



Seriate - BG
Via Nazionale 93

BERGAMO, 11 MARZO 2020

***INCONTINENZA ANALE
TRATTAMENTO E PREVENZIONE***

**DOTT. MARCO BIANCHI
U.O. CHIRURGIA E PROCTOLOGIA
ISTITUTO PALAZZOLO Bergamo**

EZIOLOGIA

Lesioni dei muscoli sfinteriali o del perineo dovute a traumi (incidenti, gravidanze, parti, interventi chirurgici all'ano, rapporti sessuali anali, abusi sessuali) o a malattie degenerative muscolari.

Interventi o malattie del retto (malattie neoplastiche, infiammatorie, radioterapia) che riducono la possibilità del retto di allargarsi

Deformazioni del retto (prolasso, intussuscezione, rettocele che ne alterano il funzionamento.

Interventi all'ano (emorroidi, ragadi, fistole) che determinano distruzione delle terminazioni nervose sensitive e che riducono eccessivamente i cuscinetti emorroidari.

Lesioni del midollo spinale o lesioni cerebrali

Neuropatie (es: neuropatia del diabete)

DIAGNOSTICA

La visita proctologica è il primo passo per stabilire la causa e la severità della condizione, permettendo un appropriato programma terapeutico.

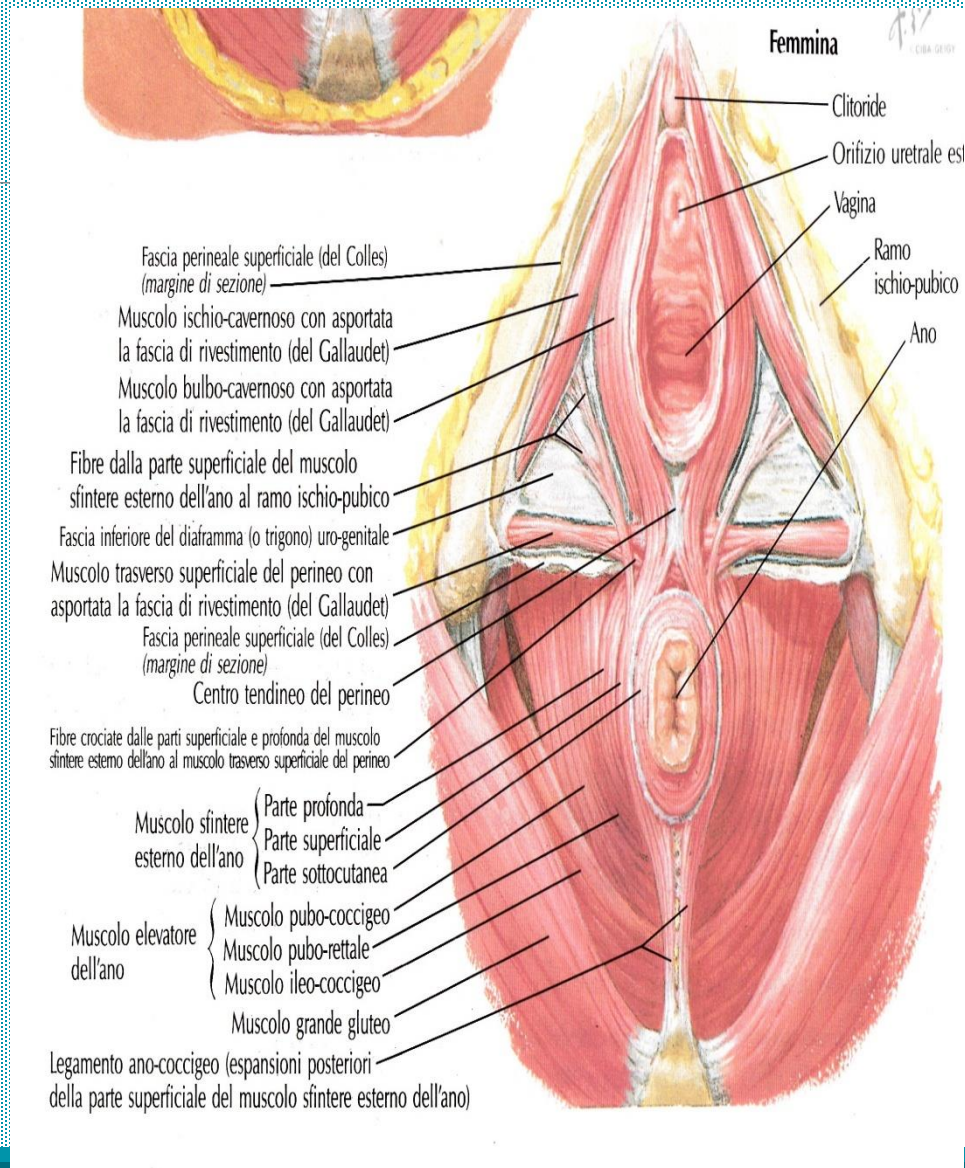
Sono indispensabili indagini complementari.

Test del muscolo pubo-coccigeo

Il muscolo pubococcigeo o puborettale costituisce la parte anteriore ed inferiore del muscolo elevatore dell'ano. Prende inserzione sulla superficie dorsale del pube fra la sinfisi ed il canale otturatorio. Nel suo decorso, esso forma una sorta di laccio attorno all'uretra, la vagina ed il canale anale per inserirsi sul corpo fibroso ano-coccigeo.

Le fibre antero-mediali formano il muscolo pubo vaginale.

Le posteriori il pubo rettale propriamente detto che forma una fionda attorno alla parete del retto.



Test del muscolo pubo-coccigeo

Valutazione tono muscolatura perivaginale: atonia, ipotonia, normotonia, ipertonia.

Forza contrattile fasica e tonica del PC da entrambi i lati.

Valuta eventuali contrazioni sinergiche di gruppi muscolari agonisti: glutei ed adduttori .

Valuta eventuali contrazioni di muscoli antagonisti: addominali.

Inversione del comando.

PC test

1° Fase (F) valutazione forza fasica

Contrazione rapida e massimale di 1 secondo con punteggio da 0...3.

- 0= nessuna contrazione
- 1=contrazione appena accennata
- 2=contrazione moderata
- 3= contrazione normale

PC test

2° FASE ENDURANCE (E1)

Si chiede alla paziente di mantenere la contrazione più a lungo possibile, 4 gradi di punteggio da 0 a 3.

0= < di 2 sec.

1=tra 2 e 5 sec.

2=tra 5 e 9 sec.

3= > di 9 sec.

PC test

3° FASE AFFATICABILITA' (E2)

Si chiede alla paziente di eseguire una serie di 10-12 contrazioni massimali della durata di 5 secondi, con una pausa tra le singole contrazioni di 10 secondi.

Punteggio: si contano il numero delle contrazioni effettivamente eseguite dalla paziente con livello di forza iniziale.

0= meno di 2 contrazioni

1=da 2 a 5 contrazioni

2=da 5 a 9 contrazioni

3= più di 9 contrazioni

PC test

Punteggio finale da 0 a 9.

0= gravemente patologico

9= normalita'

E' eseguibile sia mediante esplorazione vaginale che mediante esplorazione rettale.

ESAMI COMPLEMENTARI

Colonscopia per escludere malattie infiammatorie e neoplasie del colon retto

RX CISTO COLPO-DEFECOGRRAFIA per esaminare la forma ed il funzionamento del retto, dell'ano, dei muscoli e degli organi circostanti (vagina, vescica, intestino tenue) durante la defecazione

Ecografia 3D TRANSANALE per visualizzare gli sfinteri e riconoscere la sede di eventuali lesioni

Manometria ano-rettale per valutare la funzione degli sfinteri anali, la capacità del retto ad allargarsi, la presenza dei normali riflessi.

Elettromiografia e/o potenziali evocati per documentare disordini neurologici che interferiscono con la continenza.

MANOMETRIA ANORETTALE

La manometria anorettale rappresenta uno strumento per valutare :

- gli aspetti motori e sensitivi che presiedono ai meccanismi della

defecazione e della continenza fecale

la contrazione degli sfinteri anali interno ed esterno,

la sensibilità rettale

il riflesso retto- anale inibitorio

I principali sistemi utilizzati sono tre: dispositivi con pallone riempito d'aria (air-filled balloon); cateteri a perfusione d'acqua (fluid-filled catheters); e cateteri con Microtrasduttori (microtransducers)

MANOMETRIA ANORETTALE

Studio delle pressioni anorettali

Misura il tono dello sfintere anale a riposo (>60 mm Hg) e durante contrazione volontaria massima (>180 mm Hg)

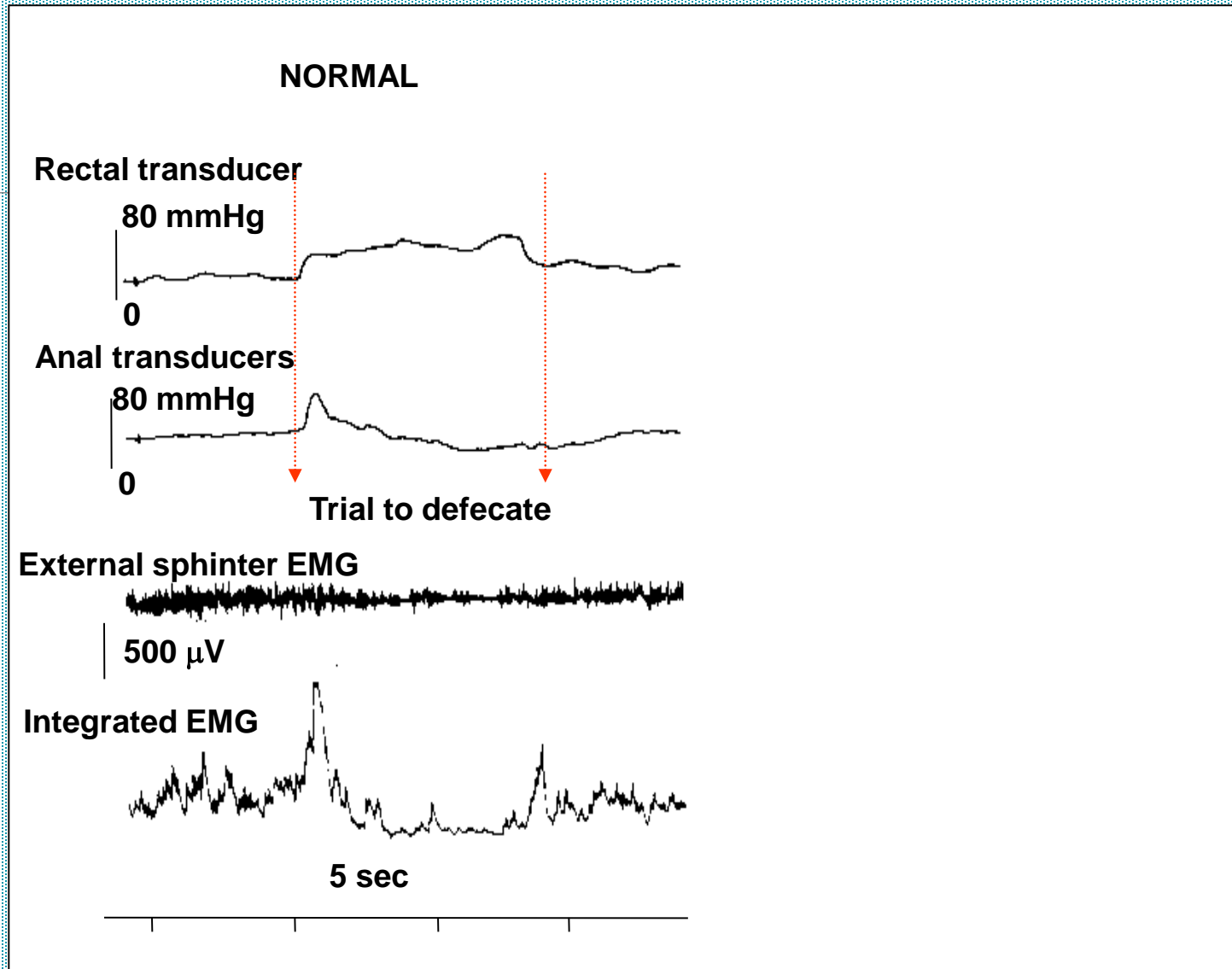
Valuta:

- l'abilità dello sfintere anale a rilassarsi durante lo sforzo
- presenza del riflesso retto-anale inibitore, la sensibilità rettale e la compliance rettale
- risposta sfinteriale al ponzamento

Dirimente nella diagnosi di:

- M. di Hirshprung : assenza di riflesso inibitorio anorettale (specificità 93%)
- anismo: dolore alta pressione anale a riposo

ANORECTAL MANOMETRY



Ecografia transanale

E' una tecnica che negli ultimi tempi sta diventando sempre più necessaria in quanto capace di fornire informazioni importantissime nello studio della porzione terminale dell'intestino. In modo particolare si e' evoluto negli ultimi tempi lo studio ecografico del canale anale ottenuto mediante modifica della sonda endorettale rotante a 360°.

In condizioni normali si ritrovano 4 strati (all'esterno del segnale dato dall'interfaccia della sonda con la mucosa):

- subepiteliale = iperecogeno
- sfintere interno = ipoecogeno
- muscolatura longitudinale = iperecogeno
- sfintere esterno = iperecogeno

Viene valutata innanzitutto l'integrità degli strati muscolari (un loro difetto può spiegare la presenza di incontinenza), il loro spessore e particolare attenzione viene posta all'aspetto ecogenico.

ECOGRAFIA TRIDIMENSIONALE (3D)

E' un miglioramento della tecnica che si avvale di uno strumentario dedicato, che analizza retto e canale anale in estrazione e consente un'accurata ricostruzione delle strutture su una proiezione TRIDIMENSIONALE.

Parametri di studio ecografico

Viene valutata innanzitutto **l'integrità degli strati muscolari** (un loro difetto può spiegare la presenza di incontinenza), il loro spessore e particolare attenzione viene posta all'aspetto ecogenico.

Sostanzialmente possiamo rilevare le seguenti alterazioni:

1) Anormalità dello sfintere interno

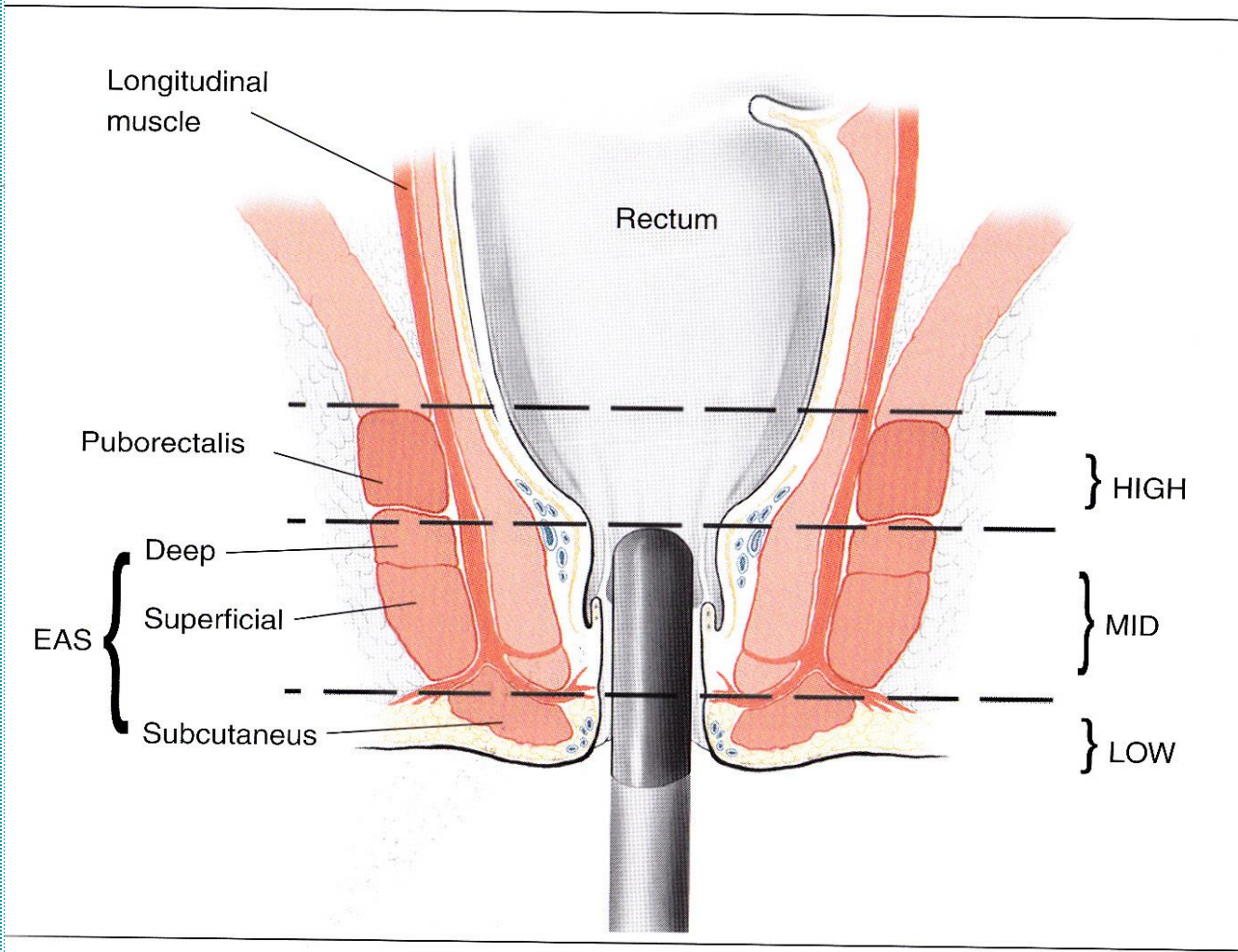
Comprendono danni di tipo traumatico o chirurgico che si manifestano ecograficamente come interruzione dello strato ecogenico corrispondente o come irregolarità dello spessore

Aumenti dello spessore possono essere presenti anche nel dolore anale da proctalgia fugax, sindrome dell'ulcera solitaria del retto e nel caso di prolasso rettale; viceversa la diminuzione dello spessore si può riscontrare negli anziani e ciò può spiegare una bassa pressione anale a riposo, spesso causa di incontinenza.

2) Anormalità dello sfintere esterno

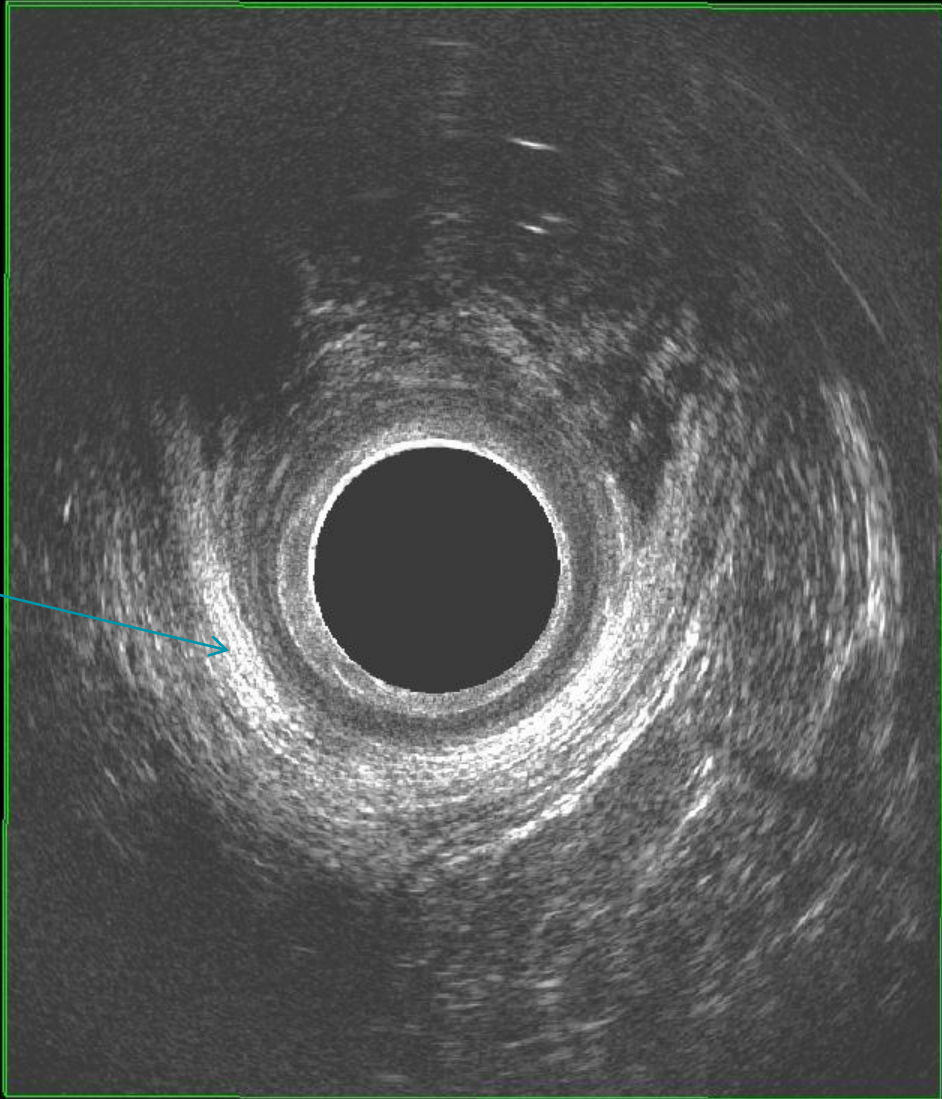
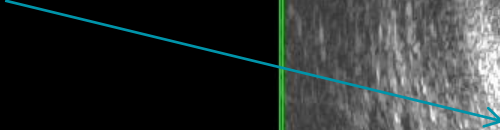
Anche in questo caso di tipo traumatico o postchirurgico ed appaiono come interruzione dello strato ecogenico corrispondente

. Frequentemente il tipo di trauma che si accompagna a tali difetti è di tipo ostetrico (dall'episiotomia in primis) ed è stato inoltre postulato un ruolo traumatico esercitato dalla testa del neonato che al momento del parto produce danni a carico del nervo pudendo che innerva lo sfintere esterno.



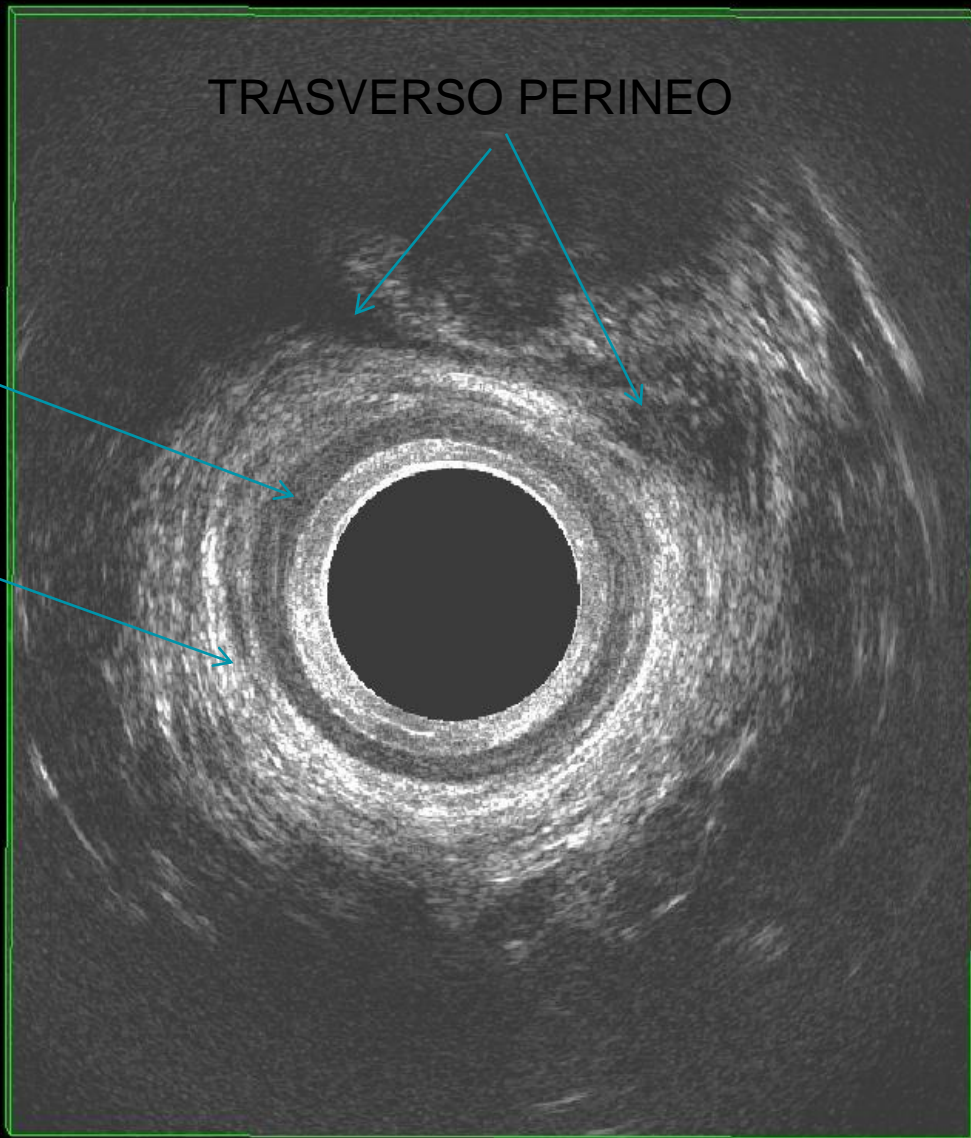
H

PU

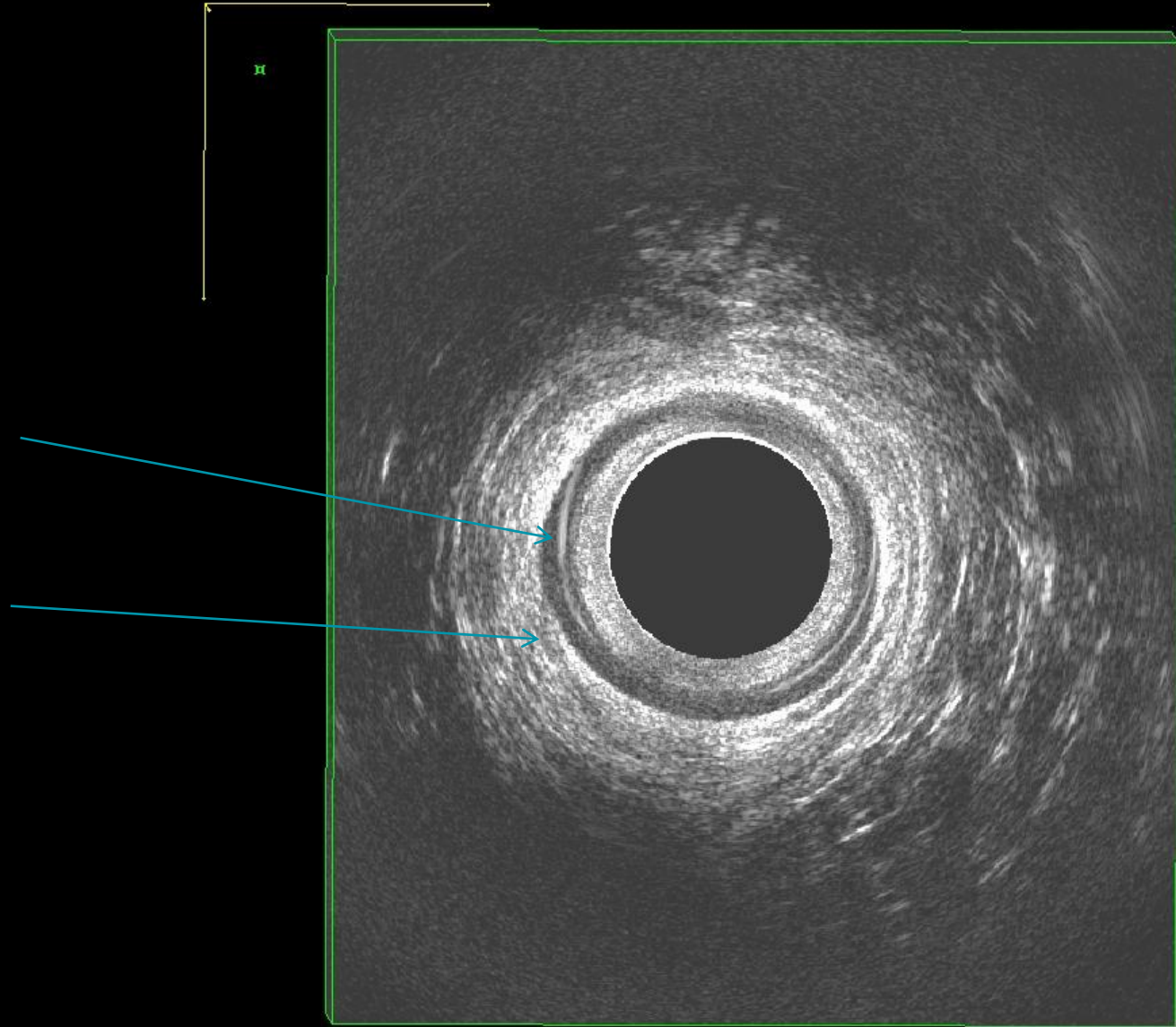


CANALE ANALE PROSSIMALE

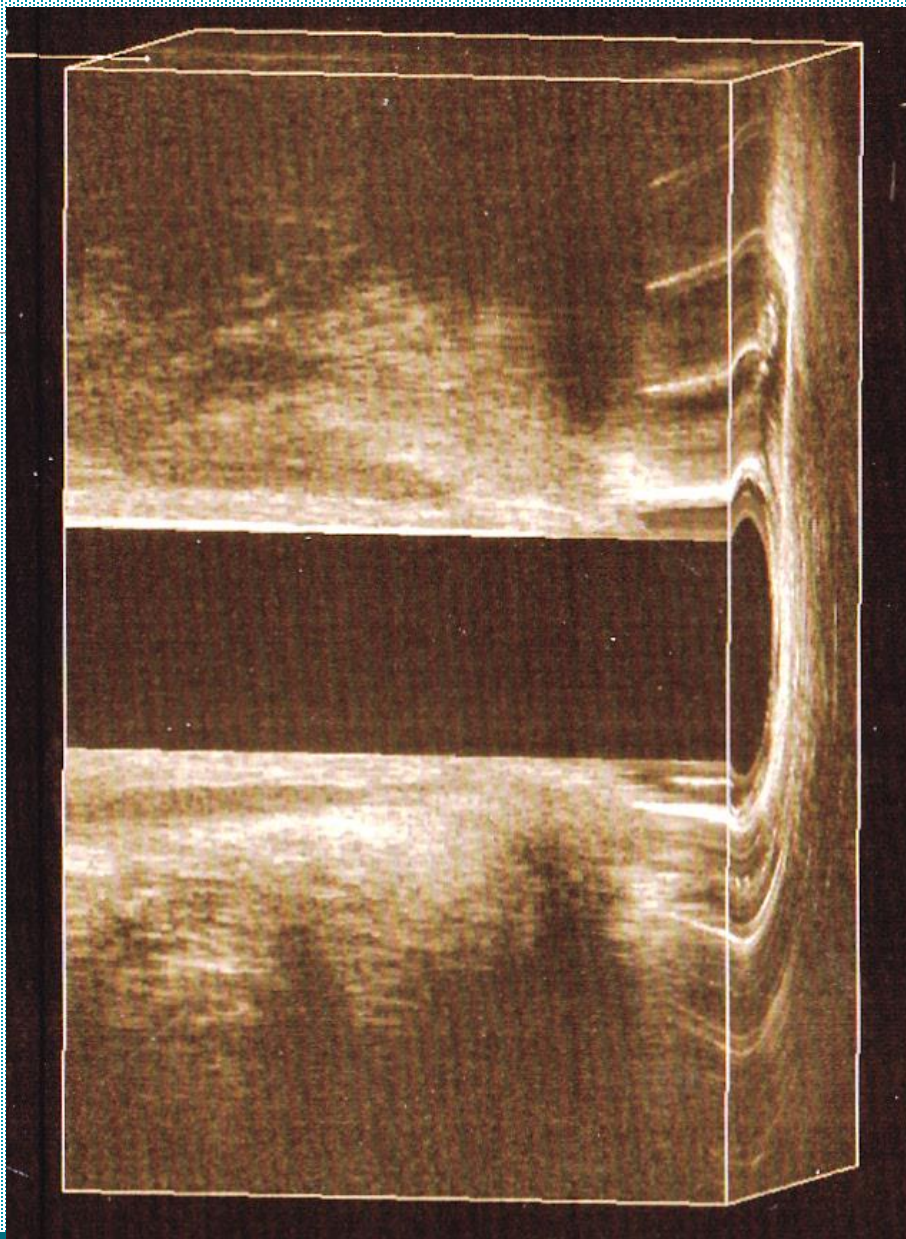
TRASVERSO PERINEO



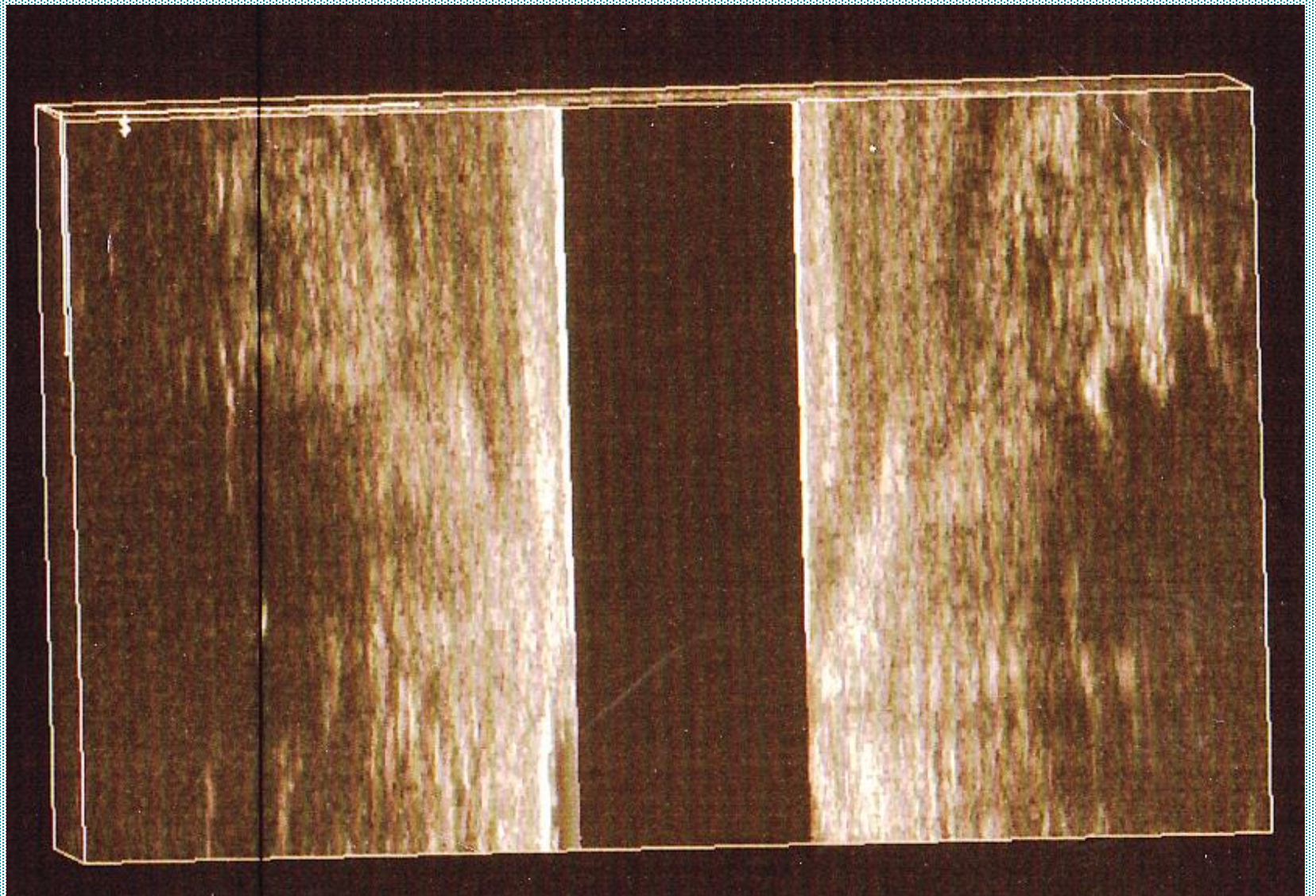
CANALE ANALE MEDIO



CANALE ANALE DISTALE



SEZIONI TRIDIMENSIONALI



SEZIONI TRIDIMENSIONALI

CISTO-COLPO-DEFECOGRAFIA

La defecografia è un'indagine radiologica che simula l'atto della defecazione, consentendo di documentare i disordini morfo-funzionali dell'ampolla rettale e del pavimento pelvico.

La frequenza dei disturbi del pavimento pelvico e della defecazione è in netto incremento, per una migliore attenzione clinica verso questi problemi, per una maggiore disponibilità di alternative terapeutiche, e per l'aumento dell'età media della popolazione.

Vi è infatti una significativa correlazione tra invecchiamento e insorgenza di disturbi della defecazione, soprattutto nella popolazione femminile.

CISTO-COLPO-DEFECOGRAFIA

La defecografia può essere condotta con diverse modalità :

Defecografia standard o digitalizzata

Defecografia integrata da videoregistrazione

Defeco- RM

Indicazioni alla Defecografia

1) **Stipsi coliche**

2) **Dischezie:**

2a) difficoltà ad iniziare la defecazione

2b) necessità di un notevole sforzo per poter defecare

2c) defecazione incompleta, alla base vi è quasi sempre un'alterazione di tipo meccanico come l'intussuscezione o il prollasso.

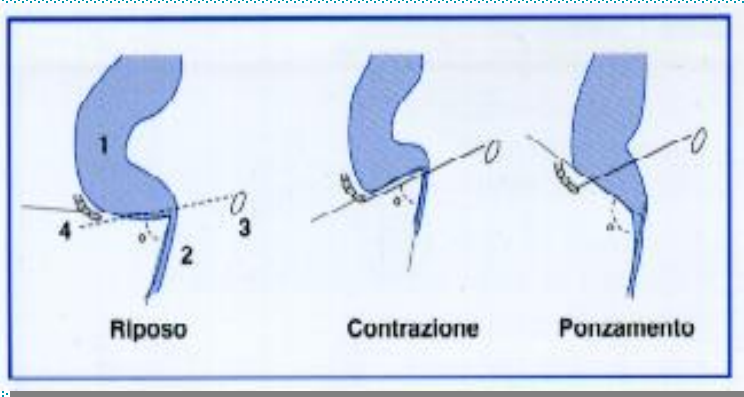
2d) manovre digitali rettali e vaginali e particolari posizioni per favorire la defecazione.

3) **La defecazione dolorosa ed il sanguinamento rettale.**

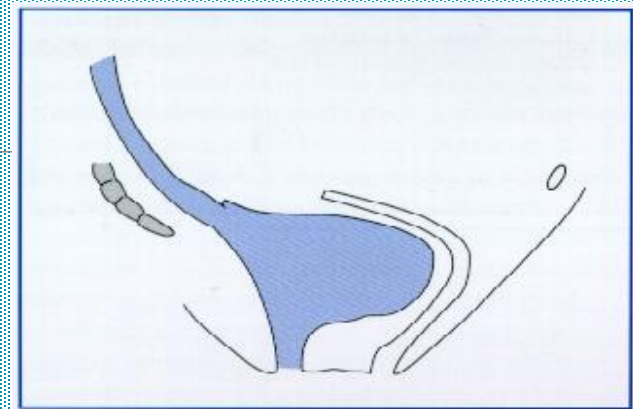
4) **L'incontinenza**

La defecografia trova inoltre indicazione nello studio di condizioni morfologiche morbose plurime quali : **il rettocele anteriore, il prollasso mucoso, l'invaginazione rettale, il prollasso rettale completo esterno, la sindrome del perineo discendente, la sindrome del muscolo pubo-rettale, il rettocele posteriore, l'ernia perineale, il megaretto, la sindrome dell'ulcera solitaria del retto, l'incontinenza nei vari gradi, la discinesia dell'apparato sfinteriale dell'ano.**

RX DEFECOGRAFIA

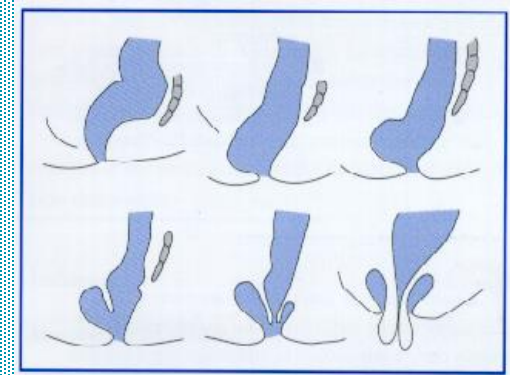


Angolo retto-anale
Svuotamento rettale



Rettocele

- n.v. di svuotamento molto ampi
- scarsa riproducibilità inter-osservatore
- utilità clinica non adeguatamente dimostrata



Prolasso pubo-rettale

STUDI NEUROFISIOLOGICI

Esami di II livello

Principale esame: EMGp

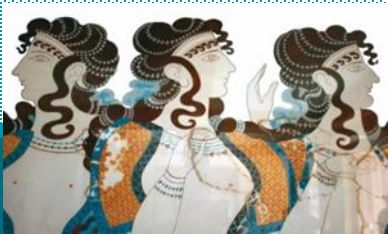
Permette di identificare la presenza o meno di attività mioelettrica attraverso campionatura e mappatura degli sfinteri anali, del pubococcigeo (o puborettale) e dell'elevatore dell'ano.

E' identificabile il grado di denervazione e l'eventuale inibizione dell'apparato neuromuscolare sfinterico anale volontario al ponzamento.

STUDI NEUROFISIOLOGICI

Esame complementare:

Latenza motoria del nervo pudendo (PNTML) = tempo che intercorre tra l'applicazione di uno stimolo e l'inizio della corrispondente risposta muscolare dovuta all'attivazione del motoneurone. Latenza distale normale che equivale all'intervallo tra l'applicazione dello stimolo a livello delle tuberosità ischiatiche e l'inizio della contrazione dello sfinter anale esterno misurata con l'elettrodo del St. Mark Hospital è = 2 ± 0.2 msec



EMG_p METODICA

Elettromiografia con ago concentrico del piano perineale

L'esame elettromiografico della muscolatura del pavimento pelvico va eseguito:

- a vescica ed ampolla rettale vuota
- con il paziente posizionato sul lettino in decubito laterale a ginocchia flesse oppure in posizione litotomica.
- con un ago elettrodo concentrico di lunghezza 37 mm nel caso si debbano studiare unicamente i muscoli più superficiali, sfintere esterno dell'ano e bulbocavernoso, con ago di lunghezza almeno 40 mm nel caso sia necessario lo studio anche di muscoli più profondi come il muscolo elevatore dell'ano.
- con l'elettrodo di terra solitamente posto a livello della coscia.

EMG_p METODICA

Reperi elettromiografici : *Muscolo sfintere esterno dell'ano (EAS)*

Vi sono due principali tecniche di approccio al muscolo, ugualmente valide:

- Inserzione dell'ago 1 cm lateralmente all'orificio anale, nei quattro differenti quadranti del muscolo, perpendicolarmente alla cute, per una profondità di 3-6 mm per la parte superficiale, con angolo di inserzione di 30° rispetto all'asse corporea, per una profondità di 15-25 mm per la parte più profonda (Podnar 2000).
- Inserzione l'ago elettrodo parallelamente al canale anale in posizione ad ore 3 e 9 e studio con piccoli spostamenti dell'ago dei quattro differenti quadranti del muscolo (Gregory 2005).

Si ricorda che ai fini della pratica clinica il muscolo sfintere esterno dell'ano viene considerato, nonostante le differenze istologiche funzionali ed elettromiografiche, un'entità unica dal punto di vista EMG.

EMGp METODICA

Muscolo elevatore dell'ano

- Accesso **transvaginale (m. pubococcigeo)**: paziente in posizione supina, si identifica la spina ischiatica mediante palpazione transvaginale, l'ago viene inserito in due differenti punti, vicino all'inserzione del muscolo sulla spina ischiatica ed un cm più medialmente.
- Accesso **transcutaneo (m. puborettale)**: inserzione dell'ago 1 cm lateralmente all'orifizio anale, parallelamente al canale anale, per una profondità di almeno 4 cm. L'ingresso nel muscolo puborettale è preceduto, una volta attraversato il muscolo sfintere esterno dell'ano, da un'area priva di segnale mioelettrico.

È auspicabile l'utilizzo della metodica con approccio transrettale, dal momento che è applicabile ad entrambi i sessi, è meno invasiva e quindi più tollerabile.

Muscolo bulbocavernoso

- Nell'uomo viene palpato il bulbo del pene e l'ago inserito nel muscolo bulbocavernoso che giace superficialmente ad esso, ad 1-2 cm dalla linea mediana fino alla comparsa dell'attività inserzionale.
- Nella donna il muscolo cavernoso viene individuato tramite la palpazione del bulbo del vestibolo vaginale e l'ago elettrodo inserito nel muscolo che giace superficialmente ad esso.

TERAPIA

Dieta e farmaci

Possono essere indicati nei pazienti con incontinenza lieve o inoperabili.

La dieta dovrà essere asciutta, possono essere assunti elementi che addensano le feci.

Può essere utile favorire l'evacuazione in un determinato momento con l'Uso di CLISTERINI EVACUATIVI.

L'uso di clisteri evacuativi ad intervalli regolari con particolari dispositivi (Peristeen) può ottenere lo svuotamento intestinale a comando e ridurre quindi il rischio di perdite.

Possono essere utilizzati farmaci che provocano stitichezza (Loperamide/diosmectide)

TERAPIA RIABILITATIVA

Allenamento muscolare per aumentare la pressione endo-anale può essere eseguito:

Senza controllo visivo del paziente (Esercizi degli sfinteri anali per pazienti con perdite dall'intestino)

Con bio-feed-back: un dispositivo collegato all'ano del paziente mostra al paziente l'effetto dell'azione degli sfinteri. Gradualmente si elimina il controllo visivo per il paziente e lo si fa osservare da un tecnico esperto. Un miglioramento, di solito, si ottiene con 3 o 5 sedute

Elettrostimolazioni con elettrodi infissi o applicati esternamente.

Il training va ripetuto ad intervalli regolari per mantenere i risultati raggiunti.

TERAPIA CHIRURGICA

**DIVERSI INTERVENTI RISULTATI A DISTANZA
NON SEMPRE BUONI.**

**COMUNQUE DA ASSOCIARE SEMPRE A
TRATTAMENTO RIABILITATIVO**

TERAPIA CHIRURGICA

RICOSTRUZIONE DEGLI SFINTERI

ESEGUIBILE SE C'E' UN DANNO MUSCOLARE E SE TALE DANNO è RECENTE.

Più IL DANNO E' ESTESO MENO PROBABILE E' IL SUCCESSO DELL'INTERVENTO.

SUCCESSO IMMEDIATO ALTO MA SCARSA DURATA NEL TEMPO.

TERAPIA CHIRURGICA

Bulking agents

Gate Keeper Gate Sphinter

Radiofrequenza

TERAPIA CHIRURGICA

PLASTICA ANTERIORE DEL RETTO

POSTANAL REPAIR

TOTAL PELVIC FLOOR REPAIR (rettopessi)

GRACILOPLASTICA

GLUTEOPLASTICA

INTERVENTO DI MALONE

INTERVENTI SEMPRE PIU' COMPLESSI
CON INDICAZIONI SPECIFICHE E CHE
DEVONO ESSERE POSTE DA ESPERTI
DEL SETTORE.

NON ESISTE IN REALTA' UN
INTERVENTO CHE DIA UNA GARANZIA
DI SUCCESSO E DI DURATA NEL
TEMPO DEL RISULTATO

Neuromodulazione sacrale

La neuro modulazione sacrale si compie in 2 fasi:

FASE test e impianto definitivo:

in sala operatoria con anestesia locale, durante la quale si osserva l'effetto della stimolazione nervosa con ago nel terzo forame sacrale. Se questa fase ha esito positivo si posiziona un elettrostimolatore esterno collegato all'elettrodo posizionato nel III forame sacrale. Questa seconda fase dura circa 4 settimane durante le quali si valuta l'efficacia della terapia. Se l'esito è positivo si posiziona, in sala operatoria con anestesia locale, un elettrostimolatore definitivo in sede sottocutanea in regione glutea.

La stimolazione percutanea del nervo tibiale

La stimolazione percutanea del nervo tibiale è un trattamento non chirurgico che consiste nell'applicare una stimolazione elettrica al nervo tibiale posteriore in trattamenti successivi.

Risultati dubbi e non costanti, soprattutto non duraturi.

Nei casi più gravi, a seguito del fallimento di tutte le precedenti terapie, in pazienti con handicap, psicopatici, geriatrici, allettati o con infiammazione del retto da radioterapia, può essere proposta la costruzione di una colostomia - abboccamento dell'intestino alla parete addominale con fuoriuscita delle feci in un sacchetto.

COME NON ARRIVARE A QUESTO O ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

PREVENZIONE

STILI DI VITA

NON SOTTOVALUTARE
SINTOMI E MALATTIE
RITENUTE DI SCARSA
IMPORTANZA E
RIVOLGERSI
PRECOCEMENTE AD UNO
SPECIALISTA

RIABILITAZIONE PRECOCE

NON VERGOGNASI
MA AFFRONTARE
DA SUBITO IL
PROBLEMA

Grazie per l'attenzione





Seriata - BG
Via Nazionale 93