questi esercizi devono essere insegnati da un fisioterapista specializzato e devono essere iniziati già alla dimissione dall'intervento chirurgico di confezionamento della stomia temporanea.

Il paziente deve eseguire questi esercizi durante tutto il periodo di permanenza della stomia e deve essere correttamente rivalutato prima dell'intervento di ricanalizzazione.

Una semplice metodica per valutare la capacità degli sfinteri prima dell'intervento di ricanalizzazione consiste nell'effettuare un semplice clistere con acqua alla presenza di un operatore sanitario; se il paziente è in grado di trattenere l'acqua verosimilmente la funzionalità del muscolo sfintere è buona.

“Non effettuare questa prova da soli ma assicurarsi che il clistere sia eseguito da un operatore sanitario per evitare lesioni alla anastomosi”

8.

COME SI CURA LA LARS

Il primo passo è la correzione della dieta. Occorre evitare i cibi che rendono le feci troppo morbide come caffè, spezie e alcol e introdurre fibre grezze.

Farmaci antidiarroici possono ridurre la frequenza e l'urgenza.

L'irrigazione transanale, svuotando regolarmente il colon, riduce l'incontinenza, l'urgenza e la frequenza di evacuazioni.

Il secondo approccio consiste nella riabilitazione del pavimento pelvico che consiste nella fisioterapia associata o meno a biofeedback ed elettrostimolazione.

Anche la Neuro Stimolazione Sacrale può dare risultati, ma solamente in quei pazienti che rispondono positivamente ai test di stimolazione.

Quando la sintomatologia della LARS è tale da ridurre la qualità di vita e le terapie non hanno dato risultati soddisfacenti è indicato il confezionamento di una stomia definitiva.

9.

QUANDO EFFETTUARE LA RICANALIZZAZIONE

Il momento ottimale per la chiusura di una stomia di protezione è tuttora poco chiaro. Uno studio condotto in Cina nel 2017 ha messo in comparazione la chiusura precoce (1-5 mesi dopo l'intervento) con quella tardiva (oltre 6 mesi) senza rilevare notevoli differenze.

Uno studio inglese del 2019 ha invece rilevato che se la ricanalizzazione è effettuata entro 30 giorni non riduce l'insorgenza di una LARS ma i pazienti presentano sintomi più lievi.

In conclusione si può dire che la chiusura di una stomia temporanea deve essere effettuata appena possibile, ma soprattutto, è sconsigliabile effettuare tale intervento a distanza di oltre dodici mesi dal primo intervento.

10.

CONCLUSIONI

Per concludere è estremamente importante che la persona che deve essere sottoposta ad intervento di ricanalizzazione sia al corrente delle possibili complicanze, ma soprattutto deve discutere col proprio chirurgo e affrontare l'intervento il più serenamente possibile.

Il chirurgo che ha eseguito il primo intervento sa esattamente quale sia stata l'entità dell'asportazione e di conseguenza quale sia l'entità di intestino residuo e cioè:

- il retto è stato asportato tutto, in parte o è rimasto intatto
- il colon è stato asportato in parte oppure totalmente
- esiste la possibilità di costruire un piccolo serbatoio, che sostituisce il retto, utilizzando l'ileo (pouch).

E' utile ricordare che maggiore è la quantità di colon residuo, minore sarà la probabilità di avere problemi dopo la ricanalizzazione e se il retto è ancora presente, almeno in parte, maggiore sarà la probabilità di avere una continenza pressoché normale.

Infine, sebbene il confronto con altre persone ricanalizzate possa essere d'aiuto, ricordare sempre che ogni individuo è diverso dagli altri e il proprio organismo reagisce in modo diverso.

BIBLIOGRAFIA

- Walma MS, et al. “Predictors of Fecal Incontinence and Related Quality of Life After a Total Mesorectal Excision With Primary Anastomosis for Patients With Rectal Cancer” *Ann Coloproctol*. 2015 Feb;
- Kornmann VNN, et al. “Quality of Life After a Low Anterior Resection for Rectal Cancer in Elderly Patients” *Ann Coloproctol*. 2016 Feb
- Herrle F, et al. “Quality of Life and Timing of Stoma Closure in Patients With Rectal Cancer Undergoing Low Anterior Resection With Diverting Stoma: A Multicenter Longitudinal Observational Study” *Dis Colon Rectum*. 2016 Apr;
- Kye BH, et al. “The Effect of Biofeedback Therapy on Anorectal Function After the Reversal of Temporary Stoma When Administered During the Temporary Stoma Period in Rectal Cancer Patients With Sphincter- Saving Surgery” *Medicine (Baltimore)*. 2016 May
- Lin YH, et al. “Effects of pelvic floor muscle exercise on faecal incontinence in rectal cancer patients after stoma closure” *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2016 May
- Hung SL, et al. “Pelvic floor muscle exercise for fecal incontinence quality of life after coloanal anastomosis” *J Clin Nurs*. 2016 Sep
- Li Zen, et al. “Effectiveness between early and late temporary ileostomy closure in patients with rectal cancer: A prospective study” *Curr Probl Cancer*. May-Jun 2017
- Croese AD, et al. “A meta-analysis of the prevalence of Low Anterior Resection Syndrome and systematic review of risk factors” *Int J Surg*. 2018 Aug

- Keane C, et al. “Functional outcomes from a randomized trial of early closure of temporary ileostomy after rectal excision for cancer “ Br J Surg. 2019 Apr;
- Kauff DW, et al. “Fecal incontinence after total mesorectal excision for rectal cancer— impact of potential risk factors and pelvic intraoperative neuromonitoring”World J Surg Oncol. 2020
- Sun R, et al. “The incidence and risk factors of low anterior resection syndrome (LARS) after sphincter-preserving surgery of rectal cancer: a systematic review and meta-analysis” Support Care Cancer 2021 Dec
- Nguyen TH, et al. “Low Anterior Resection Syndrome” Curr Gastroenterol Rep. ; 2022(10): 48



PUBBLICAZIONE FEDERAZIONE APISTOM ODV 2025

C.so Unione Sovietica, 220 D
10134 - Torino