

# Cancro del retto: anatomia chirurgica

M.M. Bertrand, P.E. Colombo, M. Prudhomme, P. Rouanet

*Il retto è la porzione terminale del tratto digerente. È diviso, in anatomia chirurgica, in tre parti. Un terzo superiore, avvolto dal peritoneo, che fa seguito al colon sigmoideo, un terzo medio sottoperitoneale, che presenta rapporti importanti in particolare con l'innervazione autonoma genitourinaria, e un terzo inferiore, corrispondente al canale anale, a livello dell'apparato sfinterico. Inoltre, le specificità del drenaggio linfatico del cancro rettale spiegano il ruolo chiave della chirurgia nel trattamento di questa malattia e nella prevenzione delle recidive locali. Il chirurgo si trova, quindi, di fronte a due problematiche opposte, che sono la realizzazione di una chirurgia quanto più completa possibile e la prevenzione delle sequele funzionali negative a volte molto invalidanti. È questa caratteristica che spiega la specificità della chirurgia rettale, come la necessità, per il chirurgo, di avere una perfetta conoscenza di questa anatomia.*

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Retto; Colon sigmoideo; Anatomia; Chirurgia; Cancro

## Struttura dell'articolo

■ <b>Anatomia descrittiva</b>	<b>1</b>
Embriologia	1
Morfologia esterna	1
Morfologia interna	1
Retto pelvico o ampolla rettale	2
Retto perineale o canale anale	4
Vascolarizzazione del retto	5
Innervazione rettale e perirettale: plessi ipogastrici inferiori	6
■ <b>Punti chiave per il chirurgo rettale</b>	<b>6</b>
Piano ottimale di risparmio dei nervi	7
Anatomia della dissecazione intersfinterica	7
■ <b>Descrizione chirurgica dal basso all'alto e chirurgia transanale</b>	<b>7</b>
Terzo inferiore	7
Terzo medio	7

## ■ Anatomia descrittiva

Una conoscenza precisa dell'anatomia del retto permette di comprendere correttamente le sfide che questa chirurgia rappresenta: conservazione dello sfintere, riduzione del tasso di recidiva locale, conservazione dei nervi. Questa conoscenza anatomica, lungi dall'essere fissata, viene continuamente rivista, migliorata e resa accessibile a un pubblico più vasto attraverso nuove tecnologie<sup>[1,2]</sup>.

## Embriologia

Il retto è la porzione terminale del tratto digerente. Embriologicamente, proviene dall'intestino posteriore che ha origine

nell'endoderma. L'intestino posteriore si unisce alla membrana cloacale. Durante il successivo sviluppo, il setto urogenitale separa la cloaca in due parti: il seno urogenitale primitivo anteriore e il canale anorettale posteriore. Nella settima settimana, il setto urogenitale si unisce alla membrana cloacale per formare l'abbozzo perineale e la divide in membrana anale e membrana urogenitale. Nell'ottava settimana, la membrana anale si trova alla base di una depressione ectoblastica, la depressione anale. Si precisa che la parte superiore del canale anale è di origine endodermica, mentre la parte inferiore è ectoblastica; queste due parti sono separate l'una dall'altra dalla linea pettinea.

## Morfologia esterna

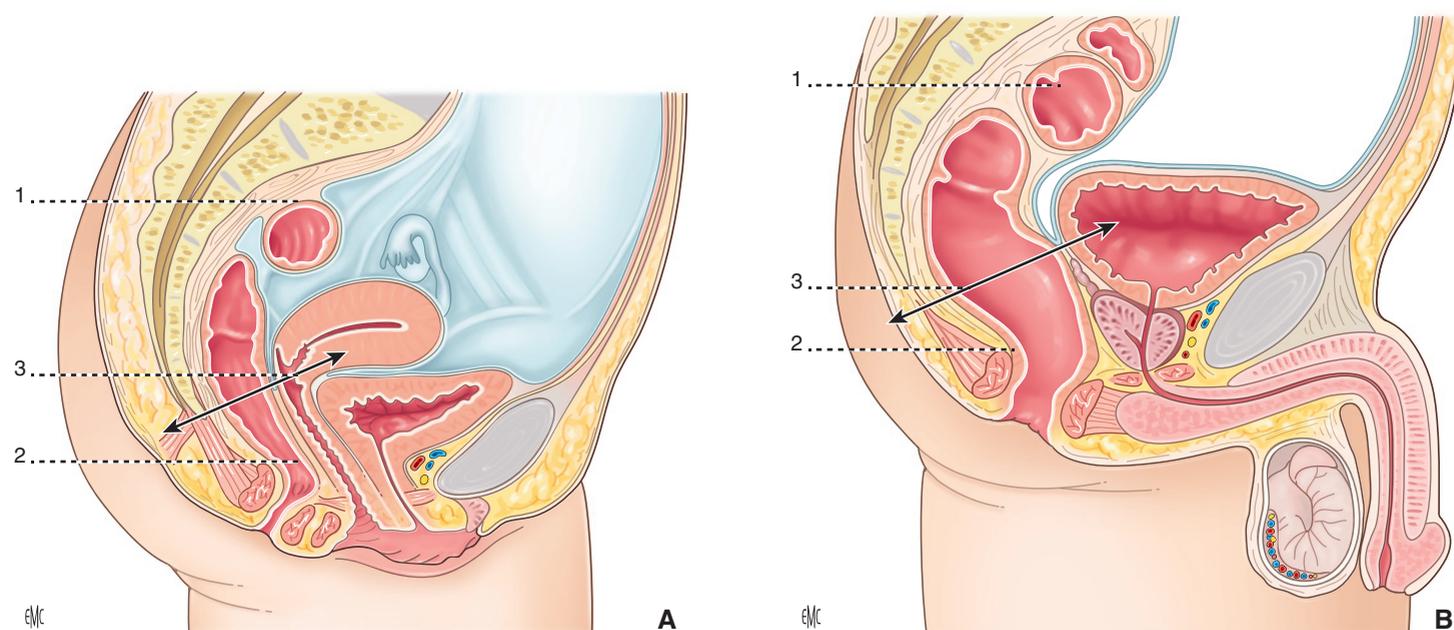
In un piano sagittale, il retto presenta due curvature, una prima curvatura concava verso la parte anteriore, che segue la concavità sacrale (curvatura sacrale), e una curvatura concava all'indietro dopo aver attraversato il pavimento pelvico formato dal muscolo elevatore dell'ano (curvatura perineale) (Figg. 1, 2).

Queste due curvature delimitano due porzioni funzionalmente distinte del retto, un retto pelvico, o ampolla rettale, a causa della sua forma estesa, e un retto perineale, o canale anale.

Si descrivono tre inflessioni in un piano frontale, dall'alto in basso, un'inflessione superiore concava a sinistra, un'inflessione mediana concava a destra e un'inflessione inferiore concava a sinistra. Queste sono responsabili delle tre pieghe mucose sulla faccia mucosa del retto, piega trasversa superiore, media e inferiore.

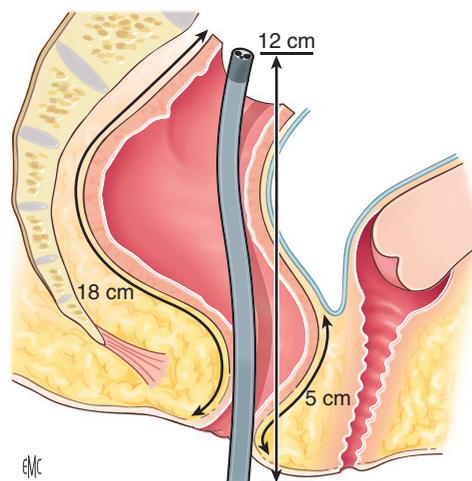
## Morfologia interna

Solo la parte con il peritoneo del retto ha una sierosa propriamente detta. Il resto della parete rettale è composto da tre strati dall'esterno verso l'interno:

**Figura 1.**

**A.** Sezione sagittale del piccolo bacino nella donna. 1. Cerniera coloretale vicino a S2-S3; 2. giunzione anorettale sul bordo superiore dello sfintere esterno dell'ano; 3. confine tra retto superiore e inferiore.

**B.** Sezione sagittale del piccolo bacino nell'uomo. 1. Cerniera coloretale vicino a S2-S3; 2. giunzione anorettale sul bordo superiore dello sfintere esterno dell'ano; 3. confine tra retto superiore e inferiore.



**Figura 2.** Coppa del retto di profilo. Le misurazioni della distanza dal margine anale sono altamente variabili a seconda che la misurazione sia effettuata a partire dalla faccia anteriore molto corta, con uno sfondato di Douglas, a volte a meno di 5 cm dal margine anale nella donna, o dalla faccia posteriore, con una cerniera rettosigmoidea a volte misurata a 18 o 19 cm dal margine anale.

- uno strato muscolare: comprende due strati, uno strato interno circolare, la cui parte distale si addensa per formare lo sfintere anale interno, ed uno strato longitudinale che continua il percorso delle *Taeniae coli* e che costituisce le fasce longitudinali del muscolo corrugatore del margine anale insinuandosi attraverso lo sfintere interno;
- uno strato sottomucoso: contiene, tra l'altro, i plessi emorroidari superiore e inferiore;
- una mucosa. A livello del canale anale, è suddiviso in tre zone dal basso in alto:
  - zona colonnare (colonne anali di Morgagni)
  - zona di transizione, tra la linea pettinata e la linea anocutanea
  - margine anale sotto la linea anocutanea.

## Retto pelvico o ampolla rettale

### Limiti

Il retto segue il sigma, che inizia dove le *T. coli* si uniscono per formare uno strato muscolare longitudinale continuo. In anatomia descrittiva, questo livello corrisponde al luogo dove la radice primaria del mesosigma termina, di fronte a S3. In anatomia chirurgica, la giunzione (o cerniera) rettosigmoidea si trova dove il sigma si unisce alla linea mediana, a livello del promontorio.

Si noti che questi parametri sono vaghi e spesso soggetti a interpretazioni diverse; in effetti nessuna struttura definisce chiaramente questo limite.

Il limite inferiore del retto pelvico, o ampolla rettale, corrisponde al punto dove attraversa il diaframma pelvico a livello del quale è "incravattato" dalla fronda del fascio puborettale del muscolo elevatore dell'ano.

### Rapporti anatomici

Il retto pelvico può essere diviso in due parti seguendo quello che è al di sopra o al di sotto della riflessione peritoneale.

#### Retto sovraperitoneale

Il peritoneo viscerale forma, nella parte superiore del retto, la sua riflessione anteriore, lo sfondato di Douglas. Si tratta dello sfondato rettoprostatico nell'uomo e rettouterino nella donna. Si trova più in alto nell'uomo che nella donna.

I rapporti di questa parte avvolta dal peritoneo del retto sono, pertanto, la base della vescica nell'uomo e la faccia posteriore dell'utero nella donna (Figg. 3, 4).

#### Retto infraperitoneale

Al di sotto della riflessione peritoneale, il retto è contenuto nella fossa ischiorettale, delimitata dalla riflessione peritoneale in alto, dal perineo in basso e, lateralmente, dalle ossa ischiatiche destra e sinistra (Fig. 5).

Questo spazio è separato dal muscolo elevatore dell'ano in spazi infra- e sovraelevatori.

I rapporti anteriori del retto sottoperitoneale sono:

- nell'uomo: faccia posteriore delle vescicole seminali e della prostata;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287307>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287307>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)