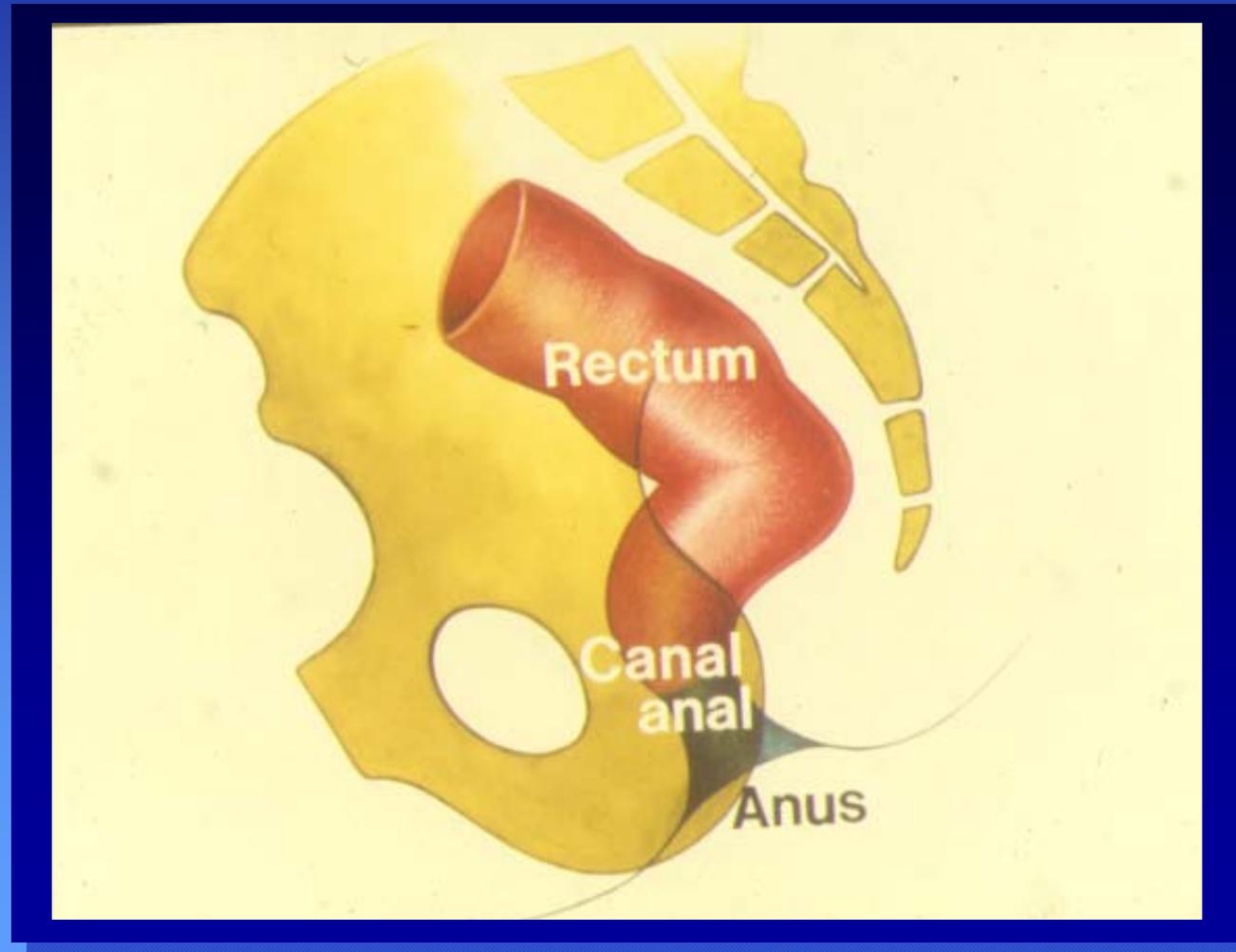


# **PATOLOGIA ANORETTALE BENIGNA**

**[WWW.FISIOKINESITERAPIA.BIZ](http://WWW.FISIOKINESITERAPIA.BIZ)**

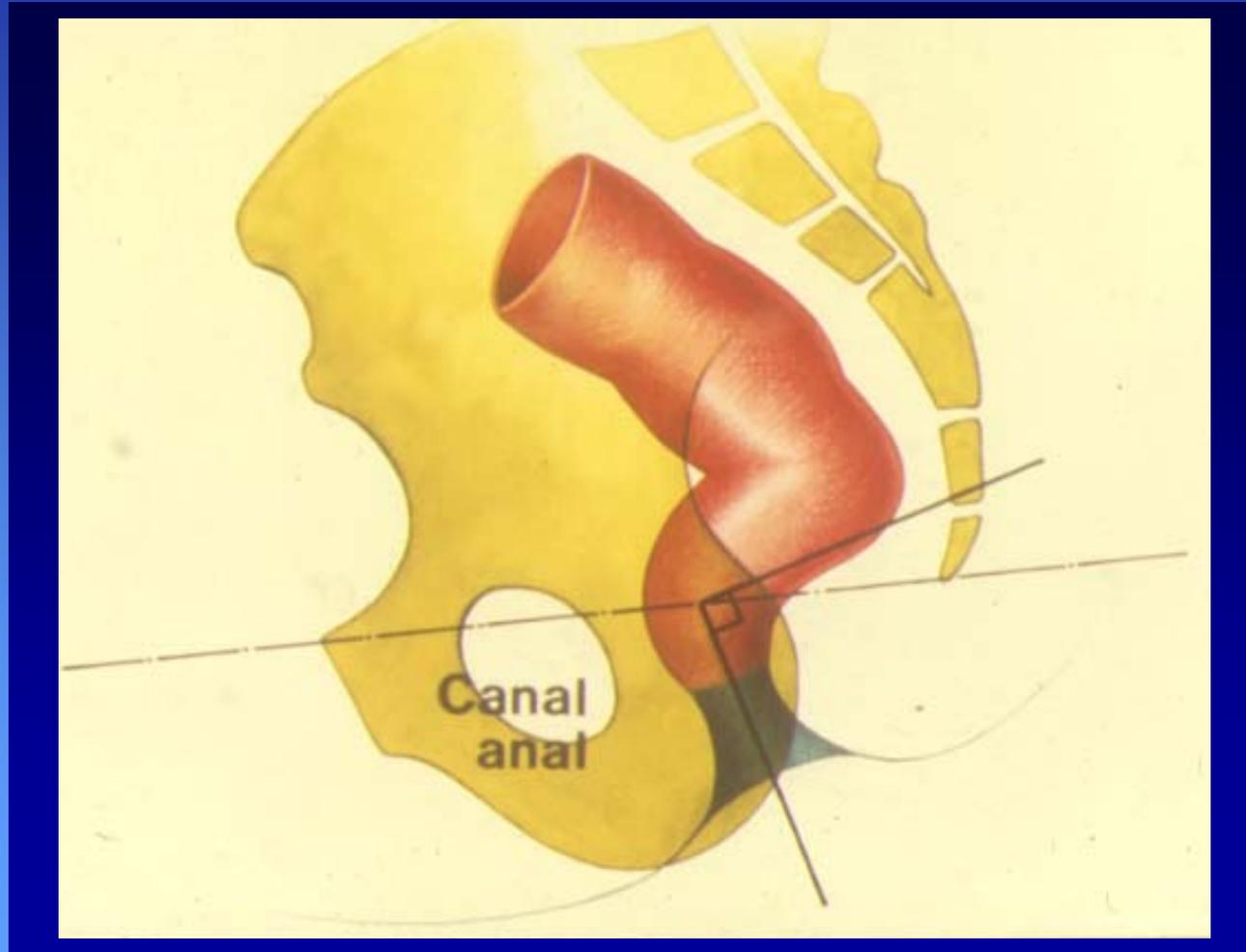
## ANATOMIA DELL'ANO E DEL CANALE ANALE



## ANATOMIA DELL'ANO E DEL CANALE ANALE

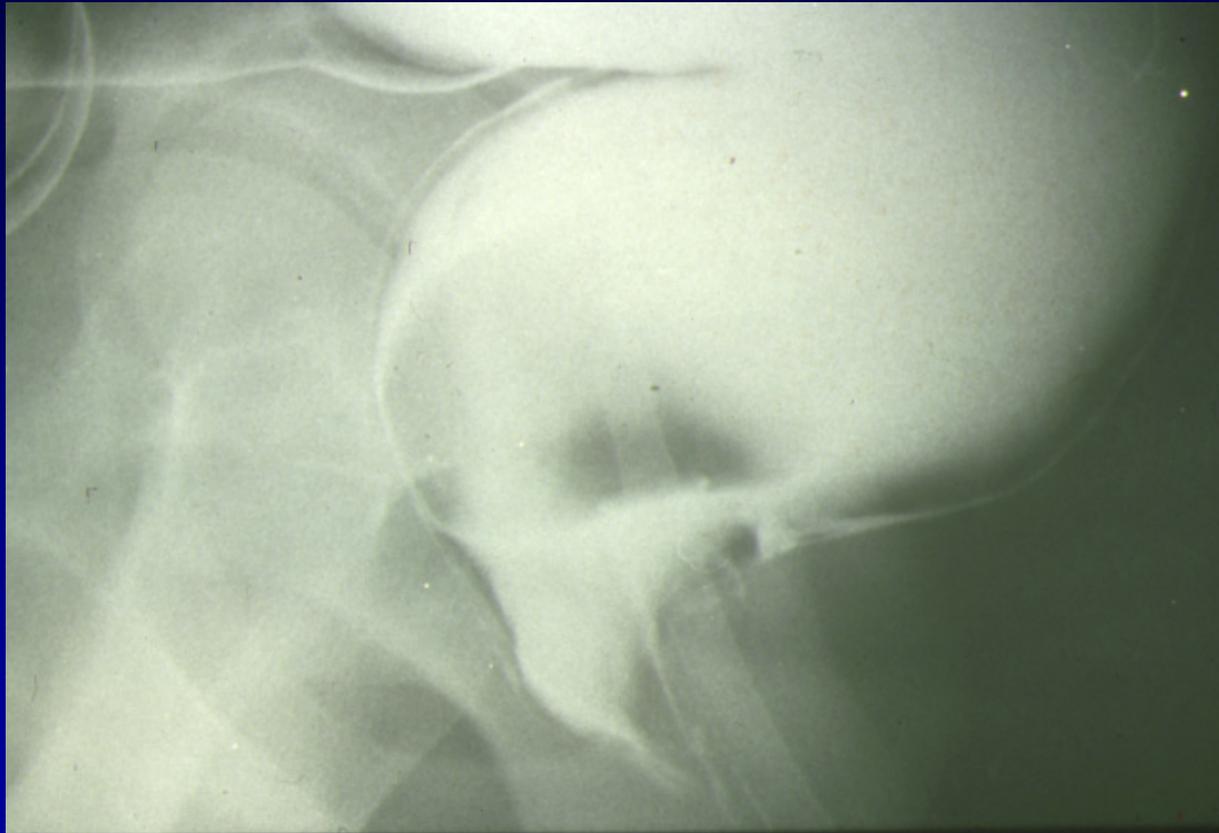


## ANATOMIA DELL'ANO E DEL CANALE ANALE



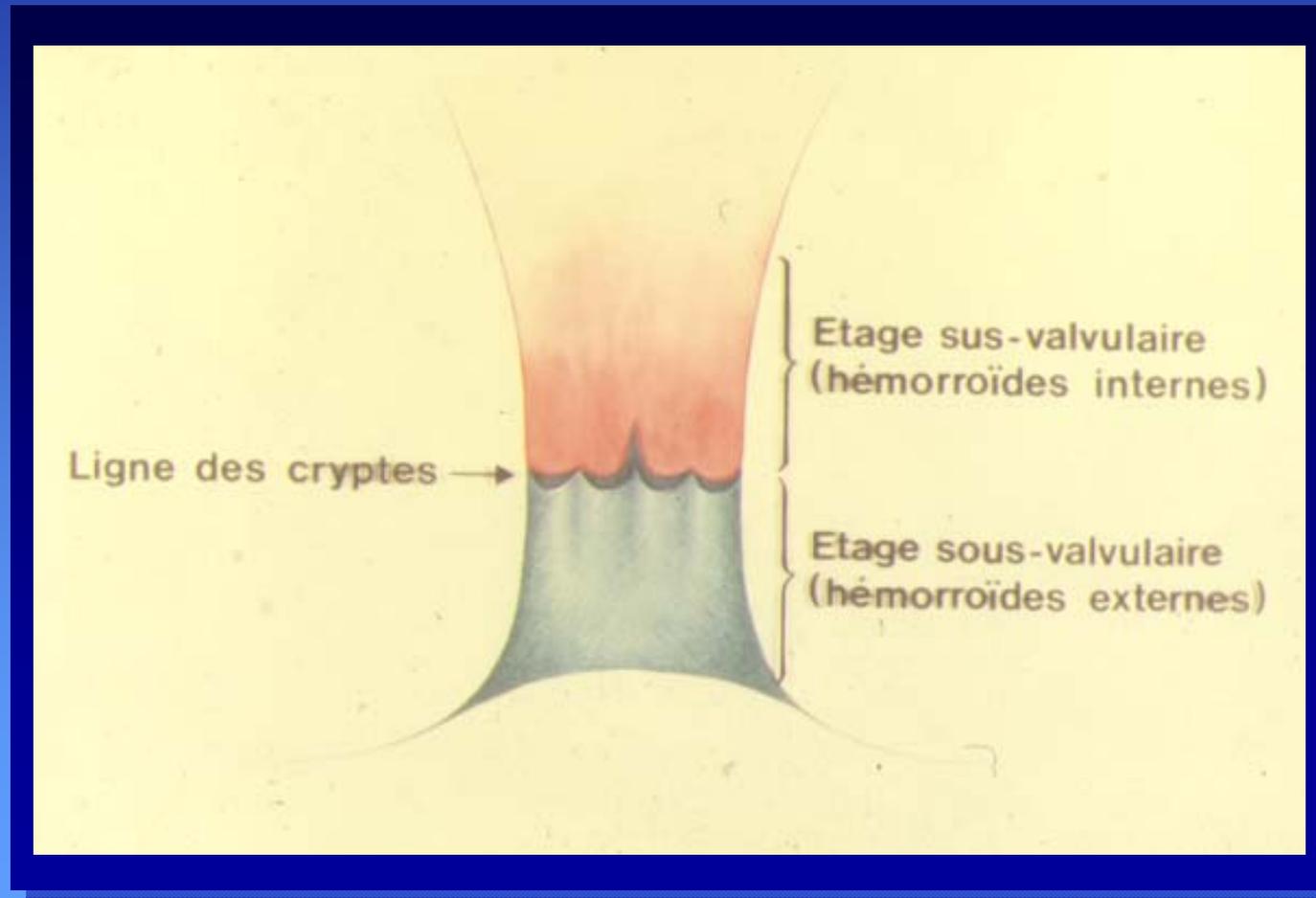
Le patologie anorettali benigne

## ANATOMIA DELL'ANO E DEL CANALE ANALE



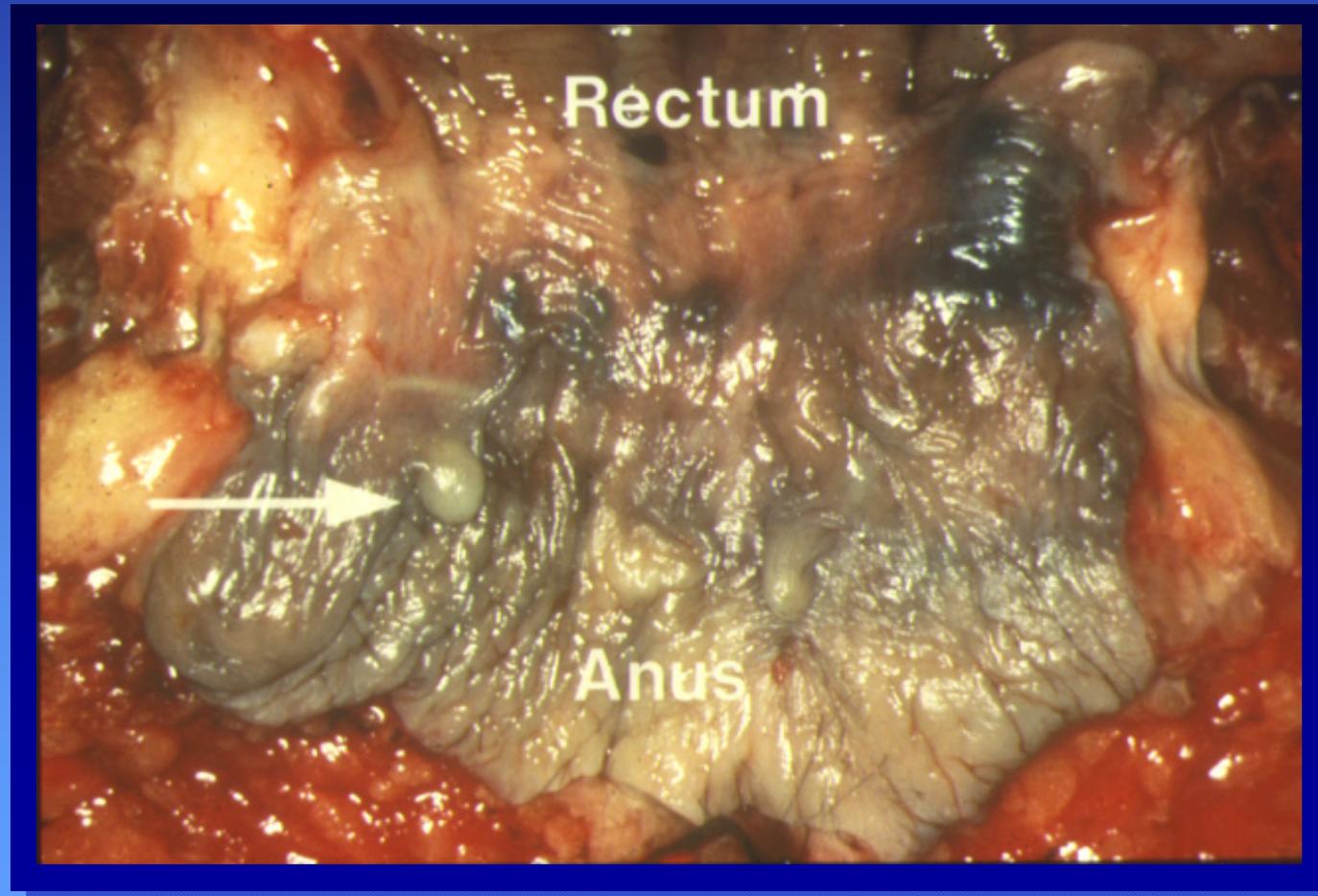
Le patologie anorettali benigne

## CONFIGURAZIONE INTERNA ASPETTI MACROSCOPICI



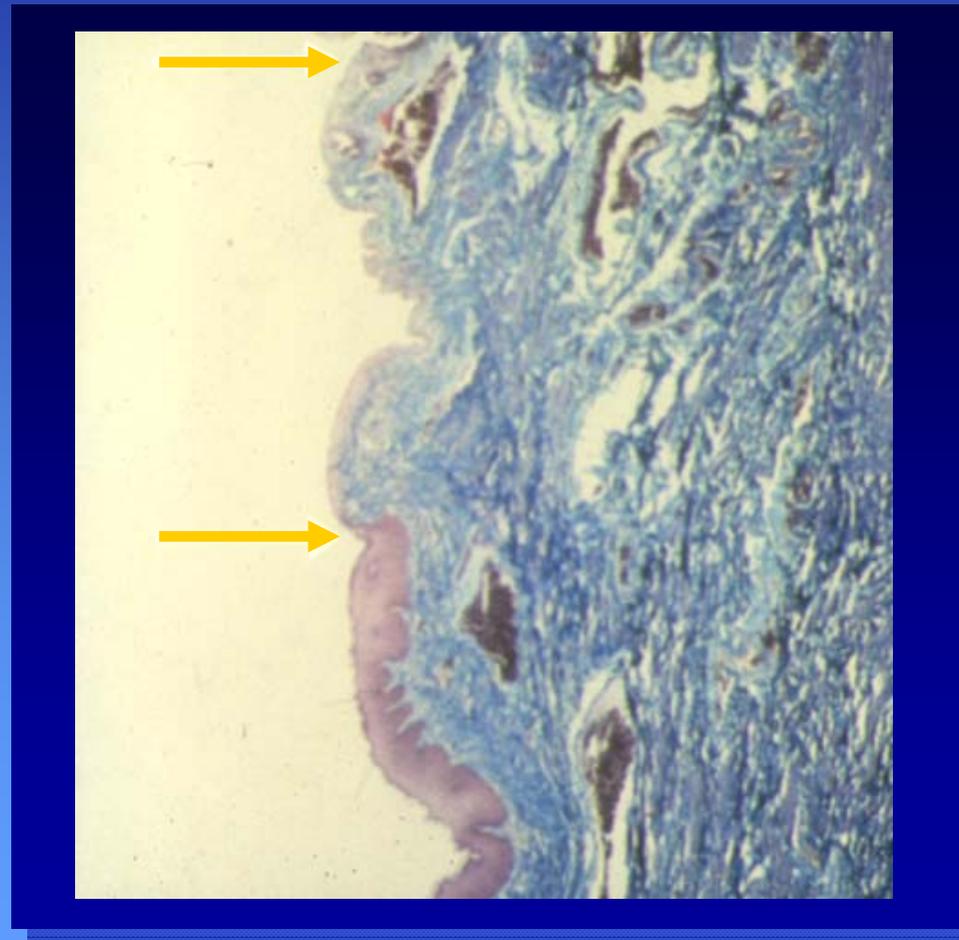
Le patologie anorettali benigne

## CONFIGURAZIONE INTERNA ASPETTI MACROSCOPICI



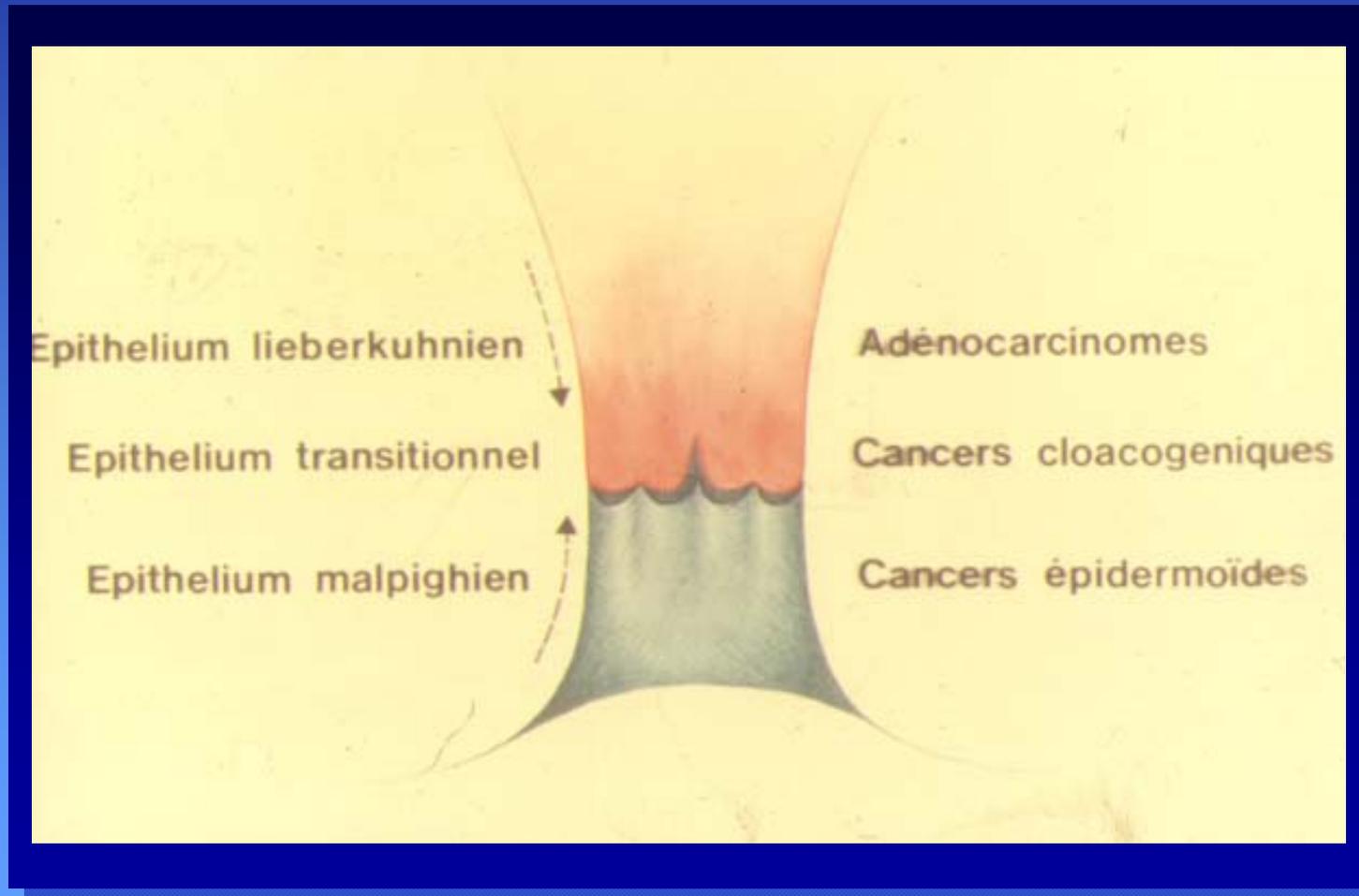
Le patologie anorettali benigne

## CONFIGURAZIONE INTERNA ASPETTI MICROSCOPICI



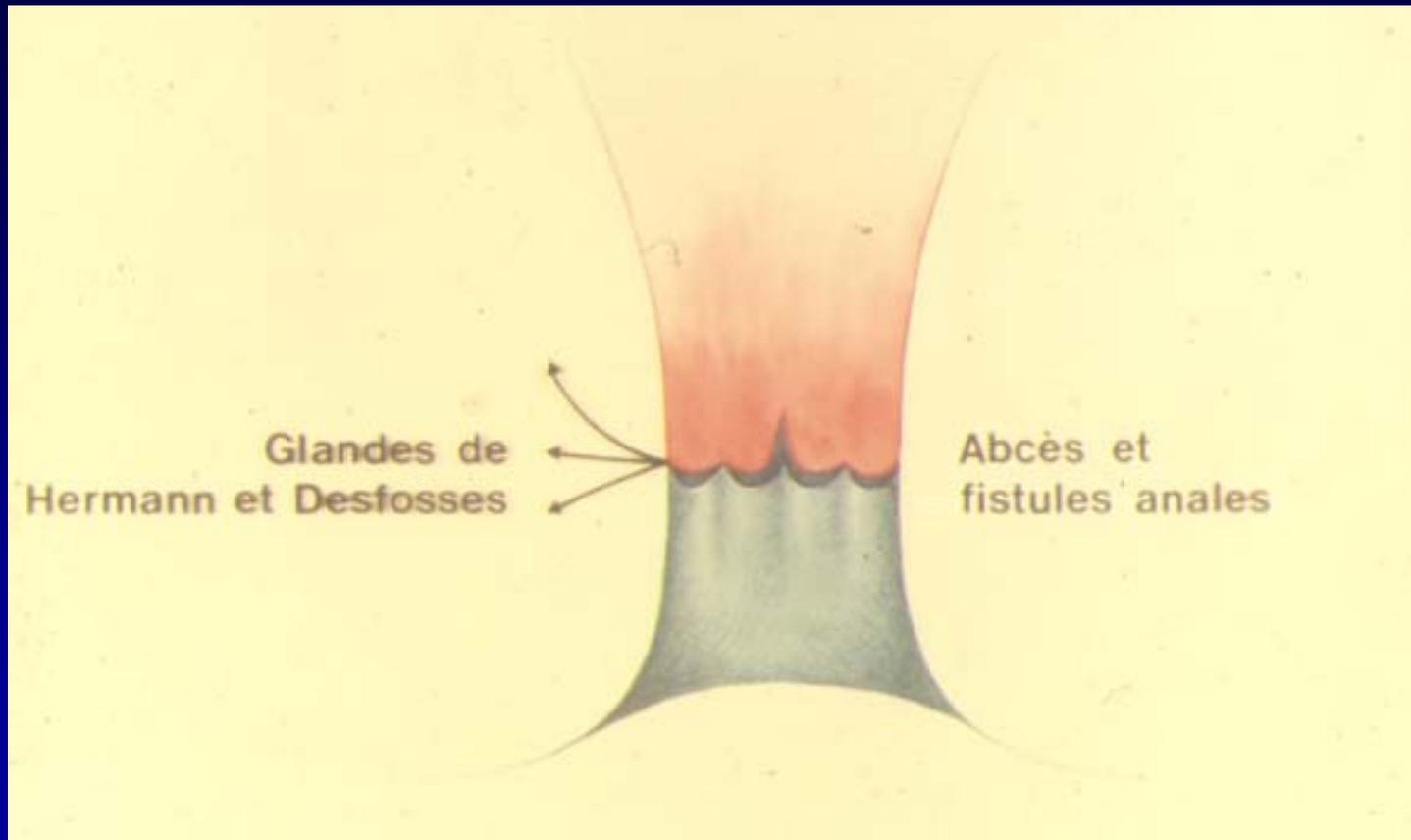
Le patologie anorettali benigne

## CONFIGURAZIONE INTERNA ASPETTI MICROSCOPICI



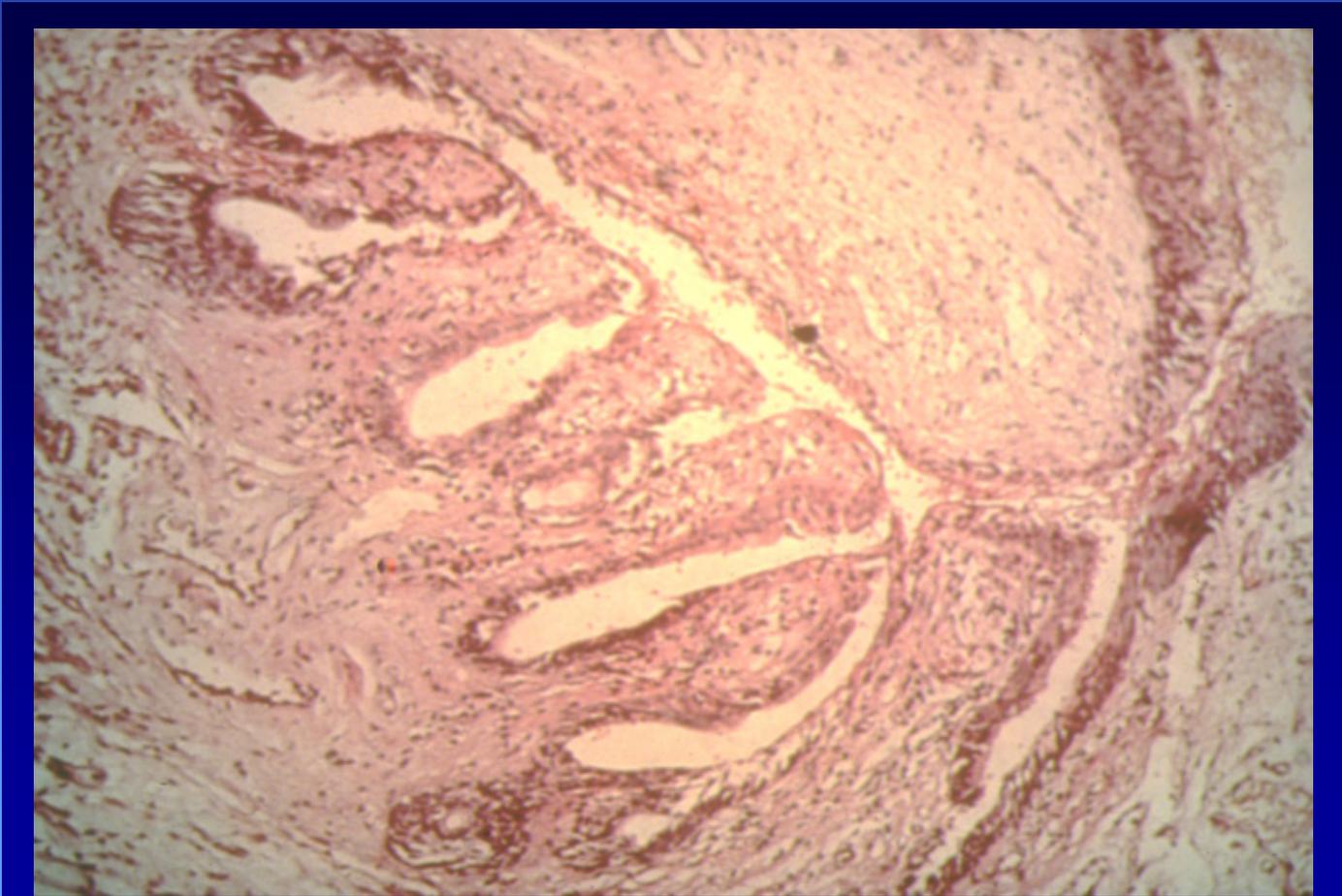
Le patologie anorettali benigne

## CONFIGURAZIONE INTERNA ASPETTI MICROSCOPICI

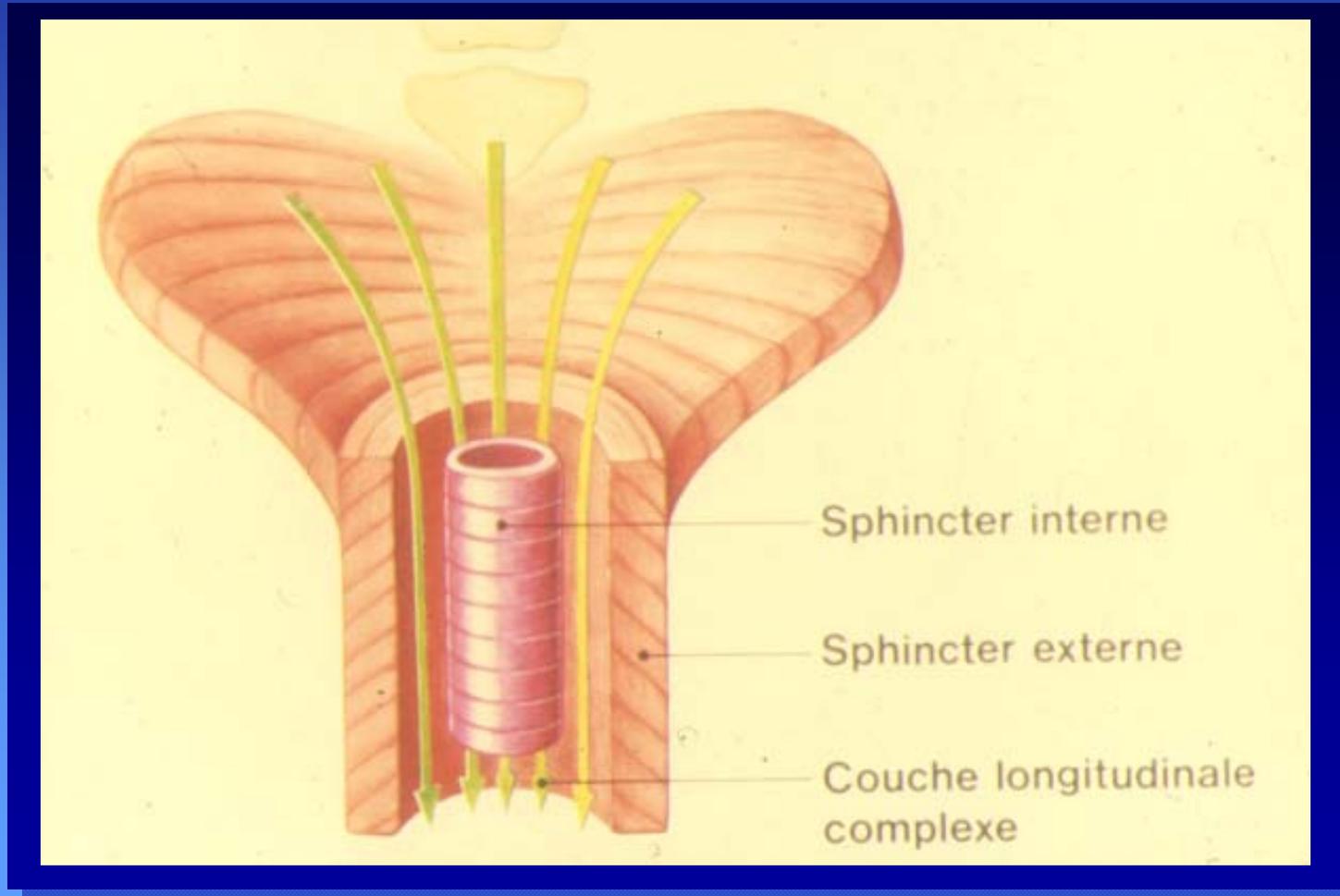


Le patologie anorettali benigne

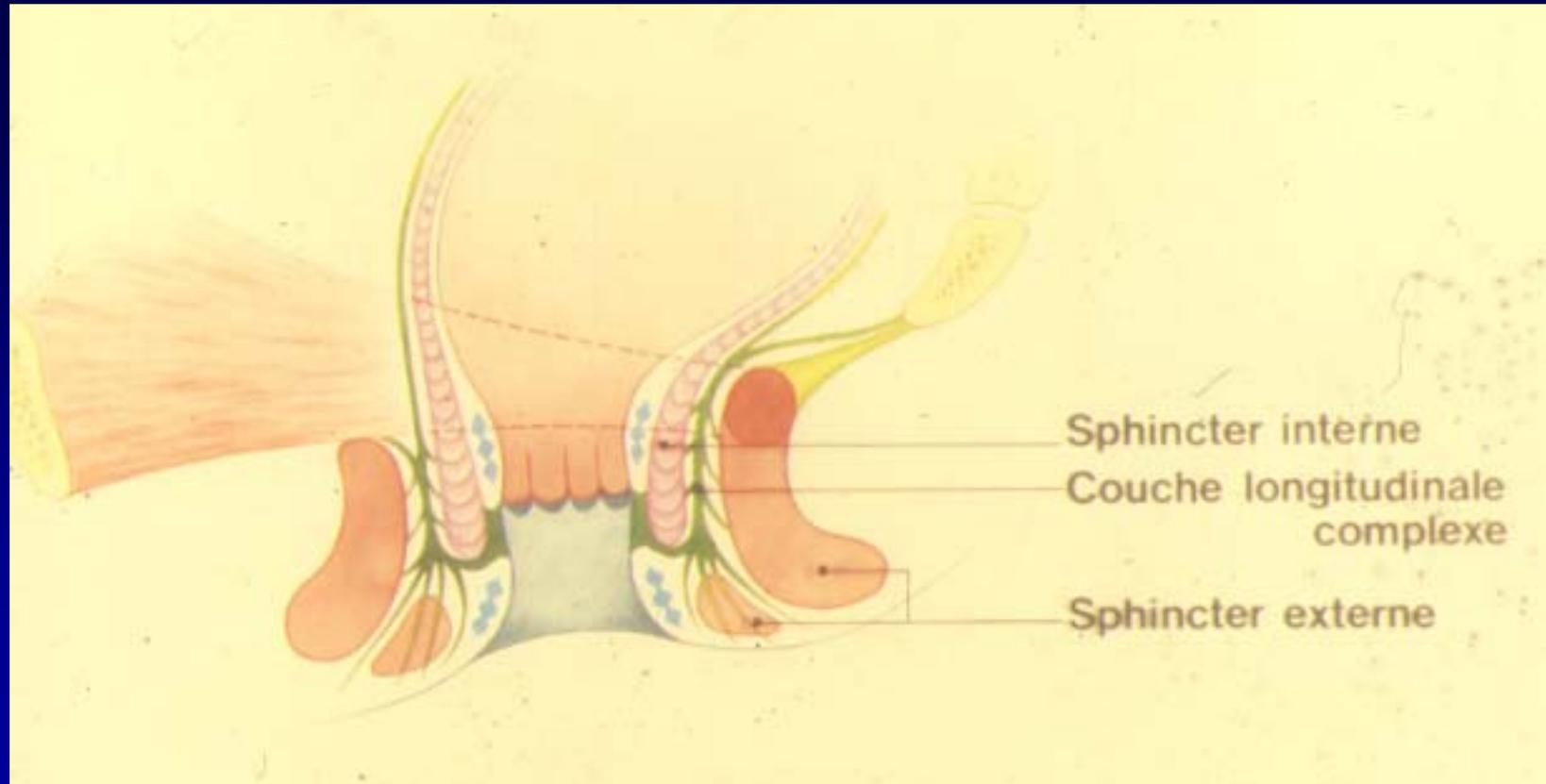
## CONFIGURAZIONE INTERNA ASPETTI MICROSCOPICI



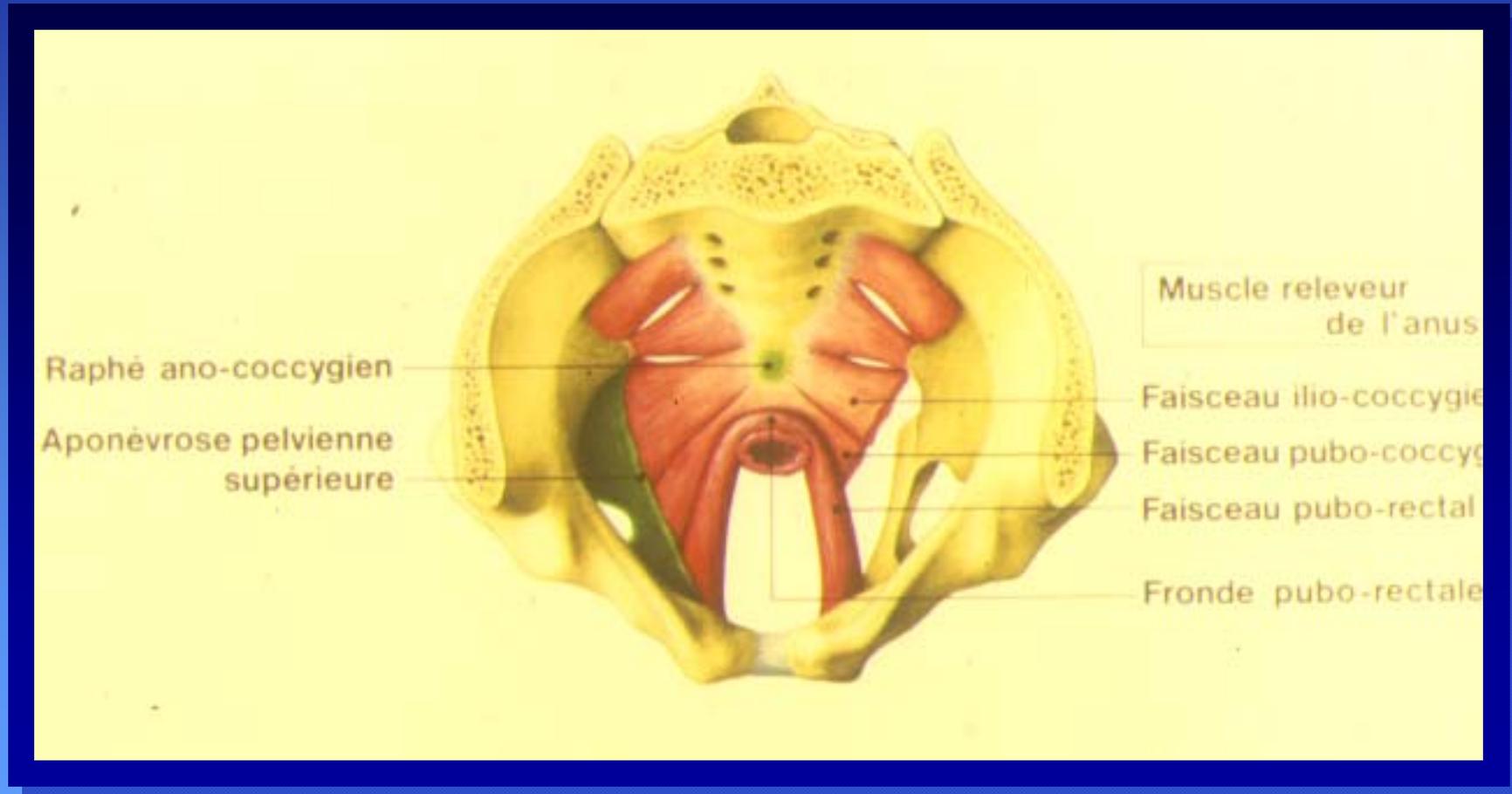
## L'APPARATO SFINTERICO



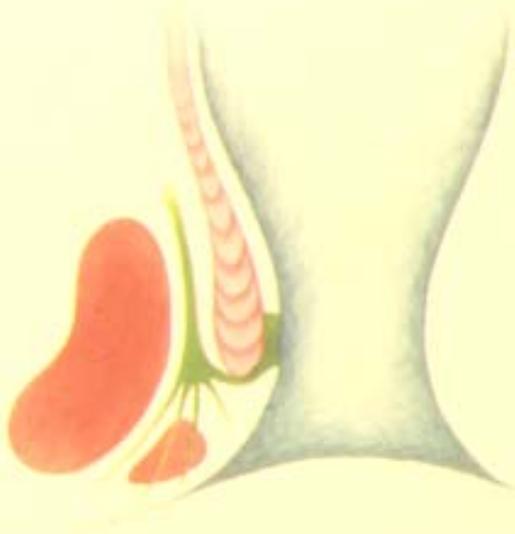
## L'APPARATO SFINTERICO



## LO SFINTERE ESTERNO



## LA TONACA LONGITUDINALE COMPLESSA

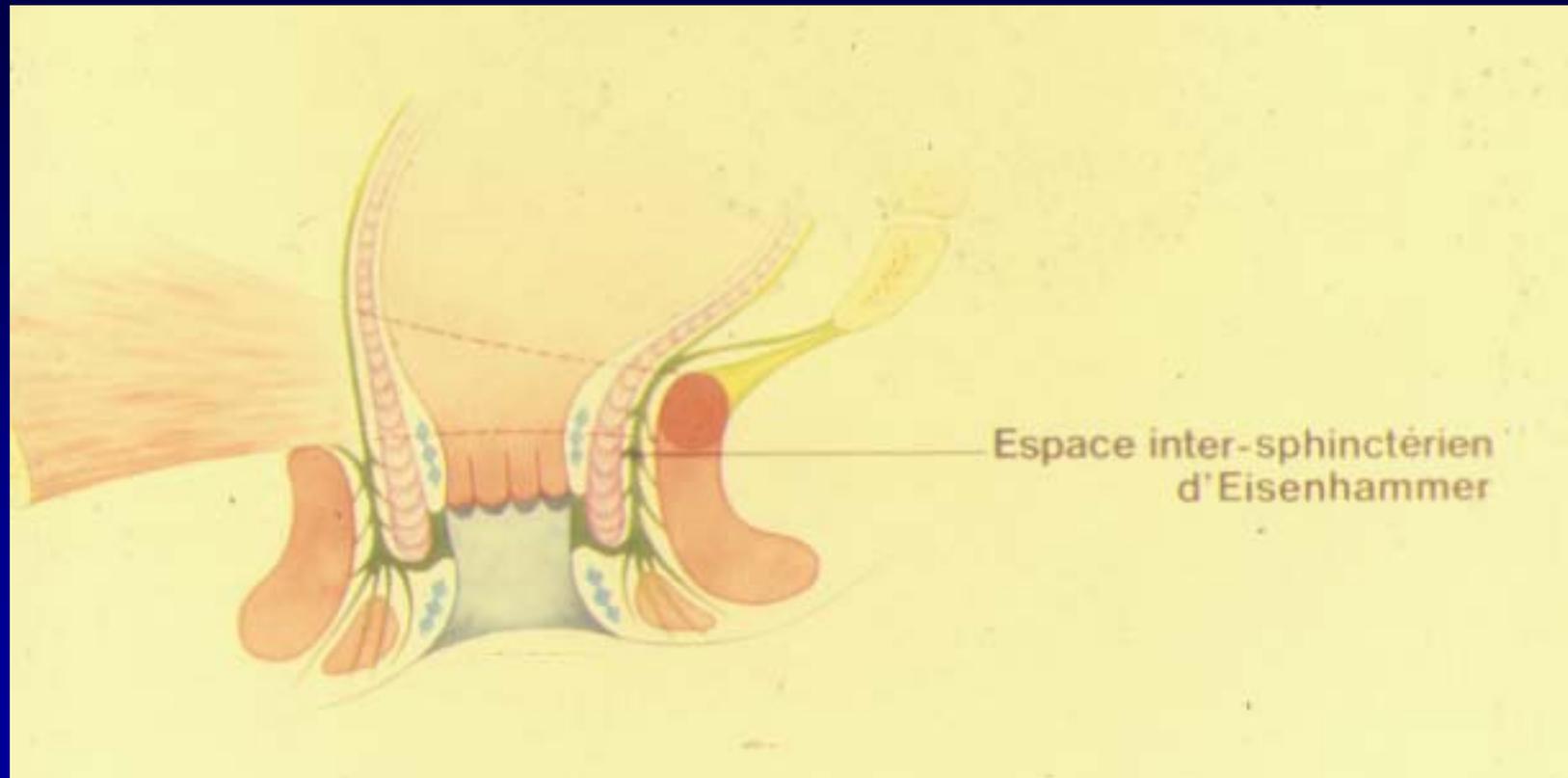


En position normale

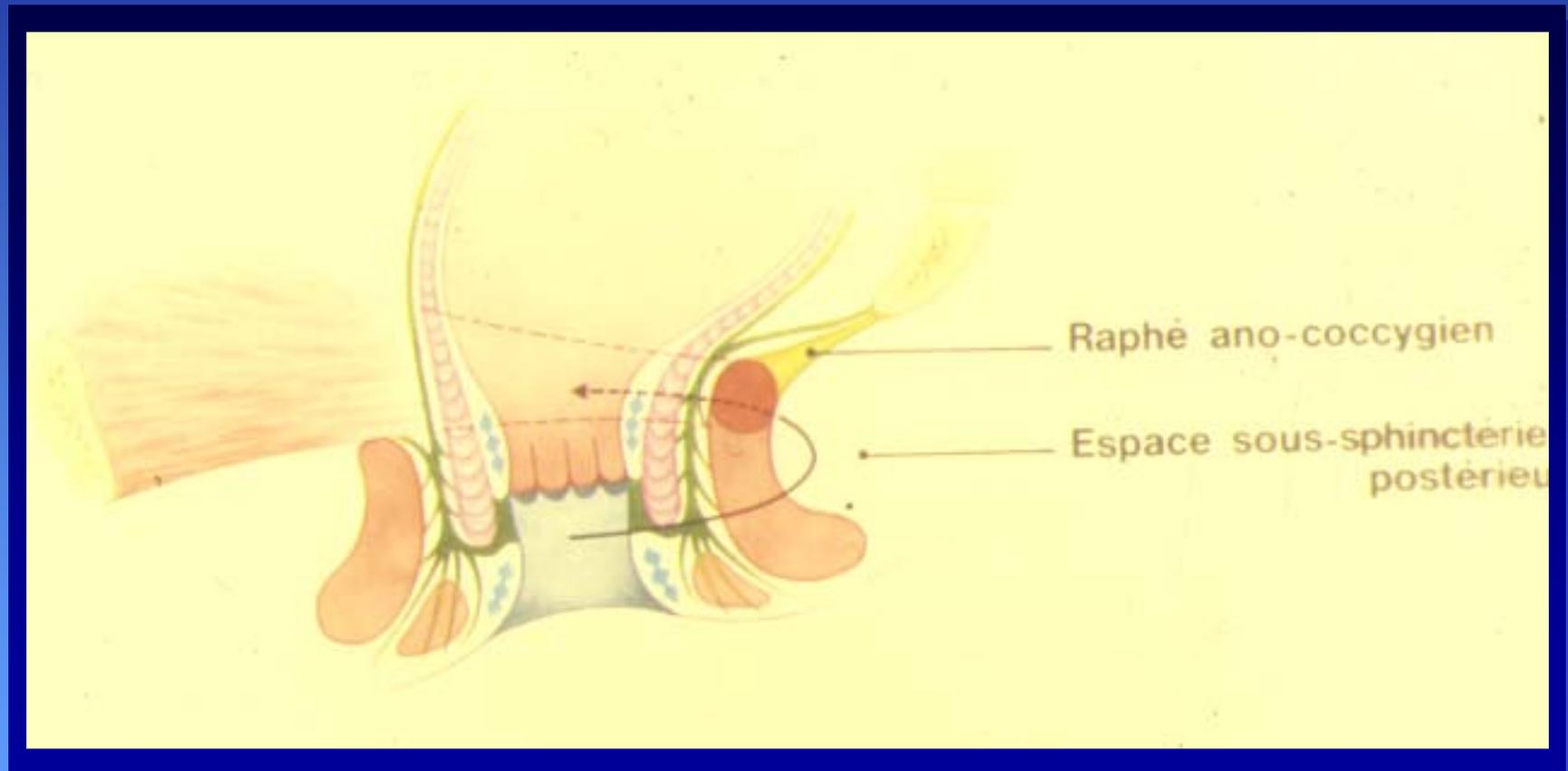


En position genu-pectorale  
et gynécologique

## GLI SPAZI CELLULO-ADIPOSI

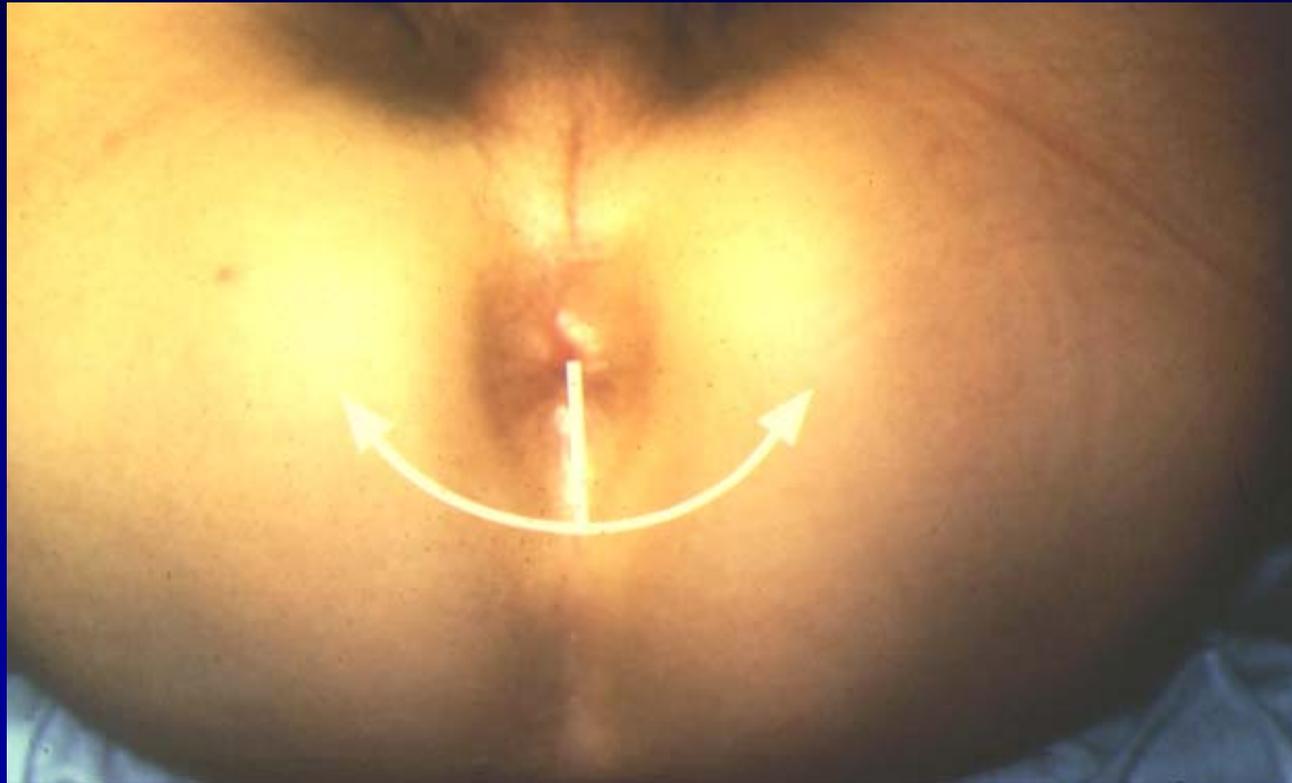


## GLI SPAZI CELLULO-ADIPOSI



Le patologie anorettali benigne

## GLI SPAZI CELLULO-ADIPOSI

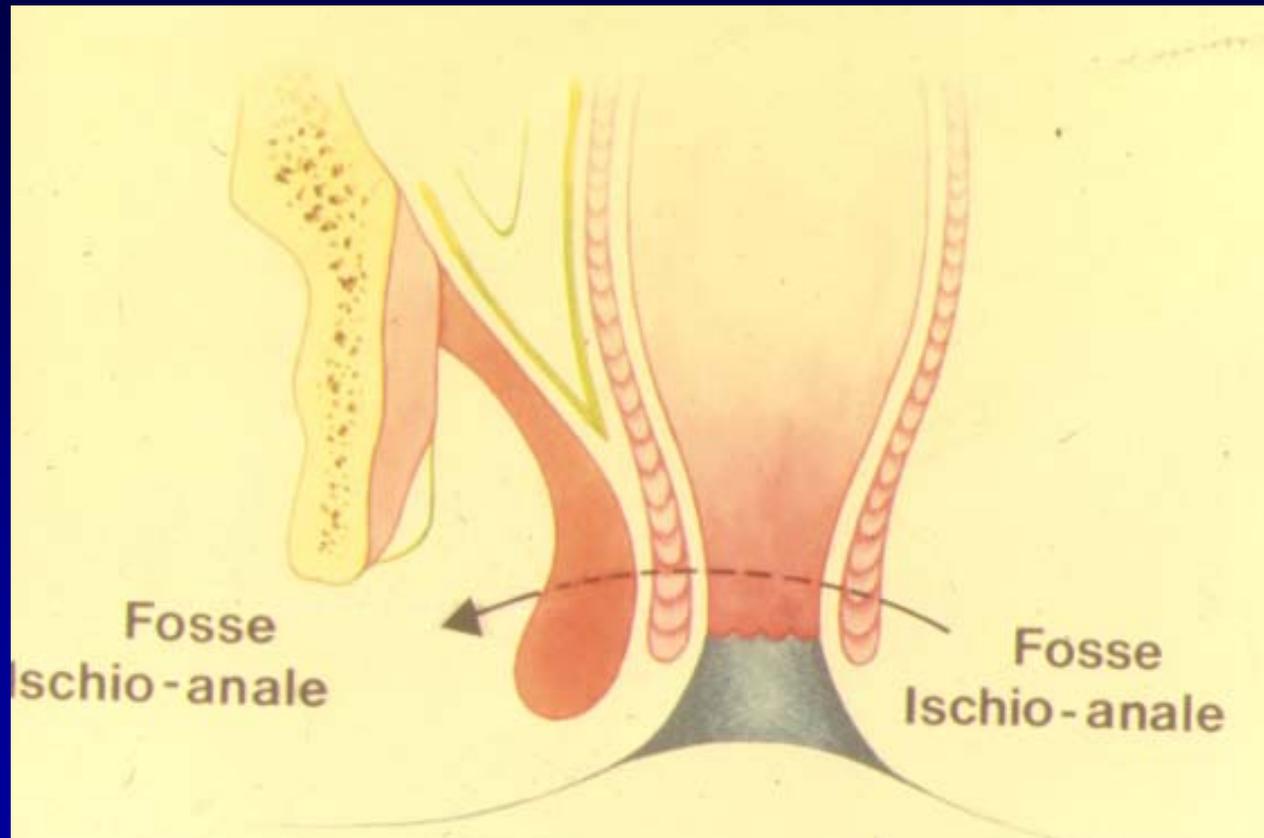


Le patologie anorettali benigne

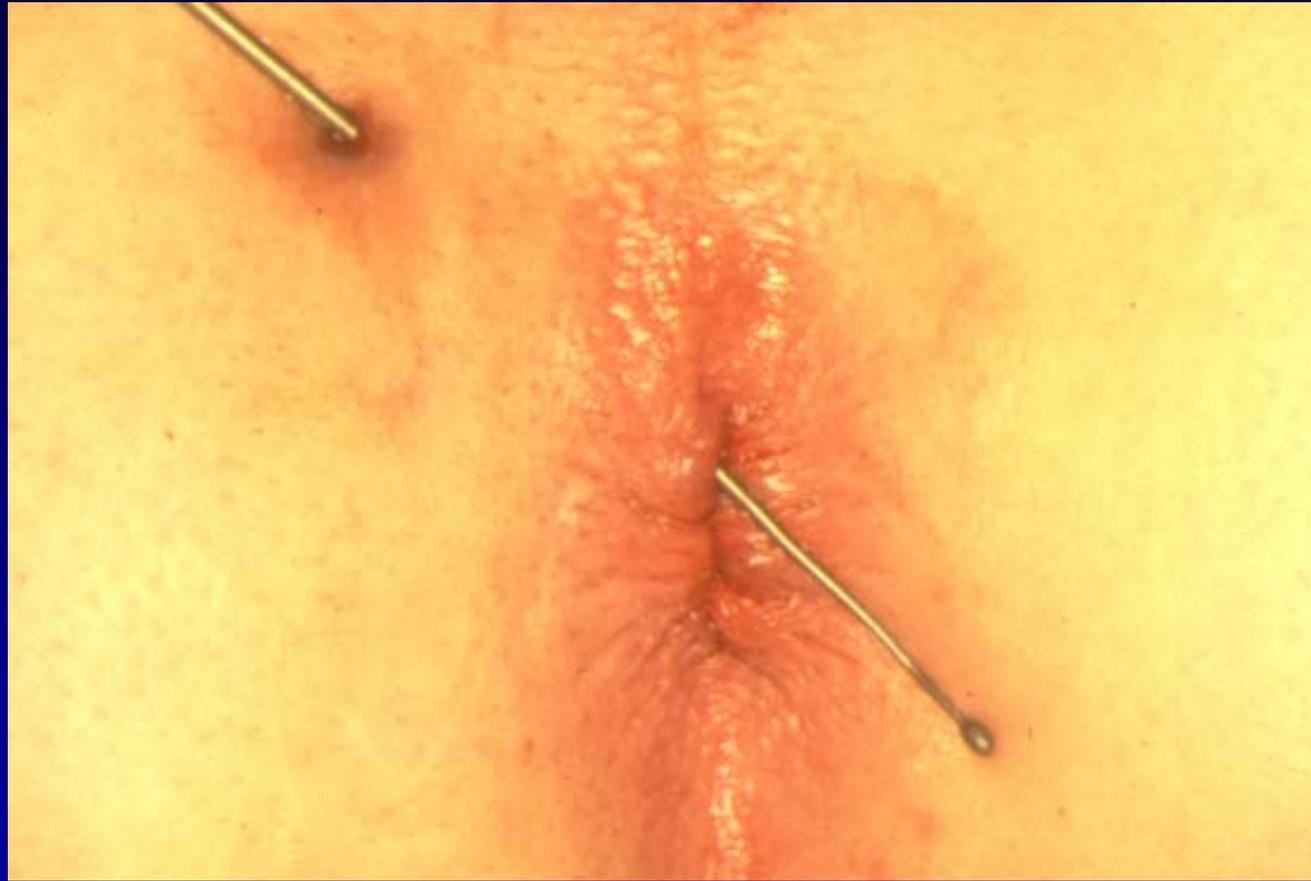
## GLI SPAZI CELLULO-ADIPOSI



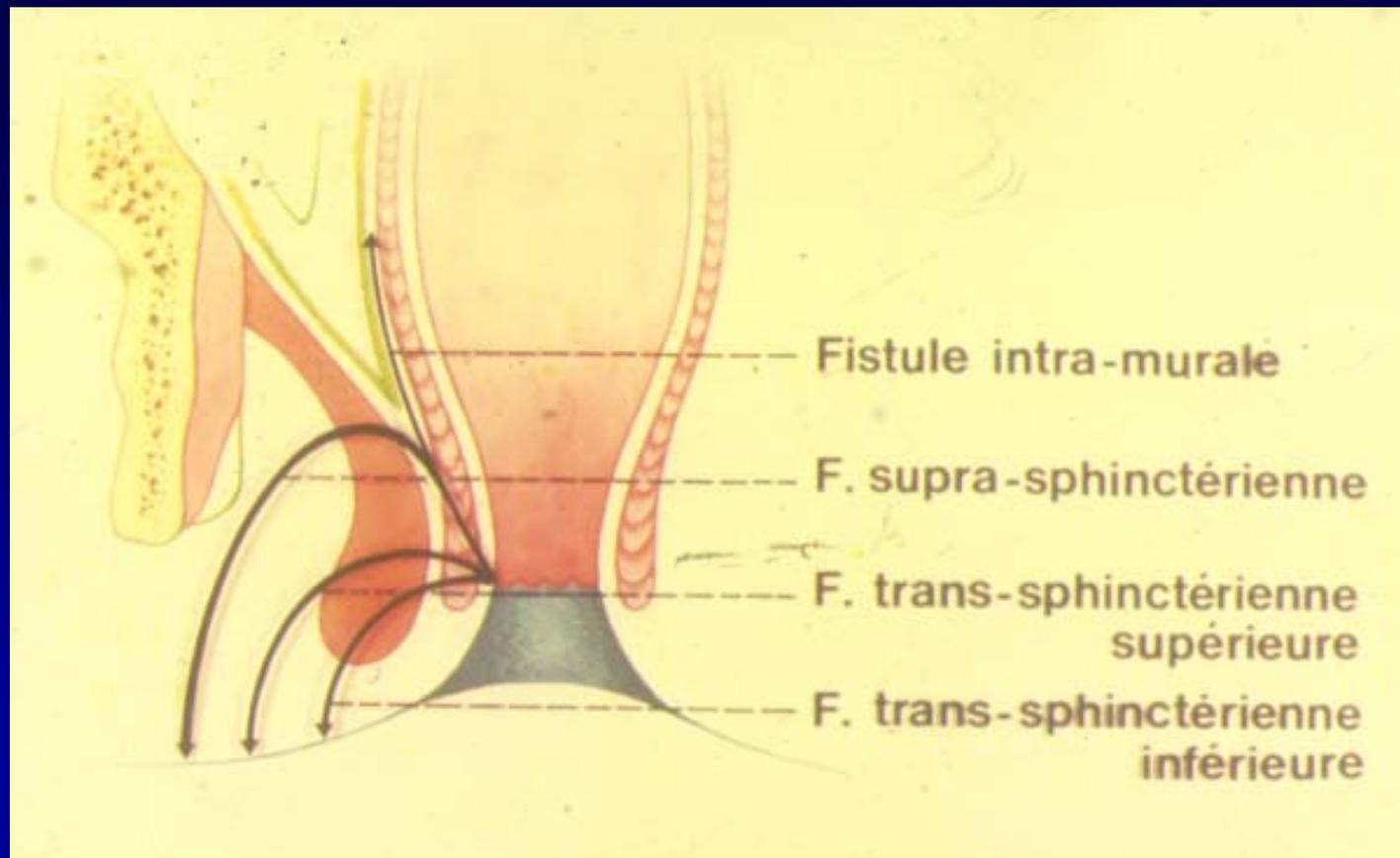
## GLI SPAZI CELLULO-ADIPOSI



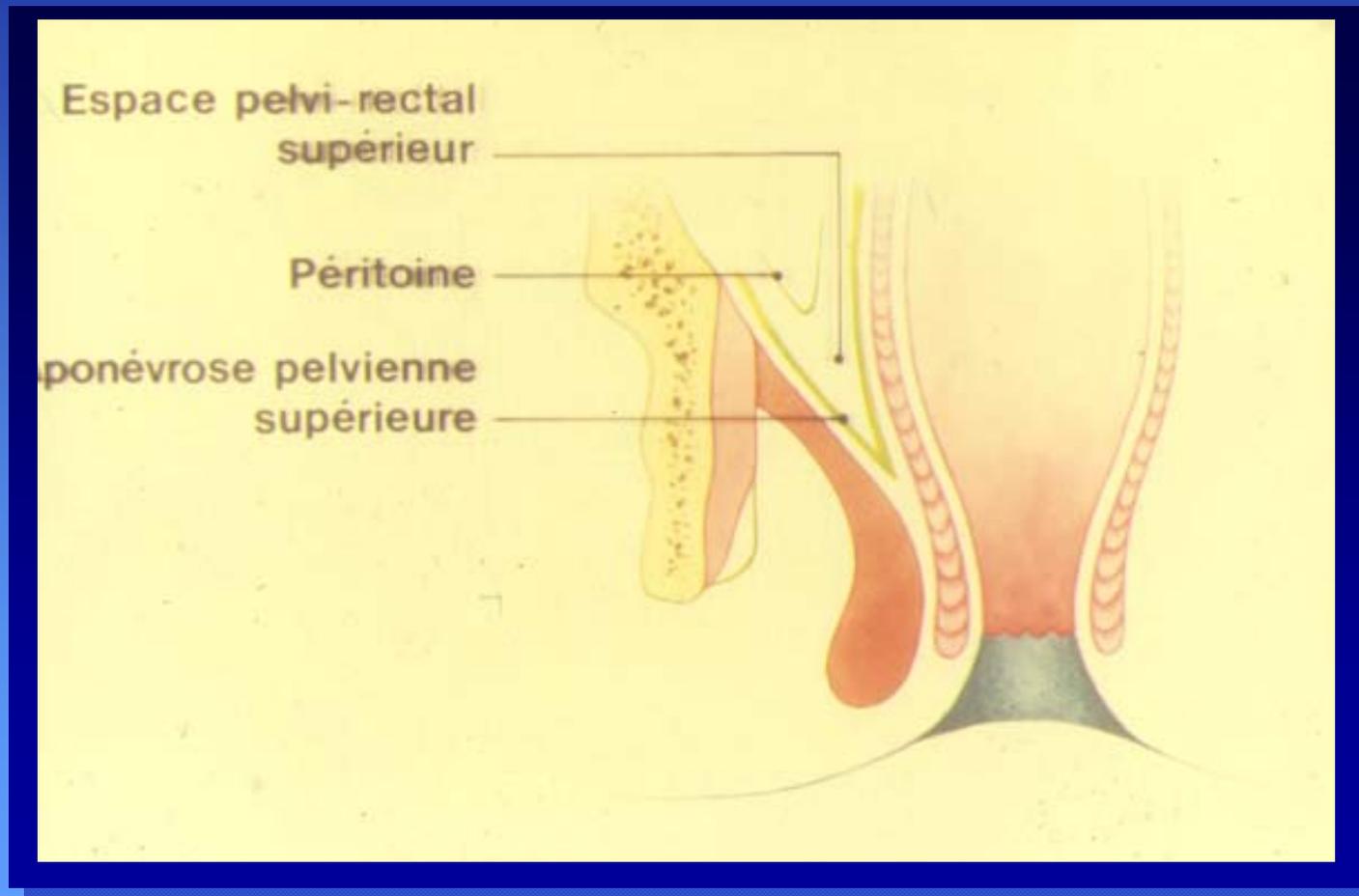
## GLI SPAZI CELLULO-ADIPOSI



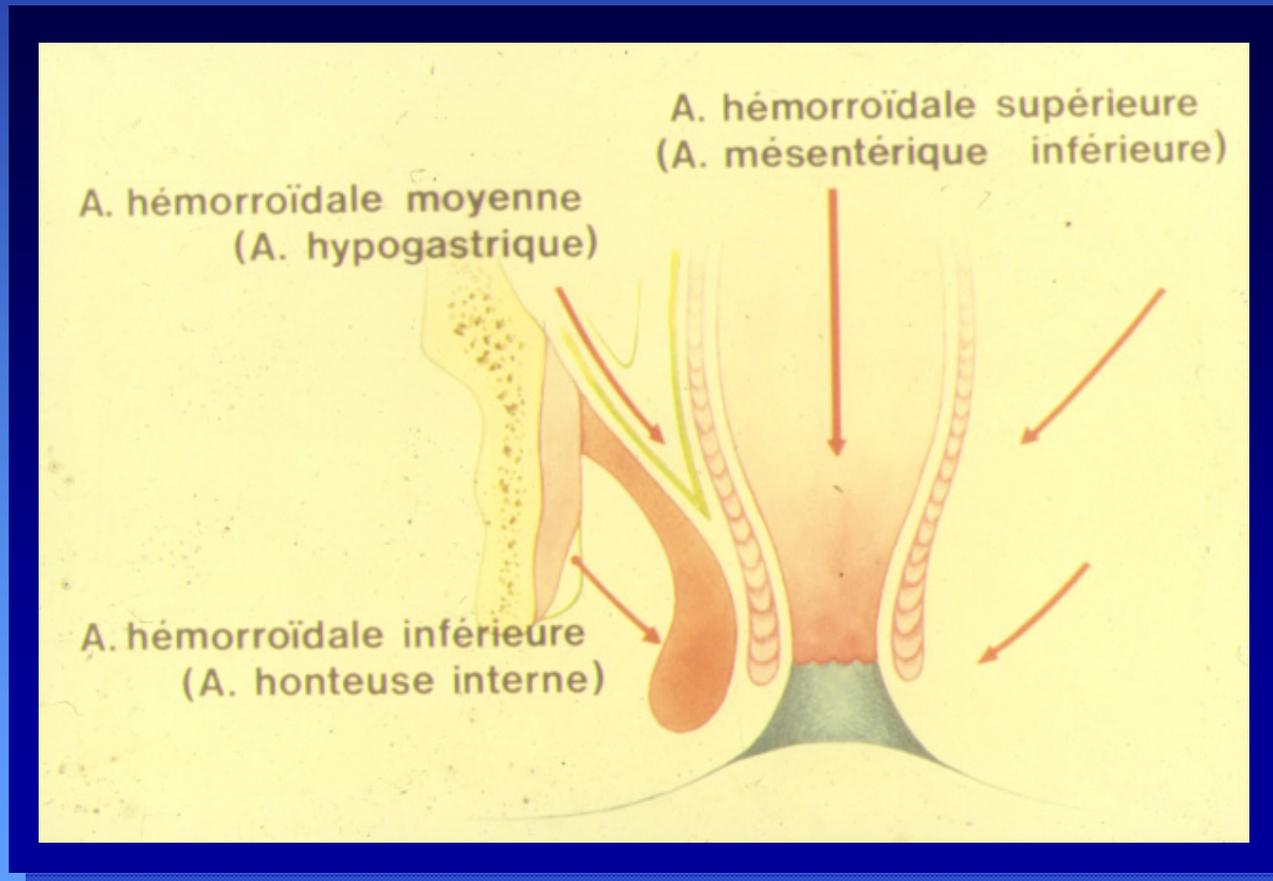
## GLI SPAZI CELLULO-ADIPOSI



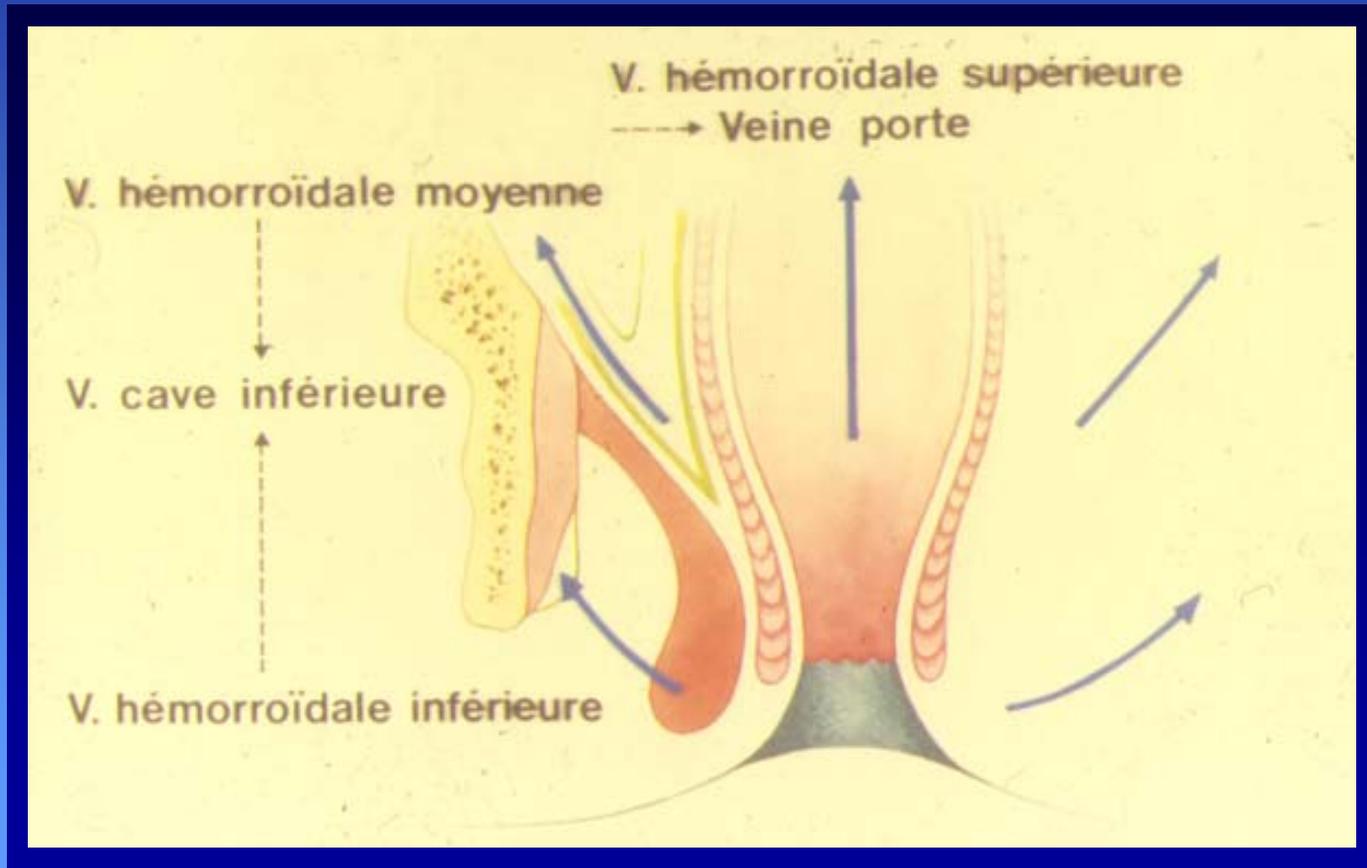
## GLI SPAZI CELLULO-ADIPOSI



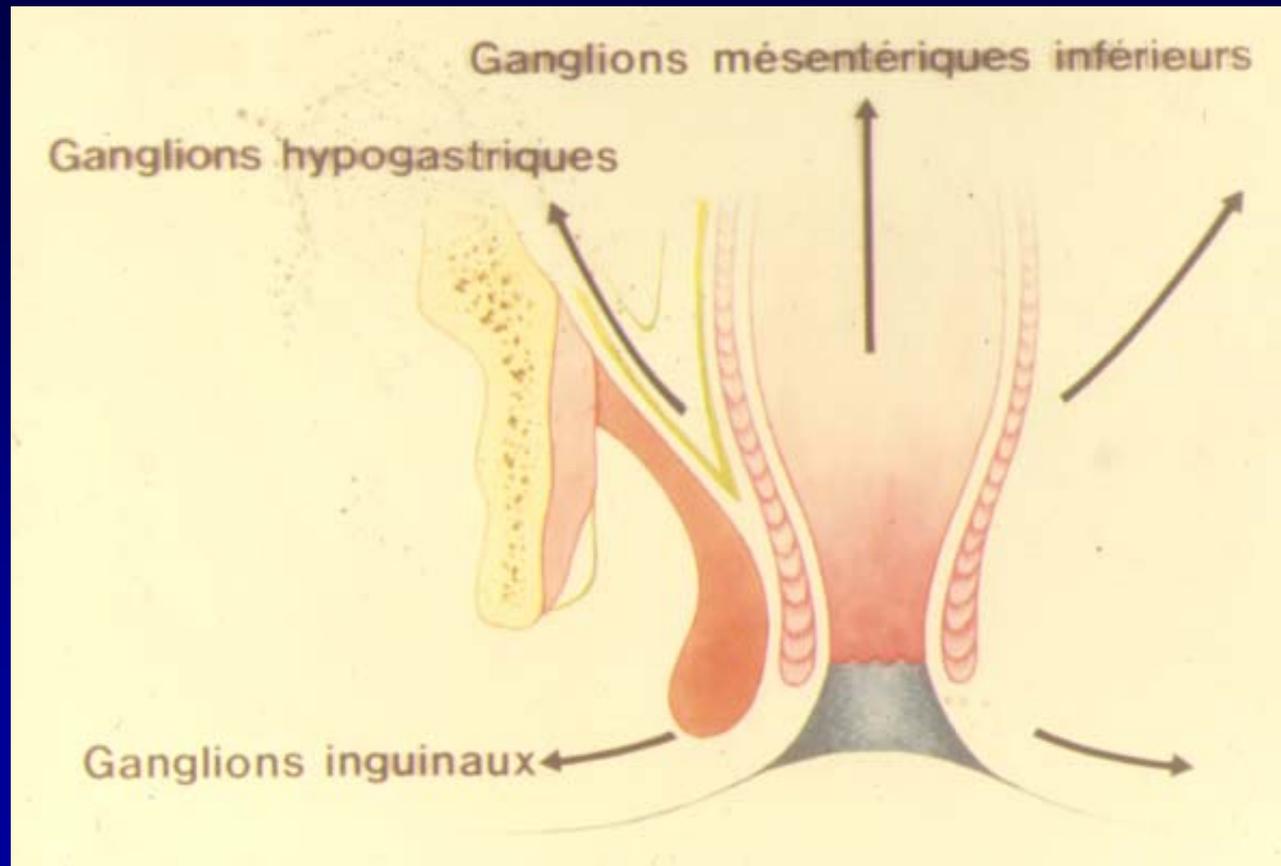
## VASCOLARIZZAZIONE



## VASCOLARIZZAZIONE



## DRENAGGIO LINFATICO



## INNERVAZIONE

### **Sistema Cerebro-Spinale** (Branche del plesso pudendo)

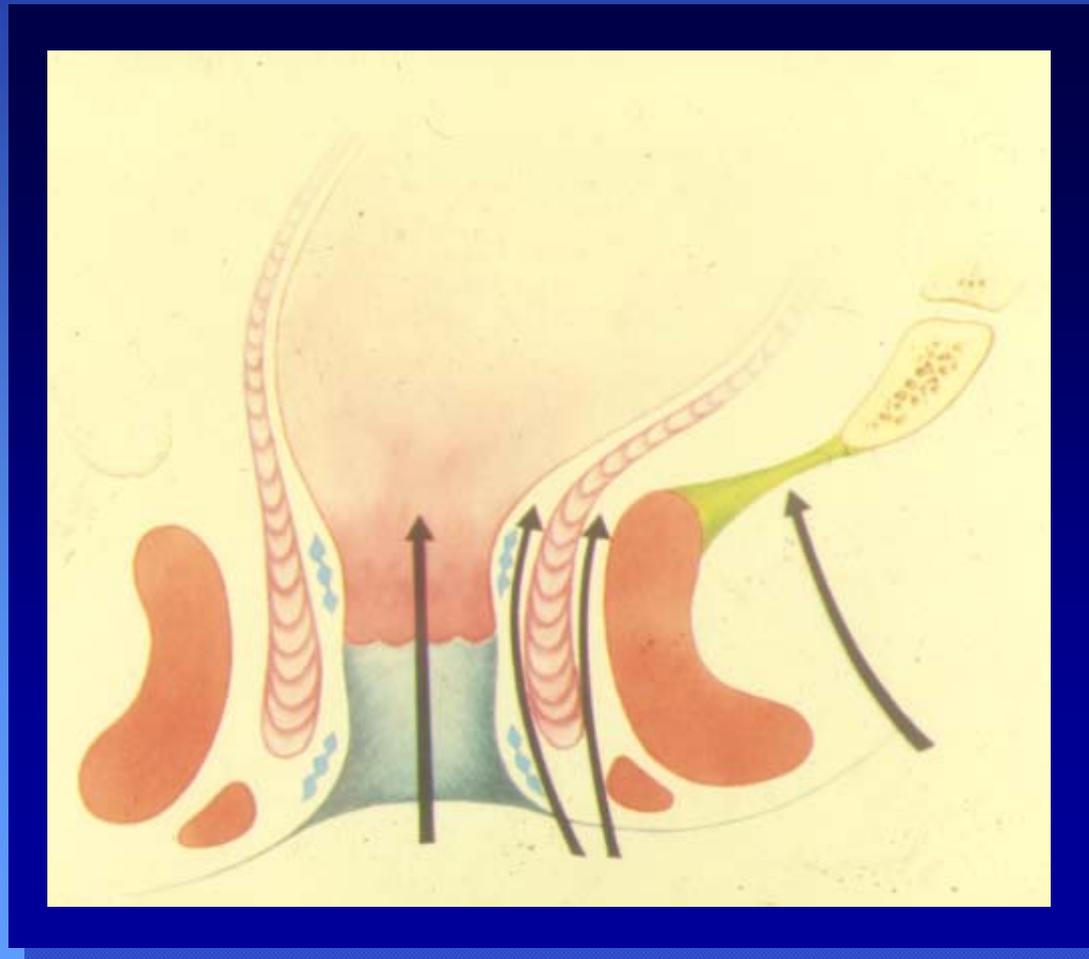
- pelle
- sfintere
- elevatore dell'ano

### **Sistema Nervoso Vegetativo** (Branche dei nervi Erigentes e del Plesso ipogastrico)

- sfintere interno

Le patologie anorettali benigne

## VIE D'ACCESSO NELLA CHIRURGIA DELL'ANO E DEL CANALE ANALE

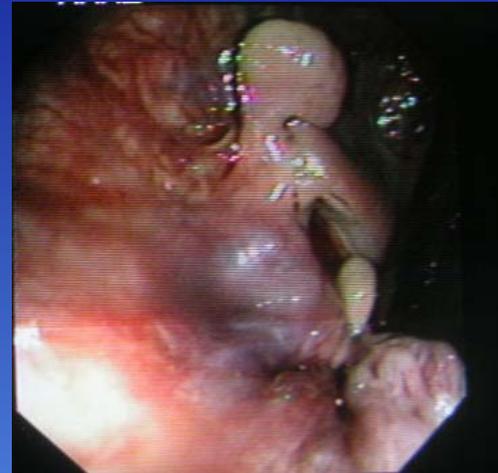


# PATOLOGIA ANORETTALE BENIGNA

- Ragade anale
- Emorroidi
- Suppurazioni acute e croniche
- Incontinenza
- Sindrome da defecazione ostruita

## Le patologie anorettali benigne

# Ragade anale cronica



La ragade è una delle più comuni affezioni del canale anale. I disturbi ad essa associati sono considerevoli, con significative ripercussioni sulla qualità di vita.

M Sailer et al. Br J Surg 1998; 85: 1716-9

L'ipertono sfinteriale è un reperto estremamente frequente e sembra essere il principale fattore favorente la cronicizzazione della lesione. L'ipotesi più accreditata è che l'ipertono, determinando un'ischemia locale, ostacola la guarigione della ragade.

WR Schouten et al. J Gastroenterol (suppl.) 1996; 218: 78-81

## Ragade anale cronica

### Sfinterotomia chirurgica

1. Sfinterotomia interna laterale aperta o chiusa
2. Sfinterotomia interna posteriore
3. Divulsione manuale (anal stretch)

- La più importante complicanza della sfinterotomia chirurgica è rappresentata dal danno sfinteriale con conseguente incontinenza.
- Calibrando la sfinterotomia interna sulla lunghezza della ragade il rischio di incontinenza si riduce al 10%.
- La sfinterotomia laterale aperta e la sfinterotomia laterale chiusa, sembrano essere egualmente efficaci.
- Per la divulsione manuale il rischio incontinenza è stimato intorno al 20-25%.

# Ragade anale cronica

## Sfinterotomia chimica temporanea

### **NITRODERIVATI**

(nitroglicerina, isosorbide dinitrato)

Cefalea in oltre l'84% dei casi (> 10% → interruzione della terapia).

MJ Utzing et al.  
Am J Gastroenterol 2003; 98: 968-74

### **TOSSINA BOTULINICA**

(Botox, Dysport, ecc.)

Transitoria incontinenza in circa il 3% dei casi.

Il più importante limite al suo utilizzo è rappresentato dal costo.

I Lindsey et al.  
Br J Surg 2004; 91: 270-9

### **CALCIO ANTAGONISTI**

(nifedipina, diltiazem)

L'effetto collaterale più comune è costituito dalla dermatite perianale (5,6%).

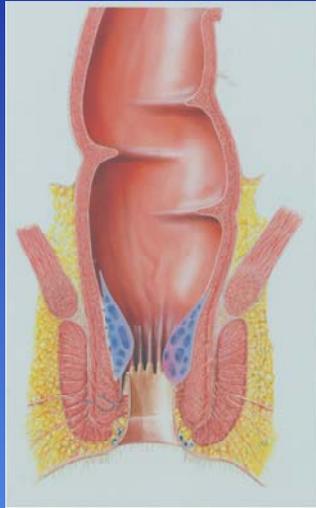
JS Knigght et al.  
Br J Surg 2001; 88: 553-6

- I calcio antagonisti e la tossina botulinica hanno mostrato la stessa efficacia della nitroglicerina.
- Il trattamento medico locale è meno efficace della sfinterotomia e fornisce risultati di poco superiori al placebo, per il quale viene riportata una percentuale di guarigione pari al 35%.

Nelson R.  
Dis Colon Rectum 2004; 47 (4): 422-31

## La patologia emorroidaria

■



- Le emorroidi richiedono un trattamento solo se sintomatiche.
- L'escissione di emorroidi anche voluminose, ma asintomatiche è inutile e potenzialmente dannosa.
- La cura può essere medica, strumentale ambulatoriale (parachirurgica) e chirurgica.

# La patologia emorroidaria

## La terapia medica

### Accorgimenti dietetico-comportamentali

- La **dieta** migliore è quella che mantiene la giusta funzione intestinale, dato che sia la stipsi che la diarrea possono aggravare la sintomatologia emorroidaria. Sono pertanto indicati un **abbondante apporto idrico e di fibre** e l'eventuale uso di integratori (prebiotici e probiotici).
- Sono indicati una buona **igiene locale** e semicupi tiepido-caldi che riducono l'eventuale ipertono e lo spasmo anale che sono causa di dolore.

Dodi G

Acta Endoscopica 2003;33:389-495

### Trattamento Farmacologico

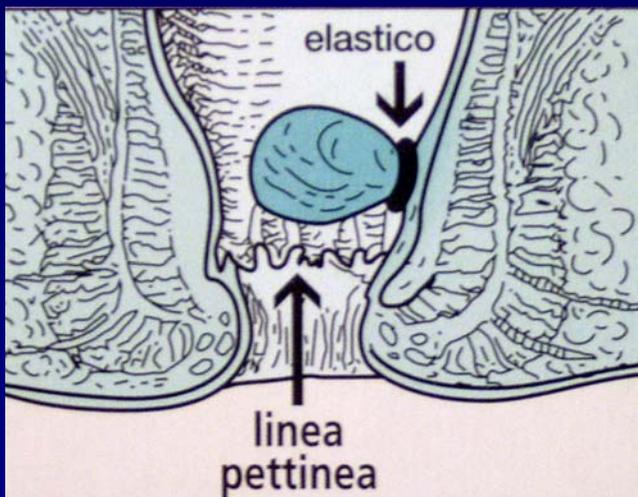
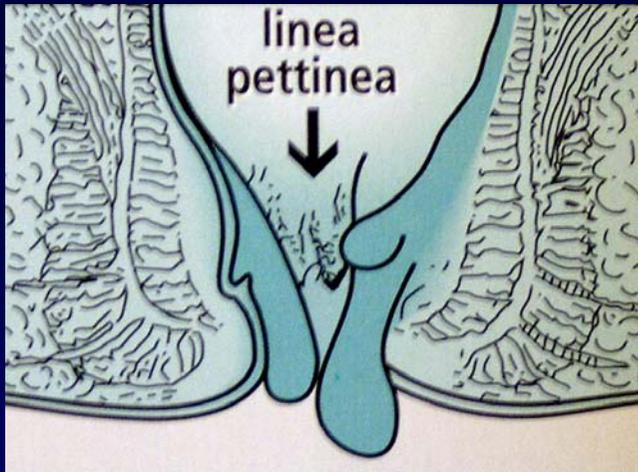
- I **bioflavonoidi** per via orale (diosmina, escina, acido flavodico, eparani, defibrotide ecc.) hanno azione antinfiammatoria e antiedemigena e costituiscono attualmente la terapia di più largo impiego per la loro efficacia, tollerabilità ed assenza di effetti indesiderati.
- La **mesalazina** topica trova applicazione nel trattamento di emorroidi sanguinanti in particolare se associate a flogosi del canale anale.
- **Altri farmaci topici**, quali i FANS, i derivati del cortisone, gli anestetici locali non hanno un'efficacia universalmente riconosciuta e sono anzi state riportate risposte di sensibilizzazione anche grave.

Saltarelli P et al

Giornale di Gastroenterologia 2003;8:60-4

# La patologia emorroidaria

## Le terapie strumentali ambulatoriali parachirurgiche



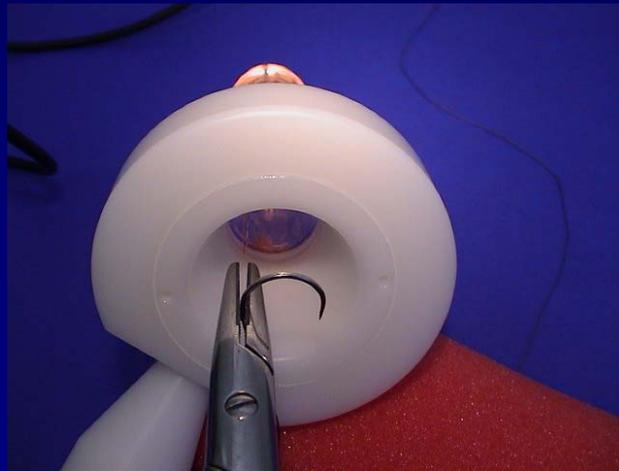
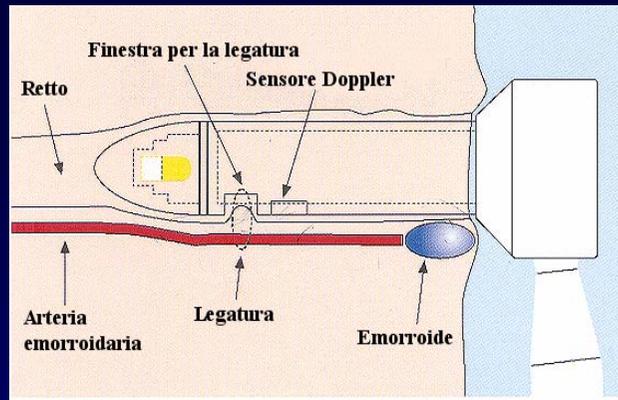
### La legatura elastica

- E' la tecnica parachirurgica più praticata in assoluto.
- Consiste nell' applicazione ambulatoriale di un laccio di gomma alla base dei gavocchi emorroidari interni .
- Determina la necrosi ischemica del gavocciolo e la sua conseguente caduta.
- Sono trattate **emorroidi di II e III grado**.
- Si possono eseguire 1-2 legature in una seduta o più legature in sedute successive.
- Le complicanze descritte sono assai rare: infezione (0,1 - 0,2%) e sanguinamento (2%).
- Non viene effettuata alcuna anestesia.
- Per 24-48 ore può esservi la sensazione di una "spinta defecatoria" che può richiedere la assunzione di normali antidolorifici.

# La patologia emorroidaria

## Le terapie strumentali ambulatoriali parachirurgiche

### Legatura delle arterie emorroidarie su guida doppler secondo Morinaga



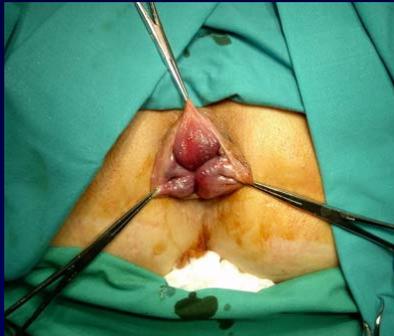
Sohn N et al  
Am J Surgery 2001;182:515-9

- L'ipotesi che alla base della malattia emorroidaria vi sia un iperafflusso arterioso alle anastomosi artero-venose del canale anale ha portato alla nascita di questa tecnica innovativa (1995).
- Consiste nella legatura a 2 – 3 cm dalla linea pettinata di almeno 6 arterie emorroidarie identificate mediante un anoscopio con doppler incorporato.
- Trova indicazione nelle **emorroidi sanguinanti di II-III grado** in anestesia locale o loco-regionale in particolare in pazienti che per età e condizioni locali (incontinenza) sarebbero esclusi da emorroidectomie tradizionali.
- Il dolore post-operatorio è lieve, la ripresa lavorativa avviene dopo 2 giorni.
- Una successiva emorroidectomia è descritta nel 3% dei casi e una legatura elastica successiva può essere necessaria per ridurre il prollasso.

# La patologia emorroidaria

## Le terapie chirurgiche

### L'emorroidectomia secondo Milligan-Morgan

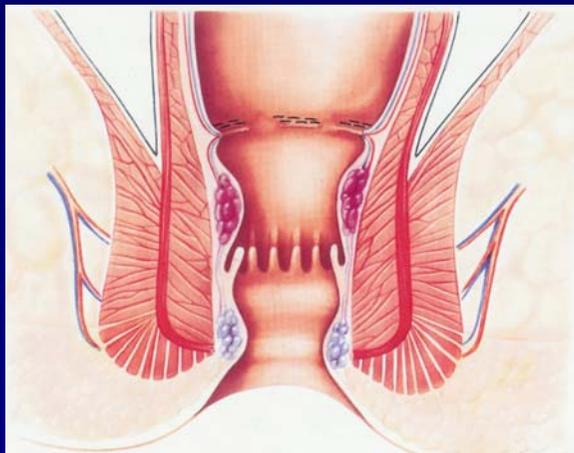
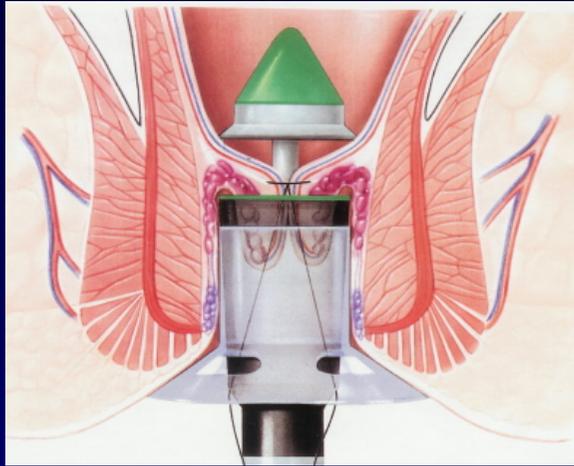


- Si tratta della tecnica maggiormente applicata in Europa, grazie alla facilità di esecuzione e la possibilità di essere eseguita in diversi regimi di ricovero e con vari tipi di anestesia.
- Trova indicazione nelle emorroidi di III-IV grado anche dopo fallimento delle tecniche conservative e parachirurgiche.
- Consiste nell'asportazione dei 3 pacchetti emorroidari a partire dal margine cutaneo, con conservazione dei ponti mucosi interposti.
- Negli ultimi anni l'evoluzione tecnologica ha permesso l'impiego di strumenti quali l'Ultracision ed il Ligasure in grado di diminuire il sanguinamento intraoperatorio ed il dolore postoperatorio.
- Dà luogo a recidive nel 5-10%.
- Possibili complicanze: sanguinamento tardivo (1-4%), ascessi o fistole (0,5%), stenosi anale (4%), incontinenza (2-11%), soiling temporaneo (50%).

# La patologia emorroidaria

## Le terapie chirurgiche

### L'emorroidopessi con stapler o mucosectomia o anopessia secondo Longo



- Consiste nell'asportazione del prolasso mucoso compreso tra ampolla rettale distale e canale anale prossimale, nella conseguente anopessia e nell'interruzione dei rami terminali dell'arteria emorroidaria superiore per mezzo di una suturatrice meccanica circolare.
- E' indicata nel prolasso di II, III e IV grado.
- E' controindicata nel prolasso di un solo cuscinetto emorroidario, in presenza di ipertono anale o in presenza di una importante componente emorroidaria esterna.
- Vantaggi: dolore postoperatorio modesto, rapida ripresa dell'attività lavorativa, assenza di stenosi anali e di recidive.
- Svantaggi: maggiore quota di emorroidi esterne residue, possibili stenosi anastomotiche (8,8%) e lesioni sfinteriali o intenso dolore postoperatorio legati a problemi tecnici di esecuzione (anastomosi troppo bassa).

## Ascessi e fistole perianali

Il trattamento di qualunque tipo di patologia settica perianale si basa sulla sua corretta localizzazione e sulla individuazione degli eventuali tramiti fistolosi.

L'approccio diagnostico attuale per lo studio di ascessi e fistole perianali si può avvalere dell'utilizzo integrato di:

- Ecografia endoanale
- RM pelvica e con bobina endoanale
- TC
- Specillazione in anestesia



## Ascessi e fistole parananali



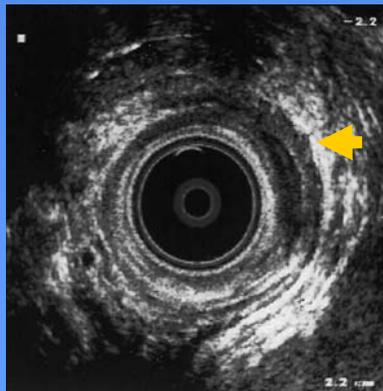
### Ecografia Transanale

- Accuratezza diagnostica 80 -100%
- Incidenza di falsi negativi 0 -18%
- Incidenza di falsi positivi 0 - 5%

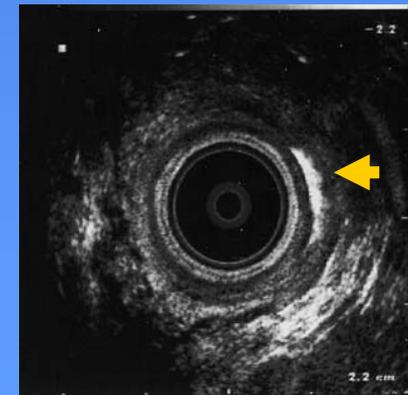
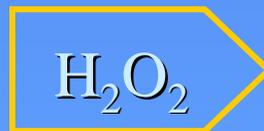
KI Deen et al. Gut 1994;35:391-4

L'iniezione di  $H_2O_2$  è un metodo sicuro, poco costoso, ripetibile e migliora l'identificazione dei tramiti principali e secondari delle fistole intersfinteriche e transfinteriche in particolar modo quelle "a ferro di cavallo".

C Ratto et al. Dis Colon Rectum 2000; 43:1375-1382



Tramite secondario



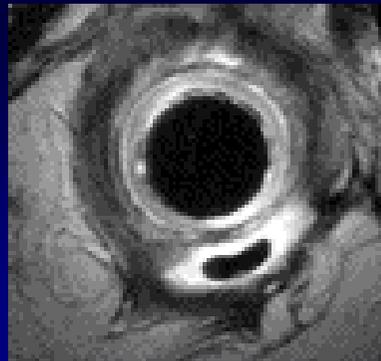
## Ascessi e fistole paranali



### RM pelvica

- Elevata sensibilità e accuratezza (87%).
- Limitato impiego per costi elevati.

P Orsoni et al. Br J Surg 1999;160-164



### Endocoil RM

- Localizzazione accurata dell'orifizio interno.
- Bassa definizione a livello extrasfinteriale.

J Stoker et al. AJR 1996;166:360-362

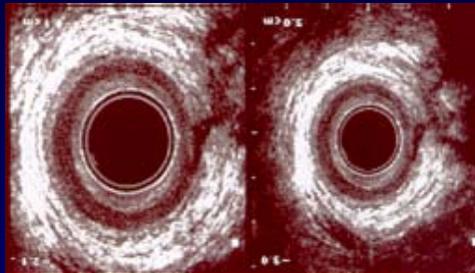


### TC

- Elevata sensibilità a livello extrasfinteriale.
- Esposizione a radiazioni ionizzanti.

R Tersigni Chir Ital 2000;52:155-164

## Ascessi e fistole paranali



91%



87%



91%

Il migliore approccio risulta dalla combinazione di ecografia endoanale o risonanza magnetica con l'esplorazione chirurgica in anestesia: si raggiunge il 100% di accuratezza.

DA Schwartz et al. Gastroenterology 2001; 121:1064-1072

## Ascessi e fistole paranali

Il trattamento chirurgico di qualunque tipo di patologia suppurativa perianale, dopo l'opportuna definizione diagnostica, consiste nel drenaggio delle raccolte settiche e nell'asportazione o messa a piatto degli eventuali tramiti fistolosi coesistenti.

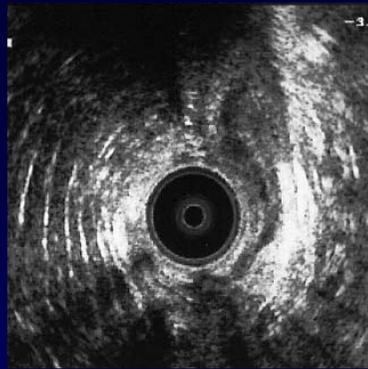
Le principali tecniche chirurgiche per il trattamento di ascessi e fistole consistono in:

- Incisione e drenaggio
- Posizionamento di setone
- Fistulotomia
- Fistulectomia
- Avanzamento di lembo mucoso

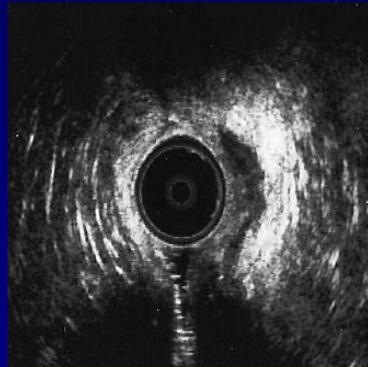


## Ascessi e fistole paranali

Approccio diagnostico e terapia chirurgica di sepsi perianale attiva



CASO CLINICO 1



CASO CLINICO 2

Ecografia  
transanale

Intervento

Esiti a distanza

## Ascessi e fistole paranalali

### Alternative alla terapia chirurgica

#### Colla di fibrina

- Iniettata nel tramite fistoloso dopo courretage, trova indicazione nel trattamento delle fistole complesse.
- In letteratura sono riportate solo esperienze relative a piccole casistiche e con breve follow-up.

Lindsey I, et al.  
Dis Colon Rectum 2002;45:1608-1615

#### Anticorpi monoclonali (Infliximab)

- Immunoglobuline anti-TNF $\alpha$  somministrati mediante infiltrazione locale nei pazienti affetti da malattia di Crohn perianale in fase attiva.
- E' stata riportata una risposta terapeutica favorevole dopo 3 infusioni nel 60-70 % dei casi.

Van Bodegraven et al.  
Dis Colon Rectum 2002;45:39-46



## Incontinenza e difetti sfinteriali

Un'attenta valutazione del paziente con incontinenza fecale permette, nella maggiore parte dei casi, di identificare il meccanismo fisiopatologico alla base della stessa, la severità del problema, l'impatto sul soggetto e, quindi, di pianificare l'opzione terapeutica più appropriata: medica o chirurgica.

- Imaging del canale anale: **Ecografia transanale**  
**RM pelvica (statica, dinamica e con bobina endoanale)**
- Tests fisiologici: **Manometria anorettale**  
**Tests sensoriali**
- Tests neurofisiologici: **EMG**  
**Tempo di latenza del pudendo**

## Incontinenza e difetti sfinteriali

Manometria anorettale, tempo di latenza del pudendo ed ecografia endoanale modificano la strategia terapeutica in circa il 20% dei casi.

	n° pz	% di modificazione della strategia terapeutica
Speakman CT, 1992	32	16 %
Ternent CA, 1996	84	20 %
Keating JP, 1997	50	16 %
Lieberman H, 2001	90	10 %

L'indagine che maggiormente influenza la decisione di modificare la strategia terapeutica è l'ecografia endoanale.

# Incontinenza e difetti sfinteriali

## Terapia Medica e Fisica

**Farmacologica** – *Loperamide, atropina, codeina per os, fenilefrina per via topica*

responsabili di benefici solo temporanei, il loro impiego è gravato da effetti collaterali non trascurabili.

### Riabilitazione pelvi-perineale – *Biofeedback (BFB)*

- L'obiettivo della terapia con BFB è di migliorare la capacità di contrazione volontaria dello sfintere anale esterno e del muscolo pubo-rettale in risposta al riempimento rettale.
- In una review di 14 lavori sul ruolo del BFB nell'IF è stato riportato un miglioramento dal 40 % al 100 % dei pazienti trattati.
- In un trial controllato e randomizzato in cui il BFB veniva confrontato a norme dietetiche-comportamentali associate a esercizi di ginnastica sfinteriale, è stato riportato un miglioramento della continenza in oltre il 50% dei pazienti senza differenze significative tra i 2 gruppi.
- Il BFB migliora il risultato funzionale dopo sfinteroplastica.

LL Jensen et al.

Dis Colon Rectum 1997; 40(2):197-200

SS Rao et al.

Dig Dis Sci 1997; 15:78-92

C Norton et al.

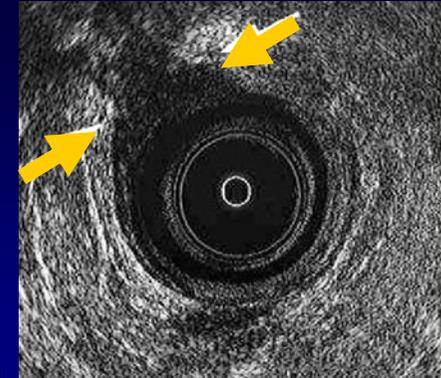
Gastroenterology 2003; 125:1320-29

# Incontinenza e difetti sfinteriali

## Terapia Chirurgica

### Sfinteroplastica

- Può essere considerata l'opzione chirurgica di prima scelta nei casi di lesione circoscritta dello sfintere anale esterno in assenza di neuropatia.
- La percentuale di successi varia dal 70 al 90% ma si assiste a un progressivo deterioramento della funzionalità (50% a 7 anni).



AJ Malouf et al.

Lancet 2000; 355: 260-5

### Postanal Repair

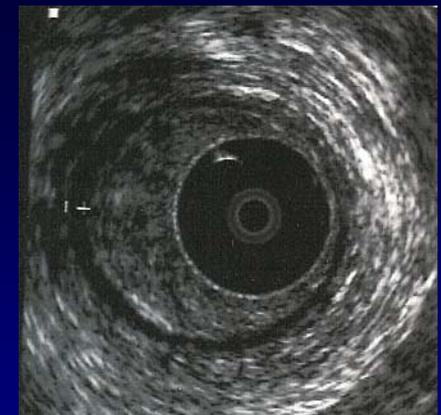
- E' indicata nei casi di IF associata a s. del perineo discendente con sfintere anale integro o debole.
- La percentuale di successi è modesta, intorno al 35 %.

### Anterior Anal Repair

- E' indicata nei casi di IF associata a rettocele anteriore.
- I risultati funzionali sono sovrapponibili a quelli della sfinteroplastica.

### Total Pelvic Floor Repair

- I risultati funzionali sono sovrapponibili a quelli della sola sfinteroplastica.



AK Tuteja et al.

Aliment Pharmacol Ther 2004; 19:829-40

# Incontinenza e difetti sfinteriali

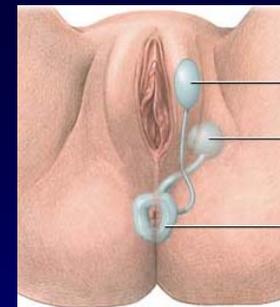
## Terapia Chirurgica



### Sfintere anale artificiale (SAA) – Gracileplastica dinamica

Trovano indicazione (1) in caso di lesioni multiple od estese degli sfinteri, (2) nei pz in cui sia fallita una precedente plastica, (3) quando l'IF è associata a neuropatia e (4) recentemente nella riconversione di pz precedentemente operati di resezione addomino-perineale sec. Miles.

- Hanno una percentuale di successo intorno al 50%.
- Sono gravate da un tasso di complicanze non trasurabili:
  - difficoltà evacuativa (20-30%)
  - infezioni (8-28%)
  - migrazione della cuffia, erosione cutaneo/mucosa, dolore alla coscia, problemi dell'hardware elettronico.
- La percentuale di rimozione dello SAA è 37%.

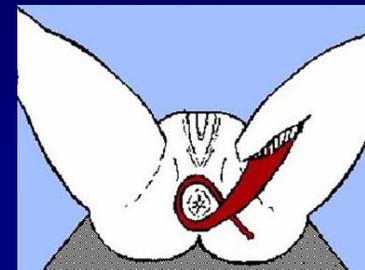


### SAA

pompa

pallone serbatoio

cuffia



### Gracileplastica dinamica

# Incontinenza e difetti sfinteriali

## Terapia Chirurgica

### Neuromodulazione sacrale

- E' un approccio terapeutico poco invasivo.
- Permette di ottenere risultati eccellenti in pz selezionati (integrità sfinteriale anche dopo sfinteroplastica, assenza di neuropatia e fallimento della terapia conservativa).
- La percentuale di successo, inteso come riduzione degli episodi di incontinenza e di miglioramento dell'urgency, è dell' 80 -100% dei casi.
- L'efficacia della metodica può essere predetta mediante l'impianto di un elettrodo temporaneo (PNE).
- Le uniche complicanze riportate sono lo spostamento dell'elettrocatteter e, assai rara, le infezioni.

NJ Kenefick et al.  
Br J Surg 2003; 90: 1256-60

TEST DI STIMOLAZIONE



NEUROSTIMOLATORE

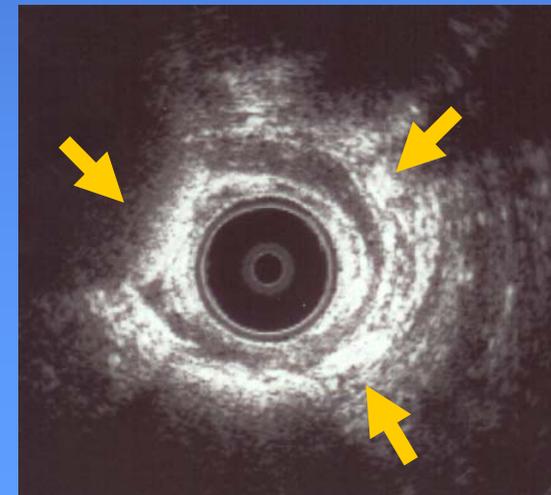
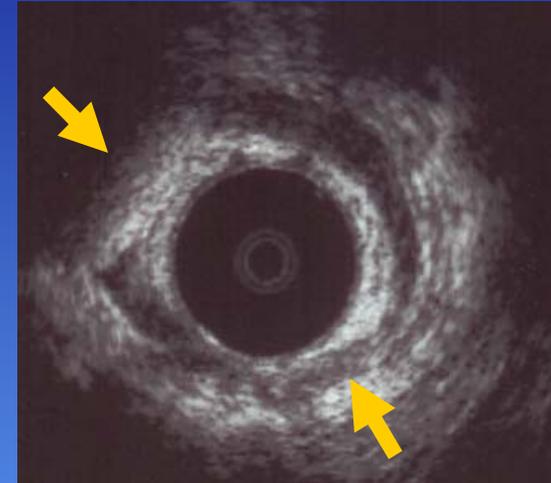


## Incontinenza e difetti sfinteriali Terapia Chirurgica

### Impianto di PTP

- L'impianto di agenti volumizzanti a base di silicone nello sfintere anale interno trova indicazione nel trattamento della IF passiva causata da uno sfintere anale interno multiframmentato o debole.
- Migliora la continenza rendendo più spesso il tessuto muscolare e favorendo la chiusura delle lesioni nell'anello sfinteriale.
- Può essere eseguita in anestesia locale o locoregionale.
- In letteratura sono riportate solo esperienze relative a piccole casistiche e con breve follow-up.

NJ Kenefick et al.  
Gut 2002; 51: 225-8



# Incontinenza e difetti sfinteriali

## Terapia Chirurgica

### Secca procedure

- Consiste nell'applicazione di energia sotto forma di radio-frequenza nel canale anale e nel retto distale che, provocando un'ispessimento fibrotico-cicatriziale dei tessuti, determina un miglioramento della continenza.
- Può essere eseguita in ambulatorio.
- In letteratura sono riportate solo esperienze relative a piccole casistiche e con breve follow-up.

JE Efron et al.

Dis Colon Rectum 2003; 46: 1606-16

### Intervento di Malone

- Consiste nella periodica esecuzione di lavaggi colici anterogradi attraverso una ciecostomia o appendicostomia.
- Trova indicazione in caso di fallimento delle altre procedure.
- Le complicanze sono legate alla stenosi della stomia e al reflusso di materiale ciecale dallo stoma.

AK Tuteja et al.

Aliment Pharmacol Ther 2004; 19:829-40

### Colostomia

- Trova indicazione in caso di fallimento delle altre procedure.

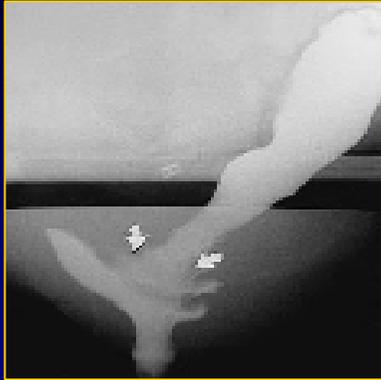
## Sindrome da defecazione ostruita

La defecazione ostruita interessa circa il 7% della popolazione adulta. Diversi meccanismi fisiopatologici, sia funzionali che anatomici, possono determinarla, rendendo necessaria uno studio diagnostico accurato per indirizzare correttamente l'atto terapeutico.

D'Hoore A et al  
Colorectal Disease 2003;5:280-7

- |                           |                                                   |
|---------------------------|---------------------------------------------------|
| Tecniche di Imaging:      | Defecografia e Perineografia (statica e dinamica) |
|                           | RM pelvica (statica, dinamica, defecoRM)          |
|                           | Ecografia Transanale                              |
|                           | Tempi di transito intestinale                     |
| • Tests fisiologici:      | Manometria anrettale                              |
| • Tests neurofisiologici: | EMG                                               |
|                           | Tempo di latenza del pudendo                      |

## Sindrome da defecazione ostruita



### Defecografia

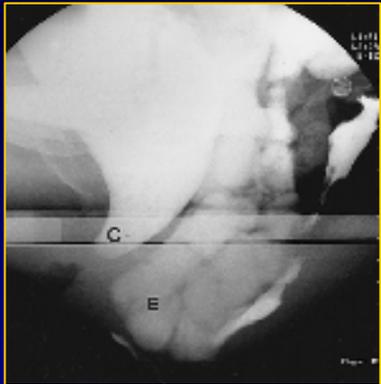
- Sensibile nel valutare alterazioni strutturali della parete rettale.
- Può suggerire la presenza di alterazioni funzionali.
- Esposizione a radiazioni ionizzanti.

SSC Rao

Gastroenterol Clinics North Am 2001; 30(1):97-114

J Stoker et al

Radiology 2001; 28(3):621-641

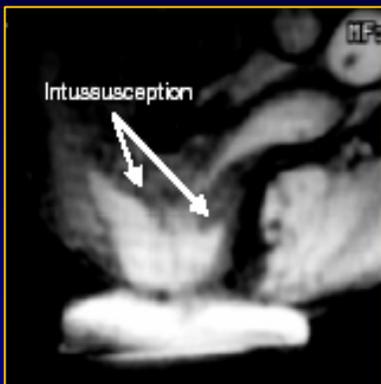


### Perineografia (Colpocistodefecografia)

- Consente lo studio morfofunzionale simultaneo di tutte le strutture coinvolte nella cosiddetta sindrome del perineo discendente.

J Stoker et al

Radiology 2001; 28(3):621-641



### RMN

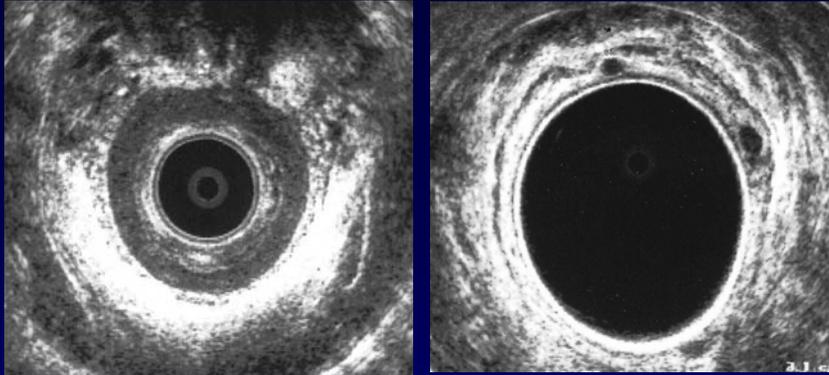
- Recente introduzione.
- Assessment globale del pavimento pelvico e delle sue funzioni.
- Al contrario della defecografia è eseguita in posizione supina.

J Stoker et al

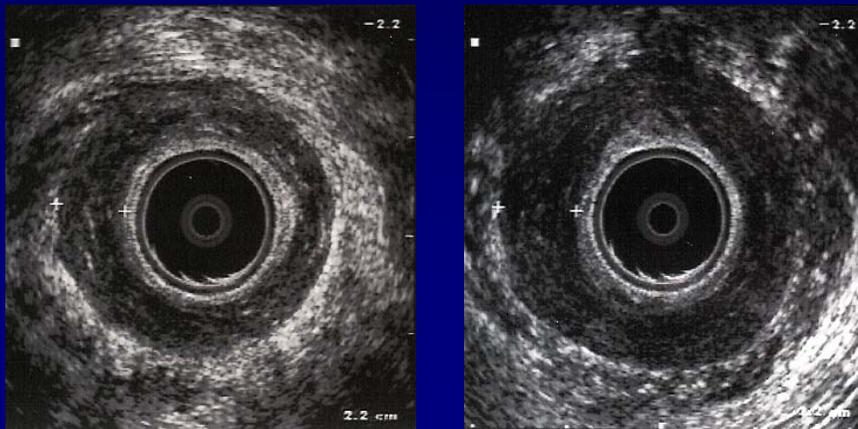
Radiology 2001; 28(3):621-641

## Sindrome da defecazione ostruita

### Ecografia transanale: ipertrofia dello sfintere anale interno



SINDROME DELL'ULCERA SOLITARIA DEL RETTO



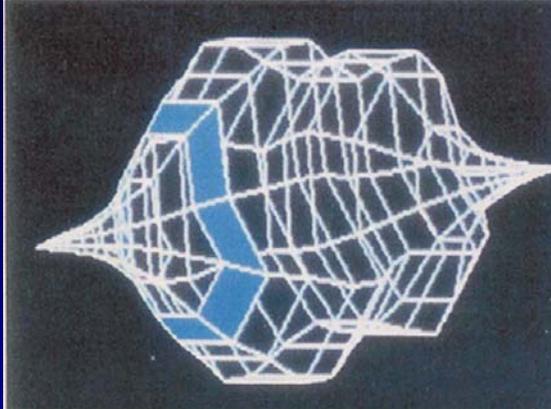
MIOPATIA EREDITARIA DELLO SFINTERE ANALE INTERNO

- Può essere repertato occasionalmente in caso di costipazione non complicata.
- E' spesso presente nella sindrome da ulcera solitaria del retto, nella intussuscezione intra-ale o nel prolasso del retto.
- E' spesso associato con severa proctalgia fugax nella miopatia ereditaria dello SAI.

M Kamm et al.  
Gastroenterology 1991; 100: 805-10

M Marshall et al.  
Br J Surgery 2002; 89(10): 1281-5

## Sindrome da defecazione ostruita



### Vettormanometria Anorettale

- Non è possibile prevedere il dato manometrico sulla base della sola valutazione clinica o delle indagini morfologiche.

Clin Chir III Univ. BO 2001



### Tempi di transito intestinale

- L'indagine consente di differenziare i soggetti con "inertia coli" da quelli con sindrome da defecazione ostruita .

MJ Gosselink et al  
Dis Colon Rectum 2001; 44(7):971-977

## Sindrome da defecazione ostruita

### Terapia medico- riabilitativa

*Incremento dell'introito alimentare di fibre, impiego di blandi lassativi, norme comportamentali, biofeedback.*

- Il trattamento conservativo determina generalmente un miglioramento solo temporaneo dei sintomi.
- La terapia chirurgica deve associarsi al trattamento medico della stipsi per ridurre il rischio di recidive post-operatorie.

Goldberg M et al  
Curr Probl Surg 2001;38:757-832

## Sindrome da defecazione ostruita

### Attuali tendenze nel trattamento chirurgico del prolasso del retto

- Non esiste un intervento chirurgico ideale per la cura del prolasso applicabile in ogni circostanza.
- **Fattori di scelta:**
  - *Età e comorbidità del paziente*
  - *Prolasso vaginale o uterino, cistocele, rettocele, enterocele*
  - *Disturbi funzionali*
- L'*incontinenza* non deve condizionare la scelta perché migliora con qualunque tecnica e se necessario può essere trattata con specifici interventi.
- La chirurgia del prolasso totale del retto può essere realizzata attraverso due vie di accesso ben distinte, quella addominale e quella perineale.

## Sindrome da defecazione ostruita

### La chirurgia per via addominale

#### **Rettopessi con sutura semplice (Blatchford)**

- Continenza migliorata nel 38%; Stipsi peggiorata nel 23%.
- Recidiva 0-3%.

#### **Rettopessi con protesi (Orr-Loygue, Ripstein, Wells)**

- Continenza migliorata nel 17-75%; Possibile peggioramento della stipsi.
- Recidiva 0-6%.
- La percentuale di complicanze è valutata nel 6% dei casi e comprende: stipsi, stenosi rettale, fecalomi e impotenza nell'uomo.

#### **Rettopessi con resezione di sigma (Frykman-Goldberg)**

- Indicata nei pazienti con storia di stipsi severa.
- Continenza migliorata nel 99%; Stipsi migliorata nel 56%.
- Recidiva 0-5%.
- Tasso di deiscenze pari all'4%.

## Sindrome da defecazione ostruita

### La chirurgia per via perineale

#### **Prolassectomia mucosa (Delorme)**

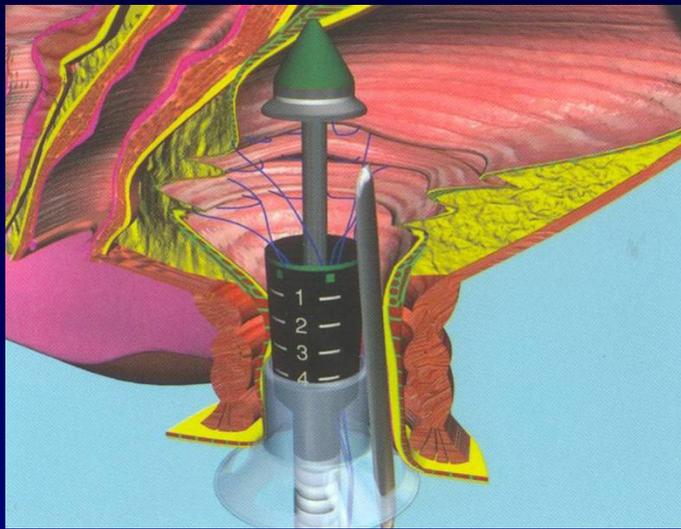
- Continenza migliorata 46-69%; Stipsi migliorata nel 44%.
- Recidiva 4-38%.
- Tasso di complicanze 12%-14% consistenti in: rettorragie, ematomi, ascessi pelvici, stenosi tardive.

#### **Proctosigmoidectomia perineale (Altemeier)**

- Se associata a plastica dell'elevatore dell'ano, continenza migliorata nel 80-90%.
- Recidiva 0-16%.
- La media delle complicanze si attesta sul 9,5% ed in genere comprendono: sanguinamento, deiscenza dell'anastomosi, ascessi pelvici.

## Sindrome da defecazione ostruita

### La chirurgia per via perineale



#### STARR

- Consiste nella resezione transanale del retto distale mediante doppio stapler.
- E' indicata in pazienti con prolasso del retto distale e prolasso rettale esterno < 3 cm.

#### Risultati

- Blando dolore post-operatorio.
- Tecnica nuova con breve follow up.
- Stipsi migliorata nel 95 % dei casi.
- Continenza migliorata nei pazienti con sfinteri integri.
- Temporanea urgency (20%).
- Parziale deiscenza anastomotica e sanguinamento (<2%).

## Sindrome da defecazione ostruita

### Soggetti candidabili alla laparotomia:

- In assenza di stipsi, l'intervento più sicuro può ritenersi la rettopessi in qualunque delle sue varianti.
- In presenza di stipsi, soprattutto in soggetti giovani l'operazione più indicata può essere considerata la resezione colica con rettopessi sec. Frykman-Goldberg.

### Soggetti non idonei ad una laparotomia:

- Tali pazienti possono avvalersi delle tecniche chirurgiche per via perineale, mediante intervento di Delorme o di Altemeier associato a plastica del pavimento pelvico.
- Alternativa a queste procedure è l'approccio laparoscopico che consente di eseguire tecniche addominali con minor rischio rispetto all'accesso laparotomico.

### Soggetti giovani di sesso maschile:

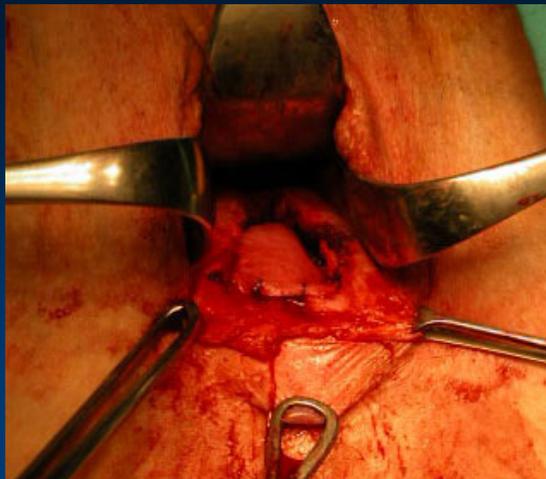
- L'orientamento attuale è quello di prediligere le tecniche perineali per evitare possibili disfunzioni genito-urinarie legate a lesioni nervose in corso di interventi addominali.

## Sindrome da defecazione ostruita

### Attuali tendenze nel trattamento chirurgico del rettocele

#### Plastica diretta per via trans-vaginale

- E' stata la più diffusa pratica chirurgica nella terapia del rettocele per più di 50 anni.
- Recidiva nel 20-25% dei casi.
- Miglioramento anatomico >75%.
- Dispareunia 15-25%.
- Miglioramento della stipsi dell'88%.



#### Plastica con protesi per via trans-vaginale

- In letteratura sono riportate solo esperienze relative a piccole casistiche e con breve follow-up.
- Esistono molteplici tipi di protesi (sintetiche, biologiche).
- Le protesi biologiche presentano meno complicanze.

## Sindrome da defecazione ostruita

### Attuali tendenze nel trattamento chirurgico del Rettocele

#### Plastica per via trans-anale

- Possibilità di trattare concomitanti patologie anorettali (emorroidi, prolasso mucoso anteriore del retto).
- Impossibilità di correggere difetti sfinteriali e di trattare rettoceli alti.
- Miglioramento della stipsi nel 32- 98% dei casi.
- Complicanze: infezione 6%, fistola rettovaginale 3%, incontinenza fino al 38%.

#### Plastica per via addominale

- Indicata in presenza di enterocele, cistocele o prolasso uterino.
- Risoluzione dell'evacuazione ostruita nel 66-70% dei casi.

## Considerazioni conclusive

- La patologia anorettale benigna ha un'incidenza notevole, superiore a quanto si possa immaginare, perché è spesso sottaciuta.
- Oggi si dispone di possibilità diagnostiche che consentono un perfetto studio morfologico e funzionale.
- La scelta del trattamento è subordinata ai risultati dello studio diagnostico.
- Non esiste un trattamento standard per ogni tipo di affezione: la scelta va calibrata sulla situazione morfo-funzionale del singolo paziente.
- La selezione del percorso diagnostico, l'indicazione terapeutica e l'esecuzione del trattamento richiedono assoluta competenza specialistica.