



S.C Chirurgia Generale Oncologica Direttore: Prof. N. Gullà

Management infermieristico del paziente ileo/colostomizzato

**Cancro del retto: quando non è possibile
evitare la colostomia definitiva?**



Cancro del retto

Trattamento multidisciplinare

- .Chirurghi
- .Radiologi
- .Endoscopisti
- .Anatomo patologi
- .Oncologi
- .Radioterapisti



Epidemiologia

.36000 Italia/anno

.138000 Europa

.10% di tutti i decessi per cancro in America

.30% die tumori colo-rettali

.Maschi > Femmine

.> 60 aa



Ca retto = ca colon

- Anatomia
- Funzione/fisiologia
- Recidive locali/distanza
- Approcci
- Stadiazione
- Chirurgia
- Terapia (neo)adiuvante



Eziopatogenesi

Alimentazione: dieta ricca di grassi e povera di fibre, uso di alcolici

Alterazioni genetiche : familiarità (rari paf-HNPCC)

Patologie intestinali: RCU-Malattia di Chron

Obesità fumo e vita sedentaria



Sintomi e Diagnosi

Sangue +++ rosso vivo o scuro (60%)

Alterazioni alvo (43%)

Calo ponderale

Dolore localizzato (5%)

Sensazione di evacuazione incompleta

**Visita : esplorazione rettale (distanza m.a-dimensioni-
mobilità/fissità-ono sfinteriale)**

Procto-sigmoido-colonscopia

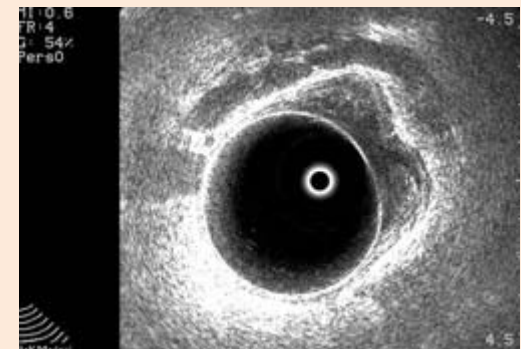
Esami ematochimici (cea >5)

Rx torace

Eco addome

Ecoendoscopia

Tac-RMN-Pet



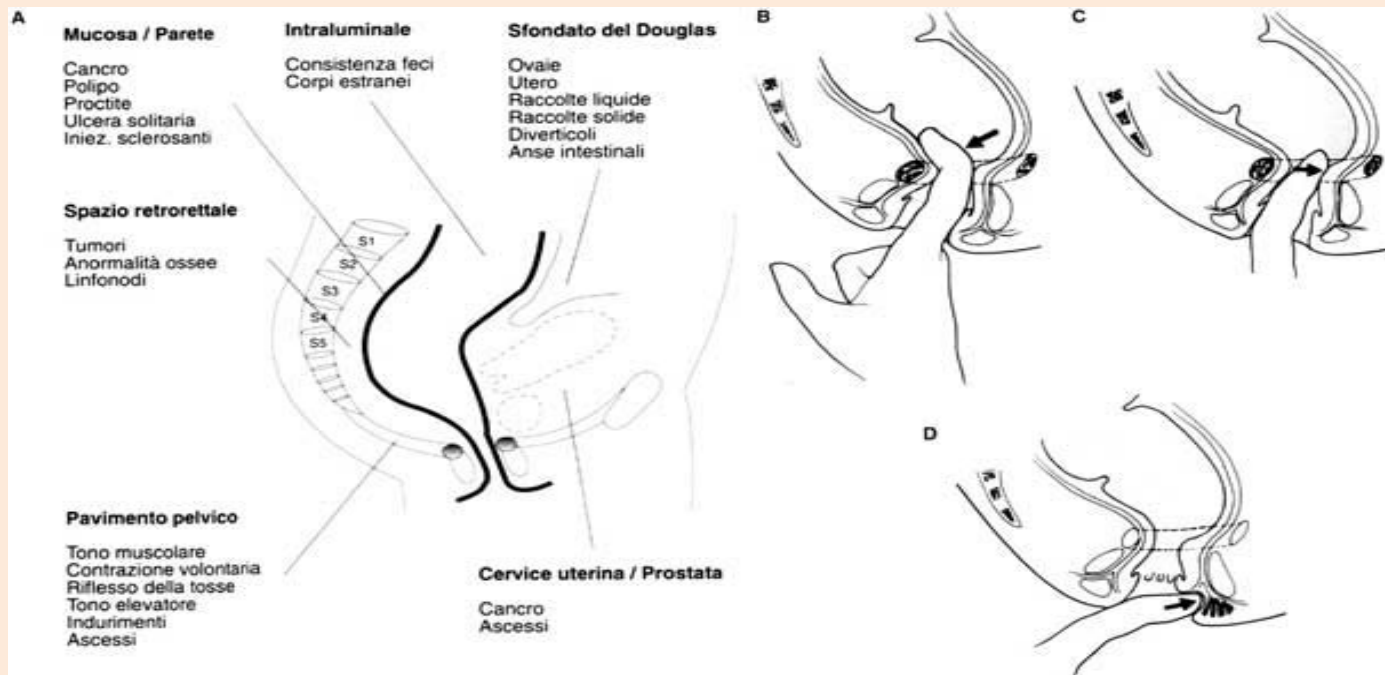
Cassificazione di Mason

Stadio CS1= mobile sul piano muscolare (t.limitato a mucosa e sottomucosa)

Stadio CS2= mobile ma indissociabile dalla parete del retto (no diffusione oltre parete)

Stadio CS3= mobile ma con retto fisso (infiltrazione del grasso perirettale)

Stadio CS4= fisso (infiltrazioni strutture adiacenti)





Stadiazione e Terapia

cTNM I (T1-2 N0)

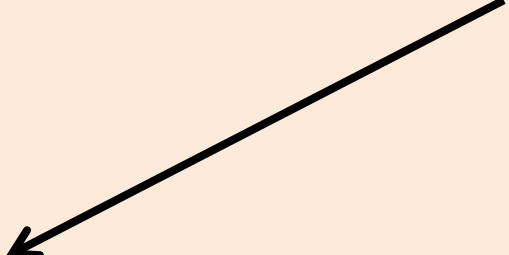
cTNM II-III (T3-4 N0 o ogni T N1-2)

cTNM IV (M1)

Chirurgia:
E L
RAR
LAR
APR

Trattamento neo adjuvanti

Palliazione





**Cancro del retto:
quando non è possibile evitare la colostomia
definitiva?**



Anatomia 1

Il retto è il segmento terminale del tubo digerente.

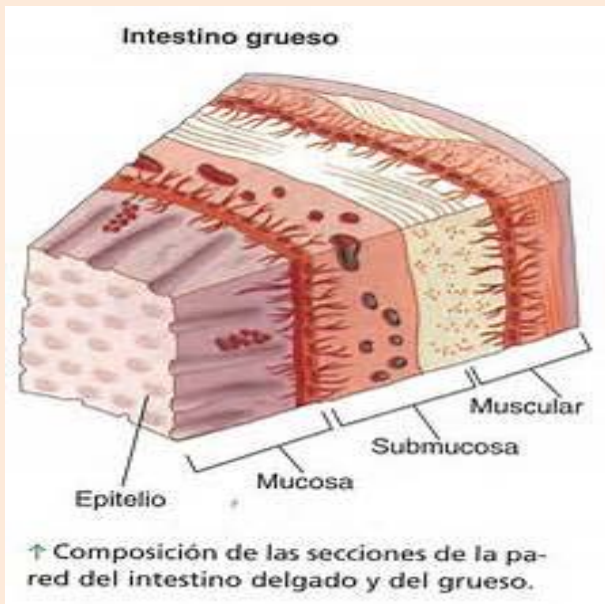
2 due porzioni:

- a) il **retto pelvico**, chiamato anche ampolla rettale, che misura 12-15 cm, derivato dall'intestino primitivo che ha un meso dorsale (il mesoretto)
- b) **retto perineale** o canale anale, che misura 3-4 cm e che corrisponde agli sfinteri, ben palpabili all'esplorazione rettale, derivato dall'ectoderma e che non ha quindi alcun meso.

Clinicamente si può suddividere il retto in tre parti:

- 1) il **retto alto** (prossimale), metà superiore dell'ampolla rettale, grossolanamente posto al disopra dello sfondato del Douglas che si estende da 6-8 cm a 15-19 cm dal margine anale, a seconda delle condizioni di misurazione;
- 2) il **retto basso** (distale), metà inferiore dell'ampolla rettale, che termina al margine superiore degli elevatori dell'ano e che corrisponde al retto extra-peritoneale e che è esplorabile con il dito;
- 3) il **canale anale** da 0 a 3-4 cm dal margine anale

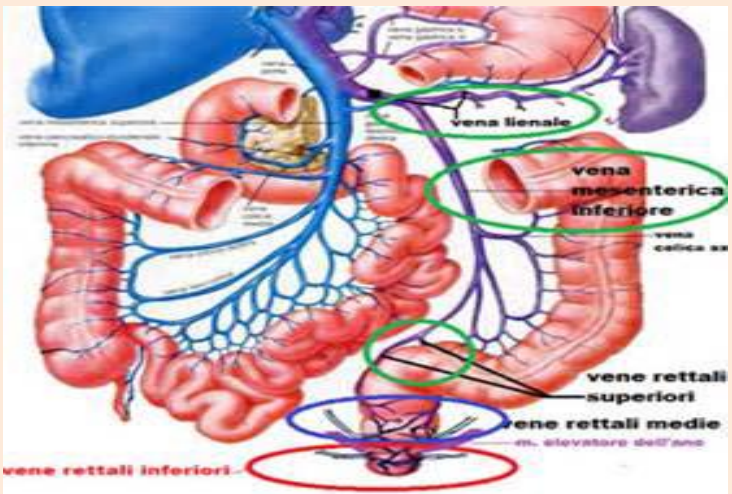
Anatomia 2



VASCULARIZZAZIONE DEL RETTO

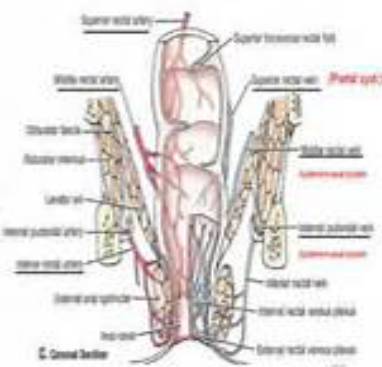
Vascularizzazione principale:
Arteria Rettale Superiore
 ramo della A. Mesenterica Inf.

Vascularizzazione secondaria:
A. Rettale Media ed Inferiore, A. Sacrali rami dell'A. Iliaca Interna

Rectum and anal canal anatomy

- Rectum and anal canal are the terminal part of digestive system.
- Rectum and anal canal lies in the pelvic cavity.
- The blood supply to rectum and anal canal is by inferior rectal, middle rectal and superior rectal vessels.





Tumore del retto alto



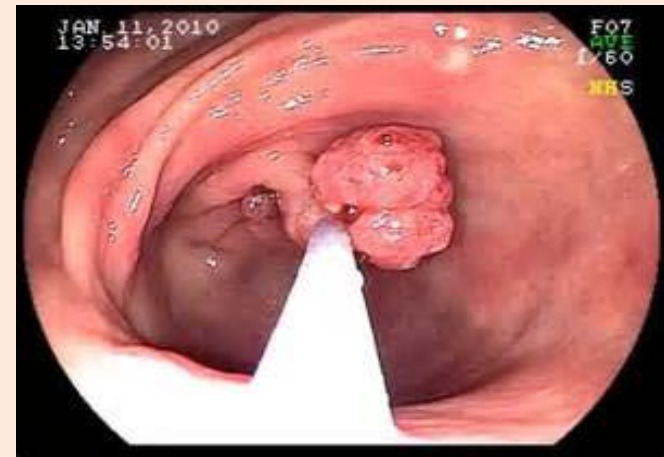


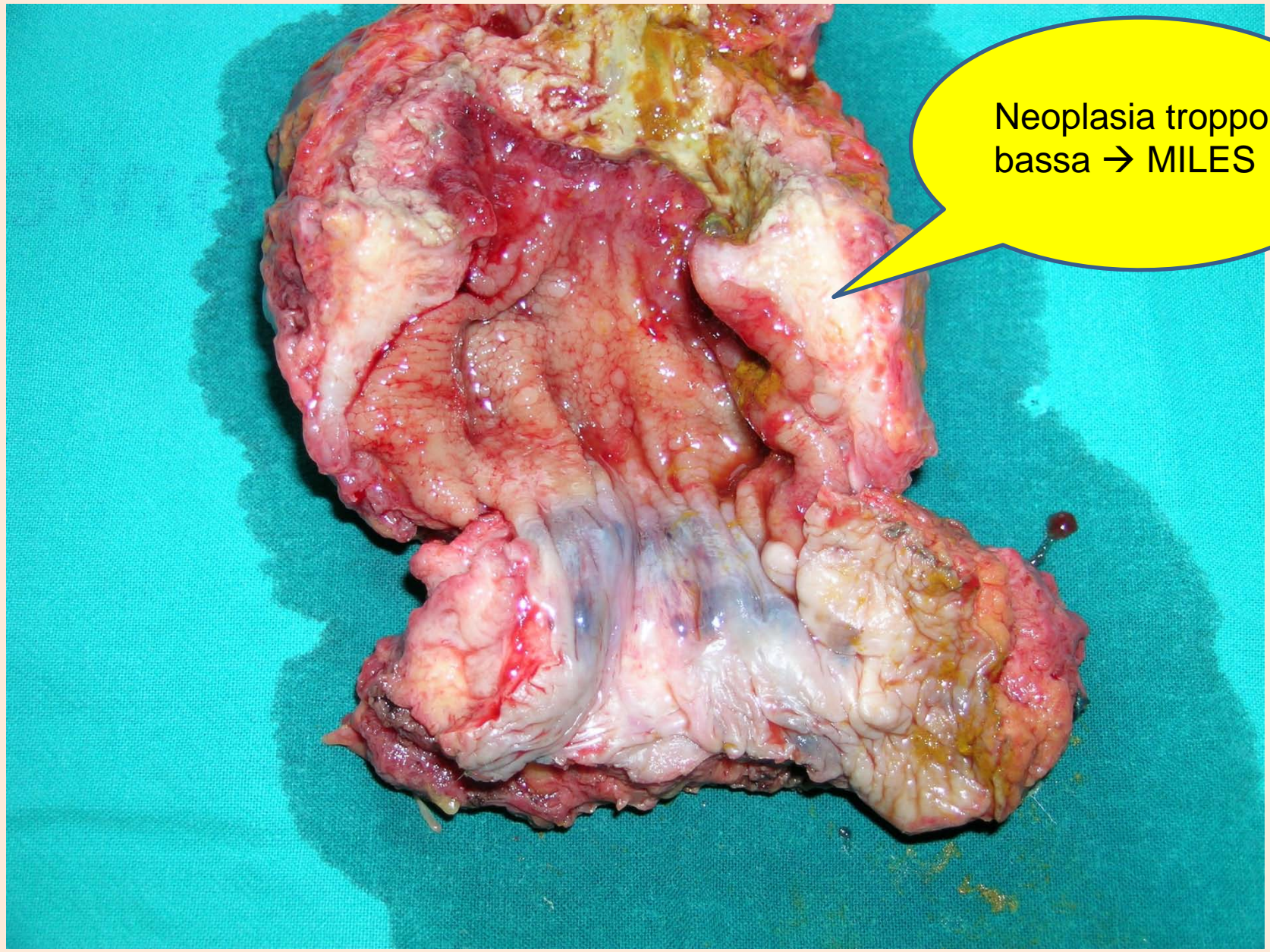
Tumore del retto basso distale

E L

RAR

**LAR (eventuale colostomia
o ileostomia di protezione)**





Neoplasia troppo
bassa → MILES

Tumore del canale anale

