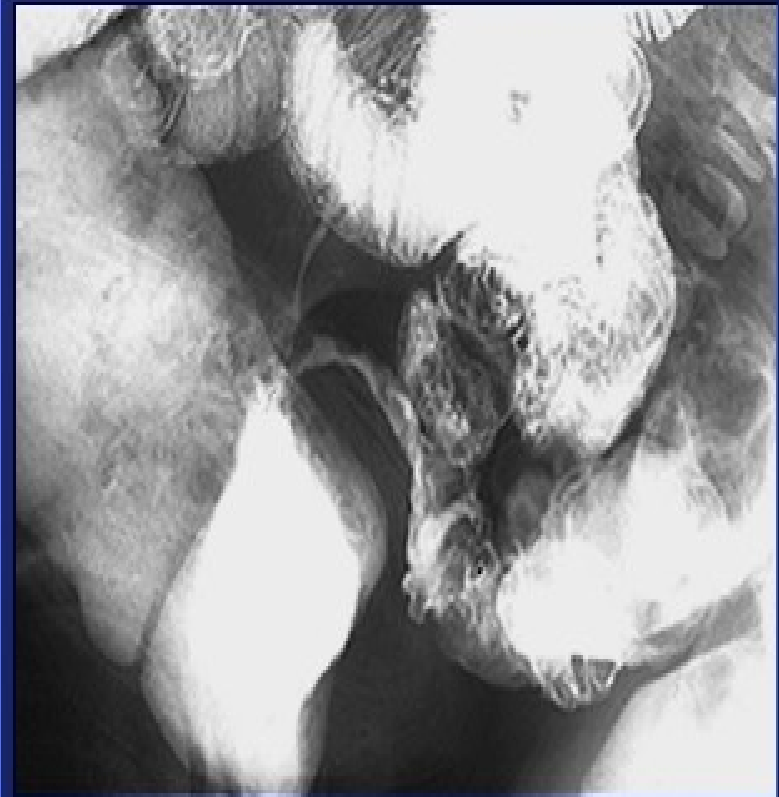
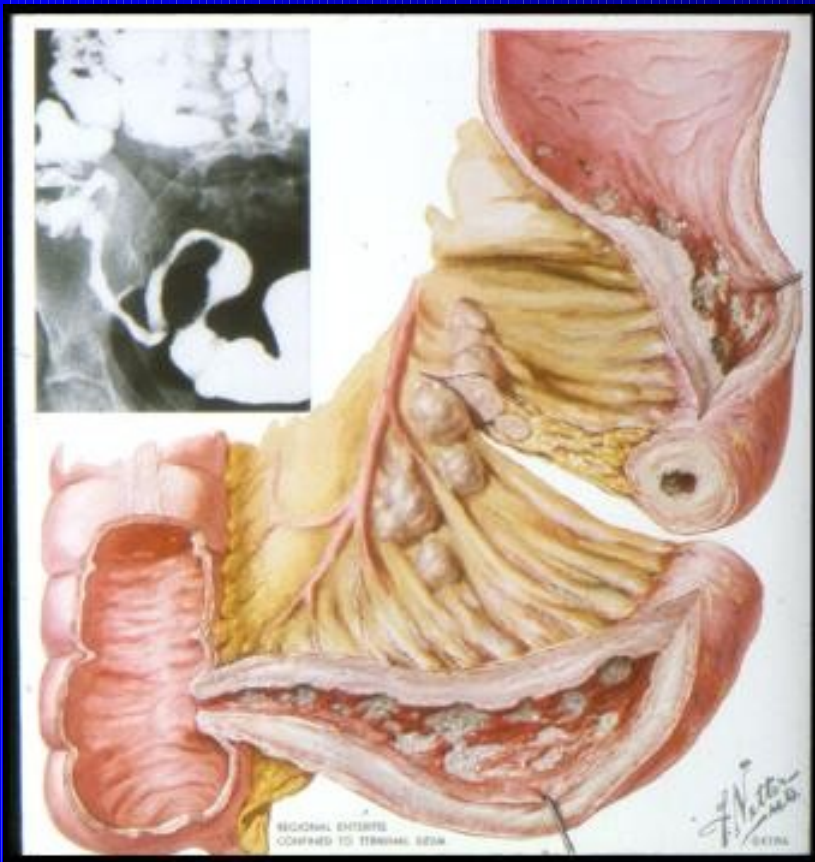


**TRATTAMENTO CONSERVATIVO DELLE
STENOSI DELL'INTESTINO TENUE NELLA
MALATTIA DI CROHN MEDIANTE
STRICTUROPLASTICA**

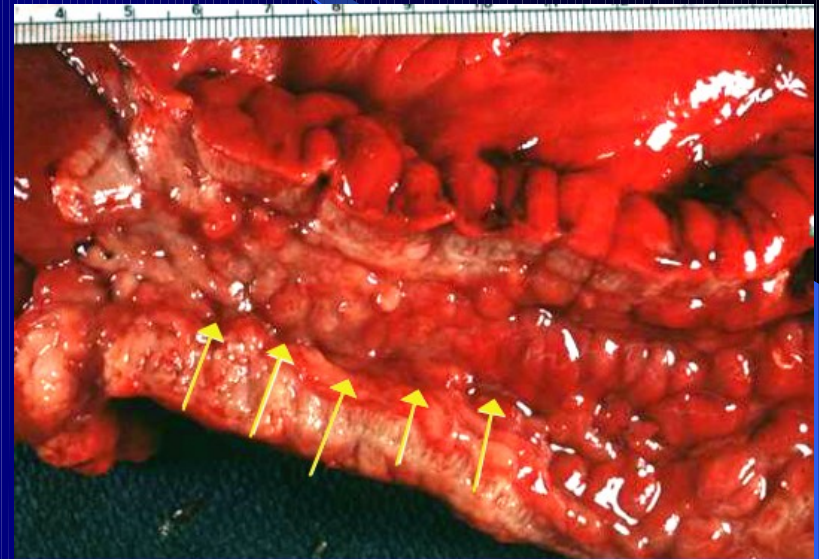
LA MALATTIA DI CROHN E' UNA MALATTIA INFIAMMATORIA CRONICA DELL'INTESTINO CHE COLPISCE PREVALENTEMENTE L'ILEO TERMINALE



ANATOMIA PATOLOGICA

MACROSCOPIA

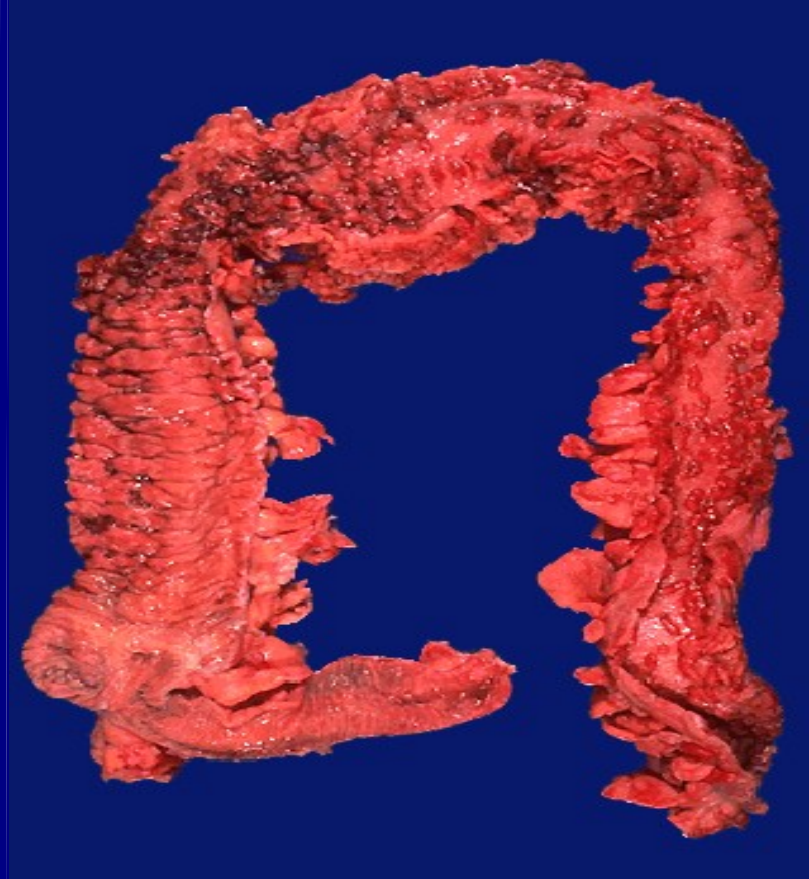
- LESIONI CHE SI ESTENDONO IN PROFONDITA' A TUTTO SPESSORE
- ULCERE LINEARI NELLA MUCOSA (FRECCIE GIALLE)



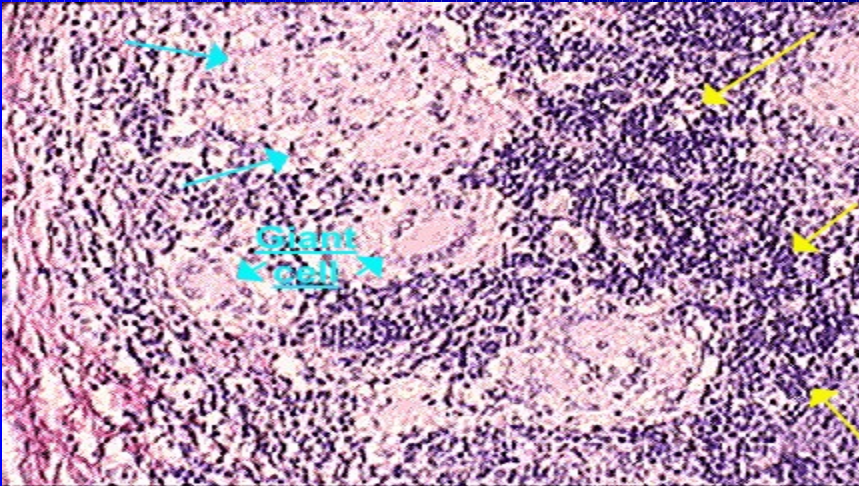
The wall of the ileum severely affected by Crohn's disease is inflamed and red. There are linear mucosal ulcerations present (yellow arrows), which would be focal if you could see the entire ileum. In addition, there is severe thickening of the bowel wall.

ANATOMIA PATOLOGICA

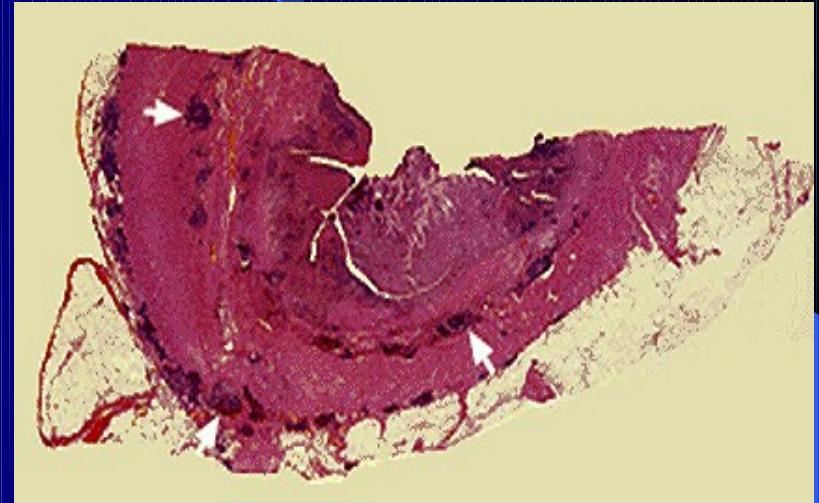
Le lesioni sono tipicamente localizzate e segmentarie con forte tendenza alla recidiva dopo intervento resettivo. Il lume e' ristretto con mucosa irregolarmente ulcerata e fissurata



ANATOMIA PATOLOGICA



This is a 200X view of the wall of the small intestine of a patient with Crohn's disease. There is chronic inflammation present including lymphocytic infiltration (yellow arrow), granulomas (light blue arrow) and giant cells. Remember that as many as 50% of patient biopsies will not show any granulomatous inflammation but only lymphocytes and macrophage infiltration as well as formation of germinal centers.



In this very LP view, you can see some ulceration in the upper left. The very dark areas (white arrows) are foci of chronic inflammation. It is clear that the inflammation extends through the entire wall of the small intestine (transmural) extending to the serosa.

Nella malattia possono coesistere insieme tre forme:

1. Acuta
2. In risoluzione
3. Organizzata

Quando queste lesioni si consolidano in tratti più o meno estesi dell' piccolo intestino e divengono vere e proprie stenosi , il quadro clinico del paziente vira quindi verso una sintomatologia subocclusiva.

Una tale situazione pone l'indicazione all'intervento chirurgico di exeresi del tratto stenotico mediante una resezione .

Nel caso di stenosi multiple estese per lunghi tratti d'intestino, soprattutto nei pazienti più volte operati, esiste il rischio d'insorgenza della grave *“sindrome dell'intestino corto”*.

Sindrome dell'intestino corto

S.I.C.

La sindrome dell'intestino corto (SIC) si manifesta solitamente dopo una estesa resezione del piccolo intestino. E' caratterizzato da progressivo calo ponderale , diarrea , steatorrea, disidratazione, ipersecrezione acida gastrica , acidosi metabolica , escoriazioni perianali , sintomi da carenza elettrolitica (Na^+ , K^+ , Ca^{++}) e vitaminica (B12 ,A,D,E,K).

S.I.C.

La gravità delle conseguenze metaboliche dipendono da diversi fattori :

1. estensione del tratto intestinale resecato
2. presenza o assenza della valvola ileo-cecale
3. la presenza di patologie nell'intestino rimasto e il suo grado di adattamento.

S.I.C.

- < tempo di transito attraverso l'intestino
- La ipersecrezione acida dell'intestino prossimale peggiora il malassorbimento per inattivazione degli enzimi pancreatici e biliari che lavorano meglio a pH neutro
- Ridotto assorbimento di vitamina B12 e' fattore causale di anemia megaloblastica
- I sali biliari non più assorbiti vengono a contatto con la mucosa intestinale provocando una diarrea secretoria , che può complicarsi con la steatorrea

S.I.C.

- La resezione intestinale , soprattutto quando comprende la valvola ileo-cecale , può alterare la qualità e la densità della flora batterica con fermentazione dei carboidrati non assorbiti e rischio di acidosi lattica che potrebbe provocare una severa encefalopatia
- La nefrolitiasi da ossalati
- La colelitiasi e' il risultato della riduzione della concentrazione del pool di sali biliari

*L'intervento chirurgico :
La stricturoplastica*

Per tali ragioni in epoca relativamente recente (Lee E.C., Papaioannou N. 1982) è stato proposto un nuovo intervento , la cosiddetta **stricturoplastica**, che può a ben diritto essere considerato come l'esempio più calzante di "chirurgia minimale".

Scopo precipuo dell'intervento, così come inteso dagli AA, è quello di rendere superabile l'ostacolo della stenosi attraverso una plastica del tratto fibrotico che permetta di non sacrificare nemmeno un centimetro della lunghezza del piccolo intestino.

Per ottenere questo risultato due metodiche principali sono state ideate ed utilizzate :

- 1) la tecnica di **Heinecke- Mikulicz**
- 2) la tecnica secondo **Finney**

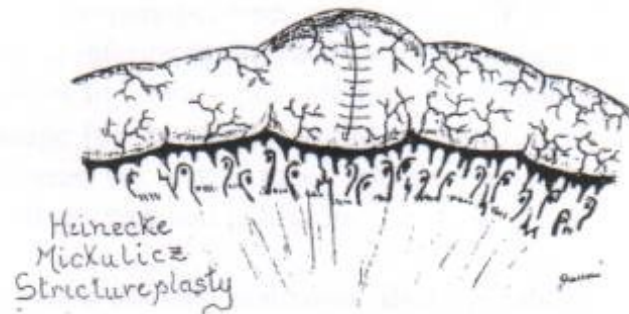
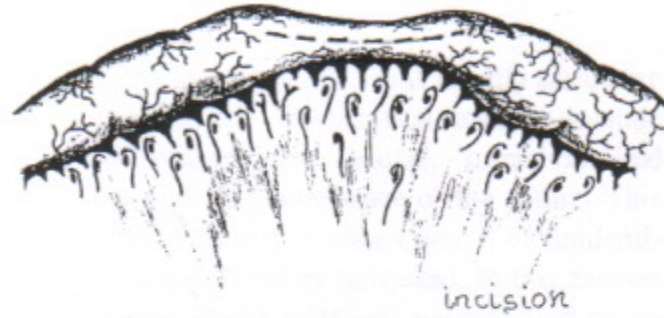
La tecnica di Heinecke- Mikulicz

Viene utilizzata per stenosi comprese tra 1 e 10 cm.

Prevede una incisione longitudinale a tutto spessore della parete intestinale sul margine antimesenterico del tratto fibroso stenotico e la successiva sutura trasversale dei margini.

La sutura viene eseguita in monostrato al fine di evitare di ridurre il calibro del viscere quanto più è possibile.

La tecnica di Heinecke- Mikulicz

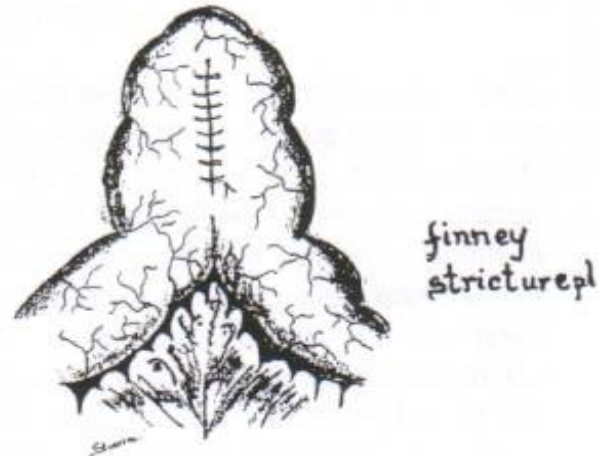
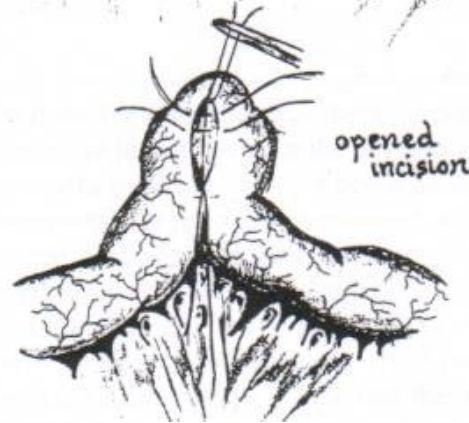


La tecnica di Finney

Viene invece utilizzata per i tratti stenotici di lunghezza > 10 cm.

L'intestino è aperto come nella metodica descritta in precedenza, e successivamente ripiegato su se stesso come una *J pouch*, procedendo quindi come a confezionare una anastomosi latero-laterale, suturando prima la parete posteriore e successivamente quella anteriore

La tecnica di Finney



Se l'indicazione è stata posta correttamente e l'esecuzione tecnica è stata precisa e attenta ai particolari, le tecniche descritte non presentano complicanze postoperatorie maggiori rispetto alla tecnica tradizionale, ed anche a distanza, il tasso di recidiva nei pazienti così operati non è sostanzialmente diverso da quelli resecati



Pazienti e metodi

Pazienti e metodi

La nostra esperienza si basa su 16 pazienti, (10 uomini, 6 donne: età da 29 a 49 anni). Tutti i pazienti selezionati, affetti da m. di Crohn con un range da 2 a 16 anni, lamentavano da qualche tempo (media 5 mesi, range 2-15 mesi) ripetute crisi subocclusive con perdita di peso

Pazienti e metodi

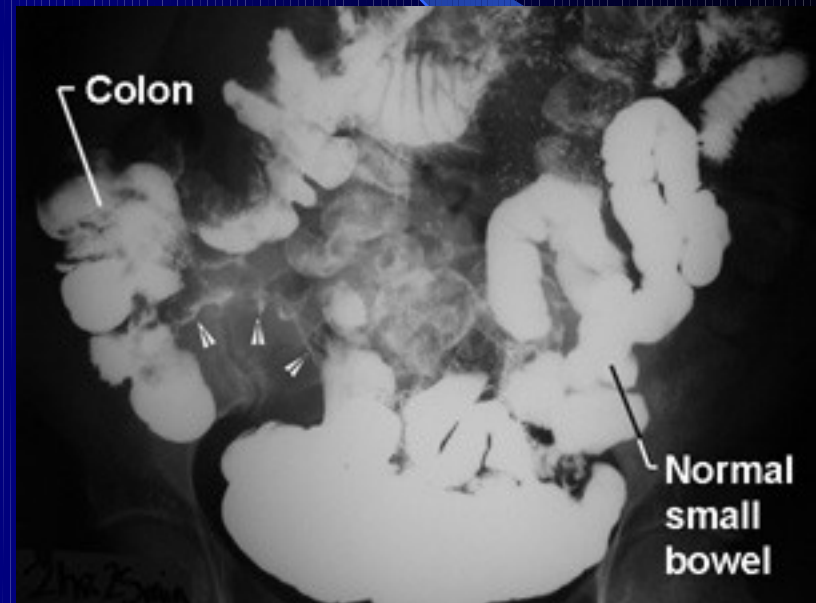
N° pazienti	16
Età media	35 aa
Range	29-49 aa
M/F	5:3 – 10/6
Durata della malattia	Media 6 aa
	Range 1-16 aa

Pazienti e metodi

Precedenti resezioni	12 pazienti (75%)
Prednisone e mesalazina	Si 6 No 10
Perdita di peso preoperatorio	6 (37,5 %) media 5 Kg
Nutrizione parenterale	4 (25%)
Sintomi di malattia attiva	Sintomi subocclusivi

Pazienti e metodi

Tutti i pazienti sono stati studiati con clisma del piccolo intestino con evidenza di differenti localizzazioni della malattia



Pazienti e metodi

Siti delle stenosi	N° pazienti
Duodeno	2
Digiuno	4
Ileo+Colon	2
Ileo con malattia anastomotica	4
Solo ileo	4

Pazienti e metodi

Sono state eseguite 58 stricturoplastiche ,
tutte secondo la tecnica di Heinecke-
Mikulicz.

In 10 pazienti è stata eseguita anche una
resezione intestinale (2 resezioni ileocoliche
con anastomosi trasverso-ileali, 8 resezioni
digiunali con anastomosi digiuno-digiunale)

Pazienti e metodi

Sedi della stricturoplastica

Siti	Numero
Duodeno	2
Digiuno	22
Ileo	30
Sede anastomotica	4



Risultati

Risultati

Complicanze precoci	SERIE PERSONALE (n°=16)	ALTRE SERIE (n°240)
Mortalità	0(0%)	0(0%)
Emorragia postoperatoria	0(0%)	7(2,9%)
Fistola/ascesso	0(0%)	17(7%)
Ileo prolungato	2(12,5%)	8(3,3%)
Reintervento	0(0%)	8(3,3%)
Infezione ferita	2(12,5%)	25(10,4%)

Risultati

Per quanto riguarda i risultati a lungo termine, tutti i pazienti tranne 2 hanno ottenuto dopo l'intervento la risoluzione dei loro sintomi ostruttivi (follow-up medio 25 mesi, range da 6 a 56 mesi)

Risultati

Complicanze tardive	SERIE PERSONALE (n=16)	ALTRE SERIE (n=240)
N° di stricturoplastiche	58	859
Media dei follow up	6-56 mesi	6-84mm
Recidiva della sintomatologia	4(25%)	69(30%)
Trattamenti medici	4(25%)	36(15.4%)
Restenosi sintomatiche di precedenti stricturoplastiche	0	3.9%

Discussione

Discussione

La chirurgia non può curare in maniera radicale la malattia di Crohn ,né può cambiare la sua aggressività biologica

La recidiva e la necessità di un secondo intervento variano dal 40-70% dei casi

Discussione

La chirurgia va limitata ai casi di assoluta necessità mantenendo un atteggiamento quanto più possibile conservativo mediante:

- 1) resezioni minime
- 2) mini by- pass
- 3) ***stricturoplastiche***

Discussione

Stricturoplastica: vantaggi

Pur eliminando le manifestazioni funzionali secondarie alla stenosi, la stricturoplastica non richiede alcun sacrificio di tessuto intestinale e non ha quindi importanti complicanze dal punto di vista nutrizionale

Discussione

Dopo l'intervento di stricturoplastica si ottiene un periodo di remissione sintomatologica di circa 3 anni di media , con un massimo di 6 anni (Kendal G.P. et al.)

Discussione

Stricturoplastiche: limiti

Alcuni follow-up a medio termine degli operati sembrano tuttavia mostrare che la rimozione dell'ostacolo non diminuisce la percentuale di recidiva di malattia e che questa sarà più precoce rispetto all'intervento resettivo

Discussione

Secondo Gallot (1994) la molteplicità delle lesioni è una controindicazione alla resezione anastomosi solo quando il tenue residuo misurato in fase intraoperatoria è lungo meno di 1,5 metri

Discussione

La stricturoplastica inoltre non può sostituire la chirurgia resettiva nel trattamento della malattia di Crohn nella fase di attività con infiammazione flemmonosa o in caso di perforazione o di ascessi perintestinali

Discussione

Nel nostro studio 12 pazienti su 16 erano in remissione sintomatologica al momento del controllo in follow-up con una osservazione minima di sei mesi ed una massima di quattro anni e otto mesi. In altri quattro pazienti si osservò invece il ripresentarsi della sintomatologia subocclusiva rispettivamente a 28,30 36 e 40 mesi dall'intervento, per una recidiva della malattia in sedi diverse da quelle operate

Discussione

La stricturoplastiche resta sicuramente indicata in caso di :

- stenosi intestinali sintomatiche non rispondenti a terapia medica
- quando queste sono multiple ,ma brevi e ben delimitate
- stenosi interessanti un tratto esteso dell'intestino soprattutto in pazienti che hanno già subito resezioni più o meno ampie

Conclusioni

Conclusioni

Nella malattia di Crohn, recidivante e progressiva, il ruolo principale della chirurgia non è quello di una terapia radicale ma quello di trattare le complicanze e i sintomi che affliggono i pazienti allo scopo di migliorarne la qualità di vita

Conclusioni

Oggi è dunque pienamente vero ed attuale quello che lo stesso Crohn già diceva più di 60 anni orsono e cioè che “ *....il trattamento della malattia deve essere solo empirico, palliativo e di supporto*”, concetto questo reiterato da Shorb nel 1990 “ *..... i risultati postoperatori sono migliori se l'intervento viene fin dal principio considerato palliativo nell'ambito di una malattia che va esaurendo nel tempo la sua progressività*”.