



MICROCHIRURGIA ENDOSCOPICA TRANSANALE (TEM)

A cura del Prof. Mario Guerrieri (guerrieri.m@libero.it)

A COSA SERVE?

La Microchirurgia Endoscopica Transanale (TEM) è nata come valida e sicura alternativa alla chirurgia “aperta” tradizionale nella eradicazione di polipi benigni, precancerosi e inizialmente maligni o i polipi maligni dopo radio-chemioterapia neoadiuvante a livello del retto, fino a 20 cm dal margine anale. Questa metodica permette di asportare tali lesioni dal basso, in maniera transanale, senza aprire la parete addominale: ciò consente al paziente di avere, a parità di eradicazione della malattia, un decorso postoperatorio più rapido, leggero, una degenza ospedaliera molto breve ed un risultato cosmetico ottimale.

IN COSA CONSISTE?

Un rettoscopio viene introdotto nell’ano ed attraverso di questo vengono inseriti gli strumenti per consentire l’escissione delle lesioni rettali. Per mantenere dilatato il retto e per ottenere una visione ottimale ed uno spazio sufficiente per poter lavorare, viene insufflato un gas (CO₂). Per visualizzare le pareti del retto viene utilizzata un’ottica connessa ad un microscopio che consente al chirurgo di avere una visione tridimensionale e magnificata del campo operatorio.

Gli strumenti utilizzati sono ricurvi e consentono l’escissione a tutto spessore delle lesioni in questione, il controllo dell’emostasi e la sutura della parete rettale.

QUANDO SI UTILIZZA?

Candidati ad intervento di TEM a scopo curativo sono i pazienti con patologia benigna e con patologia maligna allo stadio iniziale (T1N0M0). Possono inoltre essere reclutati pazienti selezionati per il trattamento di tumori maligni ad uno stadio più avanzato dopo radio-chemioterapia neoadiuvante ed opportuna restadiazione preoperatoria con conferma dell’avvenuta sottostadiazione del tumore. La distanza della lesione dal margine anale e la sua corretta posizione vengono valutate preoperatoriamente mediante rettoscopio rigido. In genere l’indicazione alla TEM è data per lesioni situate a 12 cm dalla rima anale anteriormente e a 15 cm posteriormente anche se vi sono a disposizione due rettoscopi di due diverse lunghezze, il più lungo dei quali consente di raggiungere polipi situati anche a 20 cm. L’intervento viene svolto, in accordo con l’anestesista, in anestesia generale, epidurale o spinale. Questa ampia possibilità anestesilogica ha inoltre il grosso vantaggio di riammettere ad intervento chirurgico pazienti che, per alto rischio operatorio, non potrebbero sopportare un’anestesia generale.

COM’È LA DEGENZA POST OPERATORIA?

Già nella prima giornata post-operatoria il paziente potrà tornare a mangiare e a svolgere le sue normali funzioni. Il dolore non costituisce generalmente un grosso problema perché, se dovesse insorgere, potrà essere facilmente controllato da una terapia analgesica. La dimissione avviene generalmente in seconda giornata post-operatoria.

QUALI COMPLICANZE?

Le complicanze postoperatorie comuni sono generalmente minori e comprendono dolore, febbre, ritenzione urinaria, sanguinamento, fistola rettovaginale o retto uretrale. Infrequente e solitamente transitoria e l'incontinenza fecale.

Intra-operatoriamente la perforazione del viscere, sebbene rara, può essere nella maggior parte dei casi gestita in maniera transanale, con la sutura della soluzione di continuo mediante gli stessi strumenti della TEM.

QUALI I VANTAGGI?

Il maggior vantaggio ottenuto con la TEM è sicuramente il fatto di non avere una resezione del viscere con costituzione di un'anastomosi termino-terminale, come nel caso delle resezioni maggiori, con conseguenti effetti ottimali in termini di funzionalità post-operatoria e qualità di vita e senza la necessità di costituzione di una derivazione intestinale temporanea o permanente (cioè un ano artificiale localizzato nella parete addominale).

Ciò garantisce inoltre un decorso postoperatorio indolore, un ripristino delle normali funzioni più precoce, un più precoce ritorno all'attività lavorativa

Altro vantaggio consiste nell'assenza di ferite della parete addominale con risultati estetici migliori e riduzione del rischio di infezioni e di ernie post-operatorie.

Bibliografia:

1. Arezzo A. To TEM or not to TEM: past, present and probable future perspectives of the transanal endoscopic microsurgery platform. *Tech Coloproctol.* 2016 May;20(5):271-2.
2. Cataldo PA, O'Brien S, Osler T. Transanal endoscopic microsurgery: a prospective evaluation of functional results. *Diseases of the colon & rectum*, 2005, 48.7: 1366-1371.
3. Ghiselli R., Ortenzi M., Cappelletti Trombettoni MM, Cardinali L, Gesuita R., Guerrieri M. Functional outcomes after TEM in patients with complete clinical response after neoadjuvant chemo-radiotherapy. *Surg Endosc.* 2017 Jul;31(7):2997-3003.
4. Guerrieri M, Baldarelli M, Morino M, Trompetto M, Da Rold A, Selmi I, Allaix ME, Lezoche G, Lezoche E. Transanal endoscopic microsurgery in rectal adenomas: experience of six Italian centres. *Digestive and Liver disease*, 2006, 38.3: 202-207.
5. Guerrieri M, Ortenzi M, Cappelletti Trombettoni MM, Kubolli I, Ghiselli R. Local excision of early rectal cancer by transanal endoscopic microsurgery (TEM): the 23-year experience of a single centre. *Jct* 2015 nov (6): 1000-1007.
6. Lezoche E, Baldarelli M, Lezoche G, Paganini AM, Gesuita R, Guerrieri, M. Randomized clinical trial of endoluminal locoregional resection versus laparoscopic total mesorectal excision for T2 rectal cancer after neoadjuvant therapy. *BJS*, 2012;99(9), 1211-1218.
7. Ortenzi M., Ghiselli R., Cappelletti Trombettoni MM, Cardinali L., Guerrieri M.. Transanal endoscopic microsurgery as optimal option in treatment of rare rectal lesions, *World J Gastrointest Endosc.* 2016 Sep 16;8(17):623-7.