

# Malattia di Crohn colorettales: quando e come operare



Ann. Ital. Chir., LXXIV, 6, 2003

F. TONELLI, G.M. PAROLI

Dipartimento di Fisiopatologia Clinica  
Cattedra di Chirurgia Generale  
Università degli Studi di Firenze

## Inquadramento

La malattia di Crohn (MC) con interessamento del grosso intestino presenta caratteristiche macroscopiche ed istologiche simili a quelle che si osservano quando la malattia colpisce il tenue. La forma più tipica è quella della manifestazione della malattia in uno o più segmenti, con tratti indenni, almeno macroscopicamente, dalla flogosi (*skip areas*). Il retto è in genere risparmiato, ma esistono forme a localizzazione esclusivamente rettale o retto-sigmoidea. A livello della mucosa sono presenti ulcerazioni longitudinali e trasversali che configurano il tipico acciottolato. La storia naturale è verso la formazione di una stenosi che, tuttavia, considerando il calibro del grosso intestino, diventa sintomatica più raramente e con intervalli temporali più lunghi rispetto a quanto avviene nel tenue. Anche la fistolizzazione e la formazione di ascessi è un'evenienza più rara che non nel tenue ed in particolare nell'ileo.

Esiste, inoltre, una forma che ricalca l'andamento tipico della colite ulcerosa, cioè un'inflammatione diffusa dal retto verso il colon prossimale (eventualmente fino al cieco), senza soluzioni di continuità. In questo, come anche nei casi precedenti, la malattia può dar luogo a pseudopolipi spesso molto più esuberanti di quelli che si osservano nella colite ulcerosa.

Il canale anale e la cute perianale possono essere frequentemente coinvolti nel processo infiammatorio con la formazione di stenosi, ipertrofia ed edema delle pliche anali (*skin tags*), ascessi e fistole per lo più complesse.

## Abstract

### COLORECTAL CROHN'S DISEASE: INDICATIONS TO SURGICAL TREATMENT

*Colorectal Crohn's Disease (CRCDD) represents the 25% of all cases of Crohn's Disease (CD). Between January 1984 and December 2000 we have operated 68 patients with CRCDD, that represent 10,3% of the patients operated for CD. Thirtythree patients (48,5%) were men and 35 (51,5%) were women. The median age at diagnosis was 37,3 ± 13,1 years, with the highest incidence during the fourth decade.*

*In most cases the disease involved the left colon and rectum (65,9%), while in 6,3% and in 3,8% of cases the right and the transverse colon respectively. In the 27,9% of cases the entire colon was involved.*

*At the time of surgery, the disease behaviour was stenosing in 30,9% of patients, inflammatory in 22,1%, and penetrating in 47% of cases with the presence of fistulae (colenteric in 6 patients, colo-bladder in 2 cases, rectourethral in 1 case, colo-cutaneous in 4 cases and intramesenteric in 2 cases) and abscesses (23,5% of patients). In three patients the CRCDD had led to neoplastic transformation.*

*Fourteen patients had undergone an emergency surgical procedure for severe acute colitis, 2 for toxic megacolon, 1 for an intraabdominal abscess and one for intestinal occlusion. In the segmentary forms we have always practiced a resection of the diseased colonic segment without total colectomy. In the cases with diffuse colonic involvement in which the rectum was free from disease a total colectomy with ileorectal anastomosis was performed. In the cases with rectal disease (26 cases) the sphincteric function was preserved with low rectal resection or with colo-anal anastomosis. In 4 patients with rectal disease and in 4 cases with fistulae, we completed the intervention with a permanent stoma.*

*During the median follow-up of 83,7 months (12-207) the surgical relapse was of 27,3%.*

*We suggest to treat CRCDD with resections limited to the diseased segment. Moreover, it is possible to preserve the sphincteric function every time the rectum or the anal canal are normal, without postoperative complications or early relapses.*

Key words: Crohn's disease, surgery colorectal.

**Riassunto**

*La malattia di Crohn coloretale (MCCR) rappresenta circa il 25% di tutti i casi di malattia di Crohn (MC). Tra il gennaio 1984 ed il dicembre 2000 abbiamo operato 68 casi di MCCR, che costituiscono il 10,3% dei casi operati di MC. Di questi 33 sono di sesso maschile (48,5%) e 35 di sesso femminile (51,5%). L'età media alla diagnosi è stata di  $37,3 \pm 13,1$  anni, con un maggior picco d'incidenza durante la IV decade di vita.*

*La malattia si è presentata nella maggior parte dei casi in forma segmentaria, prediligendo il colon sinistro ed il retto (65,9%), mentre nel 6,3% e nel 3,8% ha interessato rispettivamente il colon destro ed il trasverso. Un coinvolgimento esteso all'intero colon si è manifestato nel 27,9% dei casi.*

*Al momento dell'intervento, la malattia si presentava nel 30,9% in forma stenotante, nel 22,1% in forma infiammatoria e nel 47% dei casi in forma perforante con presenza di fistole (colo-enteriche in 6 pazienti, colo-vescicali in 2, retto-uretrali in 1, colo-cutanee in 4, intramesenteriche in 2) e di ascessi (23,5% dei casi). In 3 pazienti la MCCR ha dato luogo a trasformazione carcinomatosa.*

*Sono stati sottoposti ad intervento in urgenza 14 pazienti con colite acuta severa, 2 con megacolon tossico, uno con ascesso intraddominale ed uno con occlusione intestinale. Nelle forme segmentarie abbiamo sempre eseguito la resezione del segmento colico interessato senza ricorrere alla colectomia totale. Nei casi di interessamento colico diffuso ma con risparmio del retto è stata eseguita una colectomia totale con ileo-retto anastomosi. Nelle forme interessanti il retto (26 casi) si è potuto conservare la funzione sfinterica nella maggior parte dei casi mediante interventi di resezione bassa del retto o di colo-ano anastomosi. In 4 di questi pazienti ed in 4 nei quali erano presenti fistole, abbiamo completato l'intervento con una stomia definitiva.*

*Al follow-up medio di 83,7 mesi (12-207) la recidiva chirurgica è stata del 27,3%.*

*La MCCR va trattata con resezioni limitate all'interessamento infiammatorio coloretale; è possibile conservare la funzione sfinterica ogni volta che il retto od il canale anale presentino uno stato di normalità, senza esporre il paziente a complicanze postoperatorie o recidive precoci.*

*Parole chiave: Malattia di Crohn, chirurgia coloretale.*

Tutte queste forme rientrano nella cosiddetta malattia di Crohn colo-rettale (MCCR) che viene tenuta separata dalle forme che interessano solo l'ileo terminale e da quelle che coinvolgono sia l'ileo che il colon anche se prevalentemente il colon destro (1).

Una distinzione assoluta tra queste forme non è tuttavia facile, poiché, ad esempio, una malattia localizzata nel colon destro e nel cieco frequentemente finisce per coinvolgere sia la valvola ileo-cecale che l'ileo terminale almeno con una flogosi documentabile su prelievi istologici, come può accadere che la MCCR, una volta trattata con una colectomia totale, recidivi nell'ileo terminale.

Questo schematismo classificativo è d'altronde utile sia per la differente storia naturale delle forme coliche che, come detto, vengano operate più raramente delle forme ileali, sia perché si vanno delineando meccanismi fisiopatologici differenti. Uno di questi è la bassa incidenza di positività dei polimorfismi del gene CARD/NOD2 osservati invece con frequenze significative rispetto alla popolazione generale per le forme ileali (2).

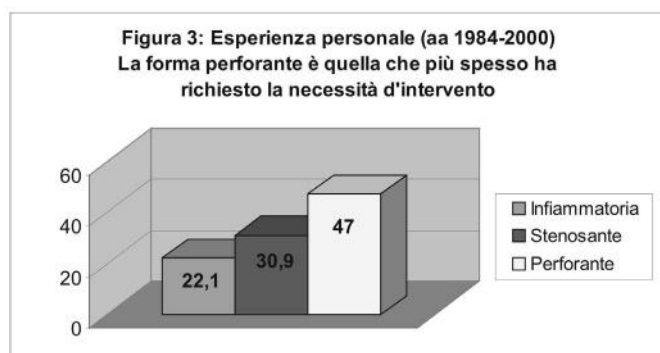
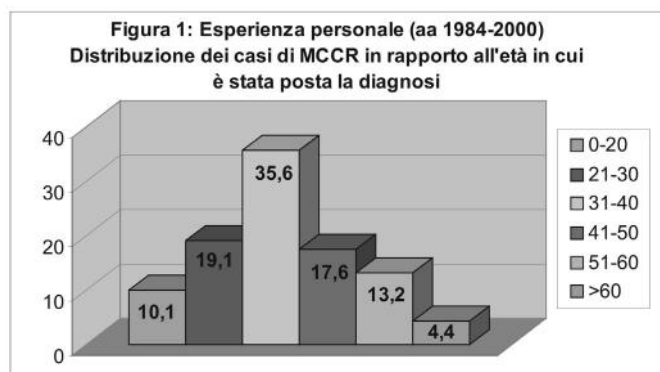
Nel complesso le forme coliche rappresentano circa il 25% di tutti i casi di MC. La MCCR non si discosta dalle altre forme per quanto riguarda età d'insorgenza e lieve prevalenza nel sesso femminile; tuttavia la localizzazione esclusivamente rettale insorge prevalentemente dopo i 60 anni (1). Ciò corrisponde anche alla nostra esperienza basata su 68 pazienti con MCCR su un totale di 659 affetti da malattia di Crohn, operati tra il gennaio 1984 ed il dicembre 2000 e seguiti per un follow-up medio di 83,7 mesi (12-207). Di questi 33 sono di sesso maschile (48,5%) e 35 di sesso femminile (51,5%). L'età media alla diagnosi è stata di  $37,3 \pm 13,1$  anni, con un maggior picco d'incidenza durante la IV decade di vita (Fig. 1).

La malattia si è presentata nella maggior parte dei casi in forma segmentaria, prediligendo il colon sinistro ed il retto (65,9%), mentre nel 6,3% e nel 3,8% ha interessato rispettivamente il colon destro ed il trasverso. Un coinvolgimento esteso all'intero colon si è presentato nel 27,9% dei casi (Fig. 2).

Al momento dell'intervento, la malattia si presentava nel 30,9% in forma stenotante, nel 22,1% in forma infiammatoria e nel 47% dei casi in forma perforante con presenza di fistole (colo-enteriche in 6 pazienti, colo-vescicali in 2, retto-uretrali in 1, colo-cutanee in 4, intramesenteriche in 2) e di ascessi (23,5% dei casi) (Fig. 3). In 3 pazienti la MCCR ha dato luogo a trasformazione carcinomatosa.

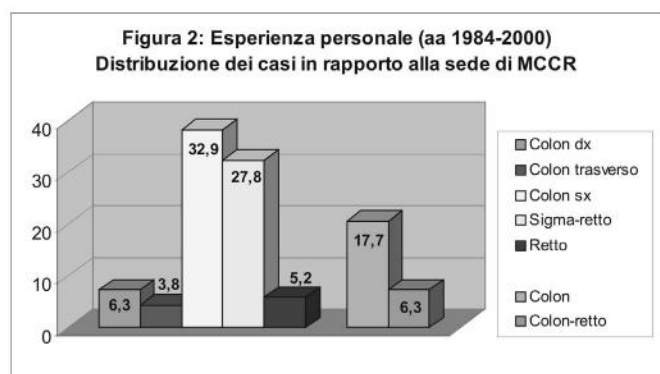
**Diagnosi**

Sebbene in presenza dei caratteri tipici della MCCR (stenosi, fistole, ascessi, ulcerazioni, fistole perianali particolarmente complesse, skin tags perianali) è facile porre la diagnosi, in alcune situazioni questa può risultare difficile anche all'esame del pezzo operatorio. Esse sono da una parte le localizzazioni coliche sinistre con risparmio del retto allorché siano stati documentati diverticoli colici, forme per le quali si pone il problema di una diagnosi differenziale con la malattia diverticolare, dall'altra i casi che interessano il retto e si diffondono in modo continuo verso il colon per i quali la diagnosi differenziale con la colite ulcerosa o con la colite indeterminata può risultare problematica. In molti di questi ultimi casi, la diagnosi corretta finisce per essere posta solo quando, eseguita una proctocolectomia totale restaurativa, compaiono sia nella pouch ileale che nell'ileo a monte, chiari segni di malattia di Crohn (3-5).



Forme segmentarie

Forme estese



## Indicazioni all'intervento

La terapia della MCCR è in prima istanza medica. Essa ha lo scopo di favorire e mantenere la remissione della malattia. Nella fase acuta della malattia, la terapia si basa sull'utilizzazione dei corticosteroidi che da tempo si sono dimostrati superiori sia rispetto al placebo che ad altri preparati. Il metilprednisolone alla dose di 0.7-1 mg/kg/die è quello più impiegato e produce risultati clinicamente significativi nel 90% dei pazienti. La dose giornaliera viene progressivamente ridotta nell'arco di 7-10 settimane. Tuttavia, la sospensione si associa ad una percentuale piuttosto alta di ricadute (30-45%) che si verificano anche durante la riduzione della posologia (12-15%) (6).

Dato che i corticosteroidi producono importanti effetti collaterali che ne controindicano l'uso protratto (incremento ponderale, facies lunaris, strie rubre, cataratta, irritabilità, acne, ipertensione, iperglicemia, osteoporosi, necrosi ossea, ritardo di crescita nei bambini), sono stati utilizzati recentemente preparati orali (budesonide e beclometasone dipropionato) ad azione prevalentemente topica, con un rilascio a livello ileo-colico che vengono scarsamente assorbiti o che subiscono, una volta assorbiti, un rapido processo di degradazione a livello epatico, evitando così gli effetti di interazione sull'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. Una volta ottenuta la fase di remissione della malattia, come mantenimento della terapia vengono utilizzati derivati dell'acido 5-aminosalicilico (5-ASA) ad un dosaggio di 50 mg/Kg/die. L'utilizzazione di clismi contenenti 5-ASA o idrocortisone e più di recente beclometasone topico risulta efficace nel trattamento delle proctiti e proctosigmoiditi.

La terapia antibiotica con metronidazolo e/o ciprofloxacina viene impiegata nel trattamento delle lesioni perianali della malattia di Crohn (7).

I farmaci immunosoppressori vengono utilizzati in caso di cortico-dipendenza, di refrattarietà alla terapia steroidea o in caso di forme particolarmente aggressive. Il farmaco di cui si ha una maggiore esperienza, anche in età pediatrica, è l'azatioprina ed il suo metabolita 6-mercaptopurina (6-MP). Nella maggior parte dei casi essa è ben tollerata e consente di sospendere o ridurre il dosaggio degli steroidi. Di recente è stata proposta una sua utilizzazione precoce ai fini di evitare le conseguenze negative dei cortisonici soprattutto sulla crescita (8). Altri farmaci immunosoppressori utilizzati sono la ciclosporina, che risulta particolarmente efficace se somministrata in infusione continua nell'attacco grave di colite, il metotrexate, il tacrolimus. Nelle forme di malattia di Crohn in cui il trattamento farmacologico convenzionale (cortisonici-immunosoppressori) è risultato inefficace e nelle forme fistolizzanti, in assenza di raccolte asessuali, studi controllati hanno messo in evidenza l'efficacia di un anticorpo monoclonale umanizzato anti-TNF $\alpha$  (9). Talora dosi ripetute del farmaco non sono possibili per l'insorgenza di effetti collaterali quali sensibilizzazione o insorgenza o riacutizzazione di patologia tubercolare. Restano comunque da verificare gli effetti a distanza e l'efficacia di tale trattamento nel mantenimento della remissione. Il trattamento chirurgico è richiesto in caso di fallimento della terapia medica od in presenza di complicanze settiche, occlusione, emorragia, megacolon tossico o cancro.

## Fallimento della terapia medica

Il fallimento della terapia medica nel controllo dell'attività di malattia e della sua sintomatologia è l'indicazione più comune al trattamento chirurgico della colite di Crohn. Fallimento della terapia medica si ha quando la

risposta alla terapia risulta inadeguata, quando la malattia progredisce anche in regime terapeutico massimale ed ottimale, quando si presentino effetti collaterali della terapia medica.

### Complicanze settiche

Fistole ed ascessi rappresentano indicazione all'intervento chirurgico in più del 25% dei pazienti affetti da colite di Crohn (1, 10). Le *fistole* coloenteriche asintomatiche non richiedono di norma intervento chirurgico, sebbene possano rappresentare un marker di malattia di Crohn coloretale severa. Le fistole divengono indicazione alla chirurgia quando creano disagi al paziente, limitandone la vita di relazione, come in caso di fistole colcutanee o rettovaginali, o quando la loro presenza esponga ad importanti complicanze come in caso di fistole colovesicali.

*Ascessi* intra-addominali sono complicanze infrequenti in corso di colite di Crohn e, in base all'esperienza riportata in letteratura, rappresentano indicazione all'intervento chirurgico in circa il 10% dei casi (1, 10). La diagnosi di ascesso intra-addominale si basa sulla presenza dei classici segni di flogosi quali la febbre, la leucocitosi e la presenza di una massa palpabile. Tale diagnosi dovrà essere confermata da esami strumentali come la TC addomino-pelvica. La presenza di ascessi è indicazione assoluta all'intervento chirurgico. Nella nostra esperienza, fistole ed ascessi compaiono in percentuali maggiori, rispettivamente nel 22 e nel 23,5%. Ciò potrebbe dipendere dal fatto che il nostro centro è di riferimento regionale per le malattie infiammatorie croniche intestinali.

### Occlusioni

La colite di Crohn può presentare stenosi uniche o multiple di vario grado. Mentre le stenosi sintomatiche rappresentano spesso una indicazione al trattamento chirurgico in corso di MC del piccolo intestino, ostruzioni coliche sintomatiche sono relativamente infrequenti e rappresentano solo il 10% delle indicazioni alla chirurgia (1). Le stenosi serrate in corso di MC a sede colica possono essere difficili da distinguere da stenosi tumorali. Per questo motivo, stenosi coliche anche asintomatiche devono essere accuratamente studiate per escludere forme neoplastiche.

### Colite acuta severa

Rappresenta una complicanza abbastanza frequente appannaggio di forme di colite estesa. Questi pazienti sono soggetti alle seguenti complicanze:

1) *Emorragia* gastrointestinale massiva. È una compli-

canza non comune in corso di colite di Crohn. Robert et al. (1991) hanno riscontrato emorragie gastrointestinali severe in 17 di 929 casi di colite di Crohn (11). Sebbene tali emorragie possano essere controllate tramite terapia medica, risanguinamenti sono frequenti.

2) *Megacolon tossico*. Sebbene tale evento sia meno frequente che in corso di colite ulcerosa, esso veniva stimato, in passato, attorno al 19% dei pazienti affetti da colite di Crohn (12). Grazie al miglioramento della terapia medica ed alla maggior collaborazione tra gastroenterologi e chirurghi, tale complicanza tende oggi a scomparire, tanto che in centri nord americani non viene più riscontrata. Quando presente, il megacolon tossico richiede una colectomia totale urgente.

3) *Perforazioni* libere del colon con diffusa contaminazione peritoneale sono complicanze rare in corso di MCCR (1.3% dei casi di colite ed ileocolite) (1, 10). Una perforazione aperta del colon rappresenta indicazione assoluta all'intervento chirurgico in urgenza ed è associata ad elevata morbilità e mortalità. Perforazione colica si riscontra tipicamente in corso di malattia severa o fulminante, anche se è possibile, al pari dell'ileite, come complicanza della malattia stenotica. Spesso questi pazienti vengono sottoposti a terapia medica intensiva, con alte dosi di corticosteroidi, che possono mascherare la sintomatologia tipica e le caratteristiche semeiologiche della peritonite.

### Cancro in corso di Colite di Crohn

Il rischio di cancro nei pazienti affetti da colite di Crohn è da considerare più elevato (da 6 a 20 volte) in coloro che presentano una malattia estesa a tutto il colon (pancolite), nei casi di malattia di lunga durata (>10 anni) e nei casi di precocità dell'età d'esordio della patologia (13).

Nelle coliti estese, si calcola che la probabilità di insorgenza di cancro aumenti di anno in anno, passando dallo 0.6-3% nel primo decennio di malattia fino al 12-13% dopo 25 anni (13).

Nei casi in cui non sia indicato l'intervento chirurgico, è necessario effettuare una stretta sorveglianza endoscopica ed istologica; tuttavia la presenza di stenosi può rendere difficile o non attuabile questo programma. A conferma di ciò, vogliamo sottolineare come, nella nostra esperienza, i 3 casi di carcinoma in corso di MCCR siano insorti su una stenosi localizzata nel colon sinistro (in 2 pazienti) e a livello della giunzione sigmoideo-rettale e diagnosticati solo dopo la resezione chirurgica, costituendo una sorpresa dell'esame istologico del pezzo operatorio.

La sorveglianza va anche effettuata nei pazienti sottoposti a colectomia subtotala con ileo-retto anastomosi od affondamento del retto. La presenza di aree di displasia, considerata lesione precancerosa, è in grado di identificare una categoria di pazienti a particolare rischio di sviluppare un carcinoma del colon. Mentre il cancro colo-rettale spora-

dico insorge per lo più su lesioni polipoidi adenomatose, nella colite di Crohn le aree displasiche si manifestano generalmente su mucosa piatta al pari di quanto avviene nella colite ulcerosa (13). Sfortunatamente esistono pochi dati riguardanti la storia naturale della displasia mucosa in corso di MCCR, né è completamente chiara l'appropriata estensione della resezione da eseguire in questi casi. In caso di displasia, il segmento di colon o retto interessato deve essere asportato, mentre una resezione estesa al colon sano probabilmente non è necessaria.

### Opzioni chirurgiche

La scelta del tipo di intervento deve tener conto dei seguenti fattori:

- 1) risolvere le complicanze della malattia;
- 2) evitare una recidiva precoce;
- 3) mantenere la continenza.

Date le caratteristiche della malattia non sempre è possibile che la chirurgia raggiunga tutti gli scopi prefissi. Ciò dipende infatti dall'urgenza ad eseguire l'intervento che in genere impone l'utilizzazione di stomie sia pure temporanee, la localizzazione e l'estensione della malattia e l'associazione di patologia anale che può costringere a demolizioni dell'apparato sfinterico.

In linea di massima nella MCCR vigono gli stessi principi che vengono seguiti nella cura chirurgica della MC a sede in altri tratti intestinali e cioè: 1) non vi è necessità di estendere la demolizione al di là del tratto sede di malattia essendo sufficiente portare la resezione nel tratto macroscopicamente sano posto in vicinanza delle lesioni, limitando pertanto la resezione a non più di 5 cm di colon indenne. Alcune esperienze del passato avevano posto l'accento sulla possibilità che resezioni segmentarie in casi di patologia limitata a piccoli tratti colici esponessero ad una maggiore recidiva rispetto ad i casi trattati con colectomia totale ed ileo-retto anastomosi (14-17). Studi successivi, seppure non randomizzati, ma eseguiti su casistiche ampie e con follow up maggiori di 10 anni, hanno dimostrato che il rischio di recidiva tra i due tipi di intervento è simile (18-21). Rimane controverso il comportamento da tenere in caso di malattia distale (proctite o proctosigmoidite) per la quale si impone la demolizione dello sfintere e l'esecuzione di una stomia; secondo alcuni lasciare un tratto di colon espone a maggiore rischio di recidiva rispetto ad eseguire una colectomia totale con ileostomia (22). 2) Per guarire le fistole colo-enteriche e colo-vescicali è necessario resecare il tratto del grosso intestino da cui esse originano, risparmiando la sede dove la fistola si drena, asportandone il tragitto e riparando con una sutura l'orifizio posto alla fine del tragitto stesso.

Va detto tuttavia che alcune differenze di comportamento vanno seguite per la MCCR rispetto alla MC localizzata nel tenue e cioè: 1) le stricturoplastiche per la MCCR sono sconsigliabili sia perché la stenosi, come detto, può

essere già sede di un carcinoma, sia perché, qualora le lesioni infiammatorie non regrediscano in seguito alla stricturoplastica, esse possono esporre ad un maggior rischio di trasformazione neoplastica rispetto al tenue. 2) Dopo aver eseguito la resezione, il confezionamento di un'ileostomia definitiva può rappresentare una valida soluzione, soprattutto in casi di MCCR estesa. Essa, infatti, anche se espone il paziente a conseguenze negative dal punto di vista delle limitazioni della vita di relazione e delle complicanze ad essa associate, ha il vantaggio che la recidiva della malattia è la più bassa che si sia osservata dopo ogni altro tipo di trattamento chirurgico. Essa è nell'ordine del 20% a distanza di 15 anni dall'intervento.

### Chirurgia d'urgenza

Le situazioni che richiedono interventi in urgenza in caso di MCCR sono rare e dovute al riacutizzarsi in maniera grave della malattia con le complicanze ad essa correlate (colite acuta severa, colite fulminante, megacolon tossico, perforazione ed emorragia massiva). Il motivo dell'urgenza è dovuto fondamentalmente all'estensione della malattia ed alla difficoltà di mandare in remissione con la terapia medica casi di colite per lo più molto estesa. Tali pazienti rappresentano la maggior parte dei casi di malattia di Crohn da operarsi in emergenza, essendo molto più rari i motivi di urgenza per le forme del tenue (Tab. I). In questi casi, sia per la compromissione del paziente sia per la eventuale contaminazione peritoneale, l'intervento da eseguire deve essere demolitivo e prevedere una stomia, rimandando ad un secondo tempo l'aspetto ricostruttivo. Qualora la malattia interessi il retto, questo deve essere momentaneamente preservato per non rendere l'intervento maggiormente complesso. Il retto può essere affondato secondo la procedura di Hartmann o esteriozzato mediante una fistola mucosa. Nella nostra esperienza sono stati sottoposti ad intervento in urgenza 14 pazienti con colite acuta severa, 2 con megacolon tossico, uno con ascesso intraddominale ed uno con occlusione intestinale.

Tab. I – MALATTIA DI CROHN  
INDICAZIONI ALL'INTERVENTO IN URGENZA  
Esperienza personale: aa 1984-2000 (659 interventi)

Indicazioni	Forme ileali (16/591 pz)*		Forme coliche (18/68 pz)	
	n.	%	n°	%
Emorragia acuta	5	0,9	0	-
Colite acuta severa	0	-	14	20,6
Megacolon tossico	0	-	2	2,9
Ascesso	3	0,5	1	1,5
Perforazione	3	0,5	0	-
Occlusione	5	0,9	1	1,5

\*p<0,001.

## Resezione segmentaria vs colectomia estesa

Quando la malattia di Crohn coinvolge limitati segmenti di colon, il trattamento chirurgico è, come detto, quello di una resezione segmentaria (23). Tuttavia, mentre in caso di coinvolgimento del colon destro non esistono divergenze nella scelta di praticare una emicolectomia destra con ileo-trasverso anastomosi, nel caso di malattia a localizzazione nel colon trasverso, l'emicolectomia destra allargata è secondo alcuni preferibile rispetto alla resezione segmentaria del trasverso, garantendo una percentuale di recidiva inferiore rispetto all'anastomosi colo-colica (24).

Per quanto concerne la malattia localizzata nel colon discendente o nel sigma, il trattamento chirurgico è ancora più controverso. Alcuni studi hanno sottolineato la minor percentuale di recidive in caso di resezione segmentaria ed anastomosi colo-colica (25), mentre altri autori hanno dimostrato un aumentato rischio di recidiva precoce (21). Anche se il rischio di recidiva è più alto in caso di resezione segmentaria, per alcuni pazienti il beneficio di preservare superficie assorbente sembra avere maggior peso rispetto al rischio di sviluppare una recidiva. Questo è particolarmente vero nei pazienti anziani e in coloro che sono stati sottoposti a plurime od estese resezioni del piccolo intestino.

Nel 20% circa dei pazienti con MCCR, la malattia si può presentare in forma estesa (26). Nel caso in cui il retto non sia interessato dalla malattia, la funzionalità sfinteriale sia adeguata e non sia presente malattia perianale, è possibile eseguire una colectomia totale con anastomosi ileo-rettale. Per eseguire l'intervento occorrono almeno 10 cm di retto. Non è indispensabile, comunque, che il retto sia perfettamente normale, potendo eseguire l'intervento anche nei casi in cui è presente una proctite lieve o lieve-moderata. Infatti, farmaci ad azione topica possono indurre una regressione delle lesioni o mantenerle quiescenti. In questi casi, tuttavia, va analizzata accuratamente la distensibilità ed elasticità rettale misurando, prima di eseguire l'intervento ricostruttivo, la sua compliance con un esame manometrico o più semplicemente con la valutazione del volume massimo tollerabile. Questa procedura ha dimostrato, anche nella nostra esperienza, buoni risultati permettendo, almeno per alcuni anni, di evitare un'ileostomia e mantenendo una funzionalità intestinale accettabile. In caso di pazienti anziani con un documentato deficit sfinteriale, una proctocolectomia totale con ileostomia definitiva costituisce l'intervento più prudente.

## Proctite di Crohn

La MC limitata al retto è un pattern inusuale di malattia. In generale la proctite di Crohn richiede una proctectomia. Comunque l'estensione prossimale della resezione è controversa. Secondo l'opinione di alcuni Autori,

sarebbe preferibile eseguire ampie demolizioni fino ad una proctocolectomia totale per evitare al paziente recidive che sembrano essere precoci e molto frequenti (27). Per questo motivo, è in linea di massima sconsigliata la ricostruzione della continuità intestinale, preferendo il confezionamento di una stomia definitiva. Il nostro atteggiamento è stato, invece, quello di conservare, ogni volta che fosse possibile, la funzione sfinterica.

La rimozione del retto distale è preferibile che sia eseguita attraverso il piano passante tra lo sfintere interno ed esterno. La dissezione intersfinterica permette una chiusura perineale associata a minori complicanze e una guarigione migliore rispetto ad una dissezione che oltrepassi l'apparato sfinterico. Nel caso in cui siano presenti fistole perianali attraversanti il piano intersfinterico, è necessario aprire i tragitti fistolosi fino agli orifizi presenti sulla cute, mettendoli a piatto. Solo occasionalmente, in caso di malattia perineale severa, è richiesta una resezione più ampia comprendente la cute perianale, come nell'amputazione addomino-perineale eseguita per neoplasia.

La disfunzione sessuale è la più temibile complicanza dopo proctectomia. Comunque, facendo attenzione a limitare la resezione alla sola parete rettale, senza asportare il mesoretto, le complicanze sessuali post proctectomia divengono relativamente infrequenti. L'impotenza si presenta nell'1-2% dei casi, l'eiaculazione retrograda nel 5% dei pazienti (28). Nel sesso femminile, disfunzioni sessuali sono limitate alla dispareunia, solitamente temporanea, che si verifica nel 30% dei casi (29). La fertilità femminile non è diminuita dopo intervento di proctocolectomia, e la procedura non preclude gravidanze a termine con parto vaginale. Comuni, purtroppo, sono le complicanze legate alla stomia addominale che includono necrosi dell'ansa stomizzata, ernie peristomali, prolapsi e stenosi. Il rischio di ricorrere alla chirurgia per una o più di queste complicanze si aggira attorno al 25% (29).

## Proctocolite di Crohn

Un esteso coinvolgimento del colon e del retto richiede una proctocolectomia con ileostomia definitiva. Nella maggior parte dei casi, questa può essere eseguita in un solo tempo. Tuttavia, in pazienti con malattia perianale attiva può essere richiesta una procedura in due tempi: durante il primo intervento si procede all'asportazione del colon e della maggior parte del retto, lasciando affondato un piccolo moncone rettale. Allo stesso tempo vengono drenati gli ascessi perianali e messe a piatto le fistole. Dopo che l'infezione perineale è regredita e le lesioni perianali sono guarite per seconda intenzione, il retto viene rimosso mediante un approccio perineale.

In caso di normalità del canale e dello sfintere anale, la maggior parte dei chirurghi ritengono che sia controindicata una chirurgia restaurativa con anastomosi ileo pouch-ale (IPAA) (32-34). Vari studi, infatti, hanno riscontrato un'elevata percentuale di recidiva dopo intervento di

IPAA, e la rimozione della pouch si è spesso resa necessaria (34). In più, in caso di pouchite di Crohn, possono frequentemente svilupparsi fistole pouch-vaginali e pouch-perineali, complicanze notoriamente di difficile guarigione perfino con l'escissione della pouch (32). Inoltre, la reazione cicatriziale postoperatoria associata alla flogosi pelvica può rendere difficoltosa la rimozione della pouch, con il rischio di causare importanti emorragie e lesioni all'innervazione autonoma pelvica. Per tutte queste ragioni, l'opinione più diffusa è che l'IPAA non deve essere effettuata in pazienti con malattia di Crohn accertata.

Esistono, tuttavia, visioni discordanti che si basano per lo più sui risultati di pazienti operati di IPAA con diagnosi di colite ulcerosa che successivamente all'esame istologico definitivo od al follow up si sono rivelate erranee. In questi casi la percentuale di pazienti che dopo alcuni anni mantiene la pouch con un risultato funzionale buono è tutt'altro che deludente, essendo stimabile nel 60-70% degli operati (24, 30, 35). Inoltre, Panis e coll. hanno identificato un gruppo di pazienti con malattia di Crohn a minor rischio di recidiva dopo IPAA. Infatti, in pazienti con malattia di Crohn limitata al colon ed al retto, senza evidenza di malattia ileale o manifestazioni perianali, il rischio di sviluppare pouchiti post IPAA è molto basso. Dopo 5 anni di follow up, solo 2 dei 31 pazienti operati ha richiesto la rimozione della pouch. Altri 4 pazienti hanno sviluppato una recidiva di malattia, ma la loro pouch è stata recuperata (31).

Resta arduo trarre giudizi definitivi su quanto detto per le note difficoltà di inquadramento diagnostico di malattie infiammatorie diffuse a tutto o gran parte del grosso intestino. Spesso è difficile stabilire se tali patologie sono realmente malattia di Crohn o non piuttosto coliti indeterminate a minore o maggiore impronta tipica della malattia di Crohn. Pertanto, al momento, l'IPAA potrebbe costituire un'opzione ricostruttiva solo in pazienti giovani liberi da malattia ileale e da manifestazioni perianali attentamente selezionati ed opportunamente informati del rischio di un insuccesso.

### Esperienza personale

Nelle 42 forme segmentarie di MCCR da noi osservate abbiamo sempre eseguito una resezione colica e mai una colectomia totale. Nei 22 casi con interessamento colico diffuso ma con risparmio del retto è stata eseguita una colectomia totale con ileo-retto anastomosi (Tab. II). Nella MCCR con interessamento coloretale, la ricostruzione è avvenuta in tutti i casi eccetto in 8 pazienti che attualmente sono portatori di una stomia definitiva. In particolare nelle forme a localizzazione rettale (sigma-retto, retto) in assenza di fistole perianali, il mantenimento della funzione sfinterica è stato possibile in 18 dei 22 pazienti (81,8%). La ricostruzione è avvenuta mediante anastomosi colo-rettali o colo-anali. Questa scelta chirurgica non è stata possibile quando la malattia sigmoido-rettale si associava a fistole perianali (Tab. III).

Tab. II – TIPO DI INTERVENTO IN RAPPORTO ALLA LOCALIZZAZIONE DELLA MCCR

Esperienza personale

	Forme coliche con retto indenne ed assenza di fistole anali	
	Forme segmentarie	Forme estese
Emicol. destra	5	-
Emicol. sinistra	12	-
Resez. trasverso	3	-
Colec. tot.+ IRA	-	22

Tab. III – TIPO DI INTERVENTO IN RAPPORTO ALLA LOCALIZZAZIONE DELLA MCCR

Esperienza personale

	Forme coliche rettali senza fistole anali		Forme coliche rettali con fistole anali	
	segmentarie	estese	segmentarie	estese
Resez. bassa del retto	12	-	-	-
Colo-ano	6	-	-	-
Amputazione addomino-perineale	1	-	-	-
Hartmann	1	-	-	-
Proctectomy+ ileostomia	-	2	-	-
Proctectomy+ colostomia	-	-	2	-

L'incidenza di recidiva chirurgica dopo 10 anni di follow-up, valutata da alcuni autori in maniera cumulativa, varia tra il 41 ed il 64% (14-21). Va anche detto che nella maggior parte dei casi è possibile, al reintervento, evitare una stomia definitiva perché, evidentemente, la recidiva interessa l'ileo piuttosto che il retto. Possono, tuttavia, presentarsi recidive a livello rettale che necessitano di terapia locale o di un nuovo intervento chirurgico. Nella nostra esperienza abbiamo riscontrato un tasso cumulativo di recidiva chirurgica a 10 anni del 30,8% in caso di resezione segmentaria e del 25,7% in caso di colectomia totale. In generale, il tasso di recidiva dopo un follow-up medio di 83,7 mesi (12-207) è stato del 27,3%.

### Bibliografia

- 1) Farmer R.G., Hawk W.A., Turnbull R.B. Jr.: *Clinical patterns in Crohn's disease: a statistical study of 615 cases*. Gastroenterology, 68(4 Pt 1):627-35, 1975, Apr.
- 2) Hampe J., Grebe J., Nikolaus S., Solberg C., Croucher P.J., Mascheretti S., Jahnsen J., Moum B., Klump B., Krawczak M., Mirza M.M., Foelsch U.R., Vatn M., Schreiber S.: *Association of*

- NOD2 (CARD 15) genotype with clinical course of Crohn's disease: a cohort study.* Lancet, 11; 359 (9318):1661-5, 2002 May.
- 3) Atkinson K.G., Owen D.A., Wankling G.: *Restorative proctocolectomy and indeterminate colitis.* Am J Surg, 167(5):516-8, 1994 May.
- 4) Bodzin J.H., Klein S.N., Priest S.G.: *Ileoproctostomy is preferred over ileoanal pull-through in patients with indeterminate colitis.* Am Surg, 61(7):590-3, 1995 Jul.
- 5) Koltun W.A., Schoetz D.J. Jr., Roberts P.L., Murray J.J., Collier J.A., Veidenheimer M.C.: *Indeterminate colitis predisposes to perineal complications after ileal pouch-anal anastomosis.* Dis Colon Rectum, 34(10):857-60, 1991 Oct.
- 6) Plevy S.E.: *Corticosteroid-sparing treatments in patients with Crohn's disease.* Am J Gastroenterol, 97(7):1607-17. Review, 2002, Jul.
- 7) Ishikawa T., Okamura S., Oshimoto H., Kobayashi R., Mori M.: *Metronidazole plus ciprofloxacin therapy for active Crohn's disease.* Intern Med, 42(4):318-21, 2003, Apr.
- 8) Escher J.C., Taminiu J.A., Nieuwenhuis E.E., Buller H.A., Grand R.J.: *Treatment of inflammatory bowel disease in childhood: best available evidence.* Inflamm Bowel Dis, 9(1):34-58. Review, 2003, Jan.
- 9) Sandborn W.J.: *Preventing antibodies to infliximab in patients with Crohn's disease: optimize not immunize.* Gastroenterology, 124(4):1140-5. Review. No abstract available, 2003, Apr.
- 10) Greenstein A.J., Sachar D.B., Mann D., Lachman P., Heimann T., Aufses A.H. Jr.: *Spontaneous free perforation and perforated abscess in 30 patients with Crohn's disease.* Ann Surg, 205(1):72-6. Review, 1987, Jan.
- 11) Robert J.R., Sachar D.B., Greenstein A.J.: *Severe gastrointestinal hemorrhage in Crohn's disease.* Ann Surg, 213(3):207-11, 1991, Mar.
- 12) Buzzard A.J., Baker W.N.W., Neeham P.R.G., Warren R.E.: *Acute toxic dilatation of the colon in Crohn's disease.* Gut, 15:416-149, 1974.
- 13) Michelassi F., Testa G., Pomidor W.J., Lashner B.A., Block G.E.: *Adenocarcinoma complicating Crohn's disease.* Dis Colon Rectum, 36(7):654-61, 1993, Jul.
- 14) Allan A., Andrews H., Hilton C.J., Keighley M.R., Allan R.N., Alexander-Williams J.: *Segmental colonic resection is an appropriate operation for short skip lesions due to Crohn's disease in the colon.* World J Surg, 13(5):611-4; discussion 615-6, 1989, Sep-Oct.
- 15) Longo W.E., Ballantyne G.H., Cahow C.E.: *Treatment of Crohn's colitis. Segmental or total colectomy?* Arch Surg, 123(5):588-90, 1988, May.
- 16) Prabhakar L.P., Laramie C., Nelson H., Dozois R.R.: *Avoiding a stoma: role for segmental or abdominal colectomy in Crohn's colitis.* Dis Colon Rectum, 40(1):71-8, 1997, Jan.
- 17) Stern H.S., Goldberg S.M., Rothenberger D.A., Nivatvongs S., Schottler J., Christenson C., Nemer F., Balcos E.: *Segmental versus total colectomy for large bowel Crohn's disease.* World J Surg, 8(1):118-22, 1984, Feb.
- 18) Ambrose N.S., Keighley M.R., Alexander-Williams J., Allan R.N.: *Clinical impact of colectomy and ileorectal anastomosis in the management of Crohn's disease.* Gut, 25(3):223-7, 1984, Mar.
- 19) Longo W.E., Oakley J.R., Lavery I.C., Church J.M., Fazio V.W.: *Outcome of ileorectal anastomosis for Crohn's colitis.* Dis Colon Rectum, 35(11):1066-71, 1992, Nov.
- 20) Ritchie J.K.: *The results of surgery for large bowel Crohn's disease.* Ann R Coll Surg Engl, 72(3):155-7, 1990, May.
- 21) Flint G., Strauss R., Platt N., Wise L.: *Ileorectal anastomosis in patients with Crohn's disease of the colon.* Gut, 18(3):236-9, 1977 Mar.
- 22) Bernell O., Lapidus A., Hellers G.: *Recurrence after colectomy in Crohn's colitis.* Dis Colon Rectum, 44(5):647-54; discussion 654, 2001, May.
- 23) Andersson P., Olaison G., Hallbook O., Sjobahl R.: *Segmental resection or subtotal colectomy in Crohn's colitis?* Dis Colon Rectum, 45(1):47-53, 2002, Jan.
- 24) Tjandra J.J., Fazio V.W.: *Surgery for Crohn's colitis.* Int Surg, 77(1):9-14. Review, 1992, Jan-Mar.
- 25) Sanfey H., Bayless T.M., Cameron J.L.: *Crohn's disease of the colon. Is there a role for limited resection?* Am J Surg, 147(1):38-42, 1984, Jan.
- 26) Trnka Y.M., Glotzer D.J., Kasdon E.J., Goldman H., Steer M.L., Goldman L.D.: *The long-term outcome of restorative operation in Crohn's disease: influence of location, prognostic factors and surgical guidelines.* Ann Surg, 196(3):345-55, 1982, Sep.
- 27) Jirsch D.W., Gardiner G.W.: *Crohn's disease in an isolated rectal stump.* Dis Colon Rectum, 23(6):426-9, 1980, Sep.
- 28) Bauer J.J., Gelernt I.M., Salky B., Kreef I.: *Sexual dysfunction following proctocolectomy for benign disease of the colon and rectum.* Ann Surg, 197(3):363-7, 1983, Mar.
- 29) Metcalf A.M., Dozois R.R., Kelly K.A.: *Sexual function in women after proctocolectomy.* Ann Surg, 204(6):624-7, 1986, Dec.
- 30) Grobler S.P., Hosie K.B., Affie E., Thompson H., Keighley M.R.: *Outcome of restorative proctocolectomy when the diagnosis is suggestive of Crohn's disease.* Gut, 34(10):1384-8, 1993, Oct.
- 31) Panis Y., Poupard B., Nemeth J., Lavergne A., Hautefeuille P., Valleur P.: *Ileal pouch/anal anastomosis for Crohn's disease.* Lancet, 30; 347(9005):854-7., 1996, Mar.
- 32) Stein R.B., Lichtenstein G.R.: *Complications after ileal pouch-anal anastomosis.* Semin Gastrointest Dis, 11(1):2-9. Review, 2000, Jan.
- 33) Sagar P.M., Dozois R.R., Wolff B.G.: *Long-term results of ileal pouch-anal anastomosis in patients with Crohn's disease.* Dis Colon Rectum, 39(8):893-8, 1996, Aug.
- 34) Galandiuk S., Scott N.A., Dozois R.R., Kelly K.A., Ilstrup D.M., Beart R.W. Jr., Wolff B.G., Pemberton J.H., Nivatvongs S., Devine R.M.: *Ileal pouch-anal anastomosis. Reoperation for pouch-related complications.* Ann Surg, 212(4):446-52; discussion 452-4, 1990, Oct.
- 35) Fazio V.W., Ziv Y., Church J.M., Oakley J.R., Lavery I.C., Milsom J.W., Schroeder T.K.: *Ileal pouch-anal anastomoses complications and function in 1005 patients.* Ann Surg, 222(2):120-7, 1995 Aug.

*Autore corrispondente:*

Dott. Francesco TONELLI  
 Università di Firenze  
 Dipartimento di Fisiopatologia Clinica  
 Cattedra di Chirurgia Generale  
 Policlinico Careggi  
 50134 FIRENZE