

# TUMORI RETRORETTALI

*VERCELLI, 15-17 DICEMBRE 2008*

*Sara Bartola*

# Spazio retrorettale

Continuazione inferiore del retroperitoneo contenete rami e nervi del plesso sacrale, rami del sistema ortosimpatico e strutture linfatiche

# Limiti anatomici

**Ant:** fascia propria del retto

**Post:** piano sacrococcigeo

**Lat:** vasi iliaci, ureteri, retto

**Inf:** pavimento pelvico

**Sup:** rifelssione peritoneale

Complessi rimaneggiamenti nello sviluppo embrionale di:

- Intestino terminale
- Tubo neurale
- Strutture ossee
- Apparato urogenitale

Ciò giustifica le possibili formazioni vestigiali di varia provenienza

L'**80%** delle formazioni patologiche a questo livello sono di origine **embrionale**

Di queste il **90%** sono **cistiche**  
(epidermoidi, dermoidi,  
mucosecernenti, teratomatose)

### **Congenite:**

- ✓ Cisti epidermoidi o dermoidi
- ✓ Teratomi e teratocarcinomi
- ✓ Condriomi
- ✓ Meningocele anteriore sacrale
- ✓ Duplicazione del retto

### **Neurogene:**

- ✓ Neurofibroma e neurofibrosarcoma
- ✓ Ependimoma
- ✓ Neurilenoma

### **Ossee:**

- ✓ Tumore gigantomocellulare
- ✓ Cisti ossea aneurismatica
- ✓ Condromixosarcoma
- ✓ Tumore di Ewing
- ✓ Osteoma
- ✓ Sarcoma osteogenico

### **Varie:**

- ✓ Mieloma
- ✓ Metastasi
- ✓ Ipernefroma
- ✓ Tumori ovarici

### **Connettivali:**

- ✓ Lipoma e liposarcoma
- ✓ Fibroma e fibrosarcoma
- ✓ Leiomioma o leiomiosarcoma
- ✓ Pericitoma o endotelioma

### **Infiammatorie:**

- ✓ Granulomi da corpo estraneo
- ✓ Fistole cieche interne
- ✓ Ascessi pelvirettali
- ✓ Granulomi infettivi cronici, emangioma

# Incidenza

Patologia estremamente rara:

1 / 40.000

ricoveri

# Sintomi: ritardo diagnostico

- Dolore improvviso perineale, presacrale;
- Febbre;
- Alterazione alvo, tenesmo;
- Sintomi urinari;
- Eco transvaginale;
- Durante il parto

*Singer MA, Cintron J, Martz JE, Schoetz DJ, Abcarian H. Retrorectal cyst: a rare tumor frequently misdiagnosed. J Am Coll Surg 2003; 196: 880-886.*

# DIAGNOSI

## ISPEZIONE RETTALE

**(“PUT YOUR BRAIN IN YOUR FINGER!”)**

Tumefazione *molle elastica* che sposta anteriormente la parete posteriore del retto la quale appare *indenne e scorrevole* sul tumore a meno che:

- Sia invasa
- Partecipi ad una massa infiammatoria
- Si tratti di una duplicazione del retto

# RMN

- Localizzazione: livello rispetto al sacro e alla CV
- Dimensioni: larghezza e lunghezza
- Morfologia: solida o cistica (>80%) o mista
- Margini: eventuale capsula, bordi
- Limiti: eventuale infiltrazione, piano di clivaggio.

*Gloagow SC, Birnabum EH, Lowney JK, Flaschman JW, Konder IJ, Mutch DG et al. Retrorectal tumors: a diagnostic and therapeutic challenge. Dis Colon Rectum 2005; 48: 1581-1587*

# UROGRAFIA

# BIOPSIA?

No!

- Infezioni
- Attenzione al meningocele
- Se condroma aumenta il rischio di recidiva locale

La RMN è in grado di dare informazioni sufficienti per il management chirurgico

**TERAPIA**

**SOLO  
CHIRURGICA**

## APPROCCIO PERINEALE:

- Posizione di Jack-Knife
- Sezinamento del rafe ano coccigeo e accesso allo spazio retroperitoneale
- Sezione inserzioni muscoli glutei
- Sezione legamento sacrospinoso e sacrotuberoso

## APPROCCIO ADDOMINALE

- Posizione Lloyd-Davis
- Laparotomia mediana
- Asportazione della massa ev. en-bloc con ottimo controllo dei vaso sacrali e pelvici
- Eventuale secondo tempo sacrale

# APPROCCIO SACRALE

- Posizione Jack Knife
- Transezione del sacro e asportazione del sacro distale, del tumore e dei viseri eventualmente già mobilizzati nel tempo addominale

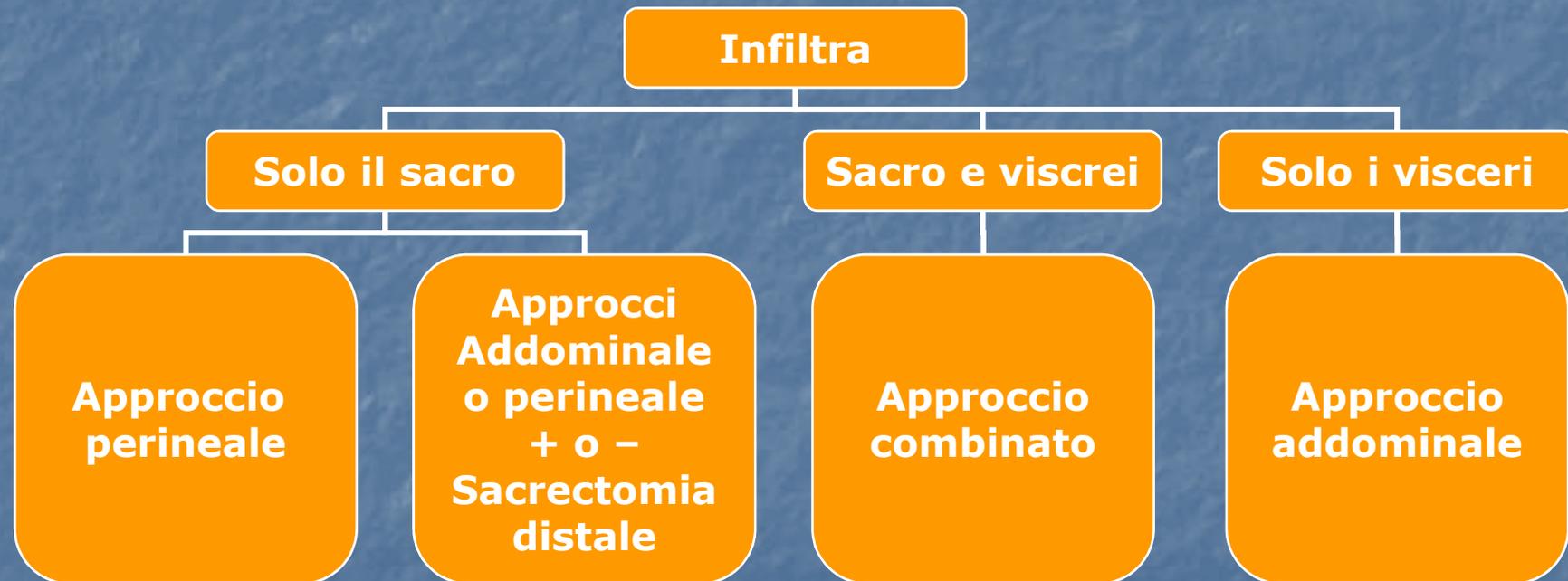
# ALGORITMO DEL MANAGEMENT CHIRURGICO DEI TUMORI RETRORETTALI

**Woodfield JC, Chalmers AG, Phillips N, Sagar PM.**  
*Algorithms for the surgical management of retrorectal  
tumors. British J of Surgery 2008; 95: 214-221*

# SOTTO S3



# SOTTO S3



# SOPRA S3

**Non infiltra**

**Approccio  
addominale**

# SOPRA S3



...grazie!