



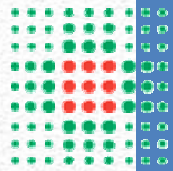
*Società
Medico Chirurgica
di Ferrara*

Innovazione e Trattamenti Mini Invasivi in Proctologia

Sabato 22 Settembre 2012

Aula Magna Nuovo Arcispedale S. Anna

Cona, Ferrara



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



PATOLOGIA EMORROIDARIA E SINDROME DA DEFECAZIONE OSTRUITA

Ospedale SS. Annunziata CENTO (FE)
Chirurgia Generale
DIRETTORE: Prof. ENZO POZZA


Relatore: Dott.ssa E. Bardella

- Anche se sempre esistita, è una **patologia dei nostri tempi** che colpisce circa il 50% della popolazione.
 - Diffusa a tutte le età.
 - Un disturbo imbarazzante che colpisce in egual misura uomini e donne.
 - **All'origine del disturbo quasi sempre errori nello stile di vita, sedentarietà e sovrappeso.**
 - Condizioni quali gravidanza e parto possono innescare o peggiorare la patologia.
-

World J Gastroenterol.
2012 May 7; 18(17):
2009–2017

They affect millions of people
around the world, and represent a
major medical and socioeconomic
problem

Patologia emorroidaria



Se un tempo era la cura a far paura più della malattia stessa, assolutamente benigna, oggi la situazione è radicalmente cambiata, a patto che ci si rivolga al medico il più precocemente possibile, anche per escludere patologie più gravi dell'intestino.

- Valore reale di prevalenza della patologia poco conosciuto per la tendenza all'automedicazione.
- Johanson et al (1990) prevalenza 4,4%
- M/F=1
- Picco di prevalenza: 45-65 anni

Epidemiologia

- Cosa sono le emorroidi?
- Che cos'è la patologia emorroidaria?

**Un po' di chiarezza sulla
terminologia**

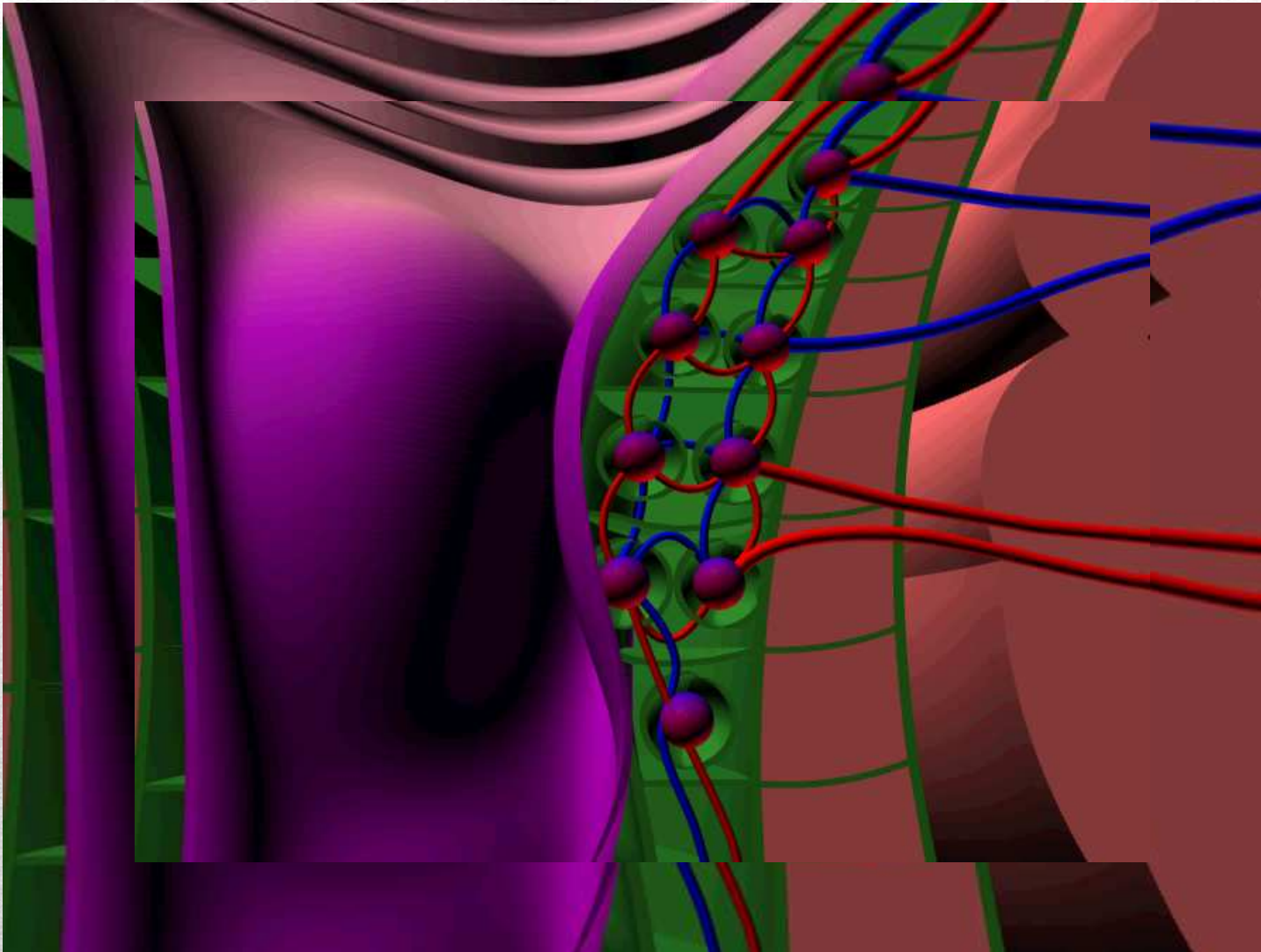
Dal punto di vista anatomico:

- Fitta rete capillare ricca di shunt artero-venosi in grado di modificare rapidamente volume e tensione
- Controllati da una compressione meccanica diretta dello sfintere anale

Dal punto di vista fisiologico:

- Valvole ad acqua che svolgono l'importante funzione fisiologica di perfezionamento della continenza
- La mucosa che li riveste discrimina il contenuto rettale
- Tale mucosa forma tre pliche che distendendosi consente al canale anale di dilatarsi

Emorroidi



“IN SUMMARY, THE AVAILABLE EVIDENCE
SUGGESTS THAT THE THEORY THAT PILES ARE
NOTHING MORE THAN A SLIDING DOWNWARDS
OF PART OF THE ANAL CANAL LINING PROBABLY
IS THE CORRECT ONE”

1975, W.H.F. THOMSON

The exact pathophysiology of hemorrhoidal development is poorly understood. For years the theory of varicose veins, which postulated that hemorrhoids were caused by varicose veins in the anal canal, had been popular but now it is obsolete because hemorrhoids and anorectal varices are proven to be distinct entities. In fact, patients with portal hypertension and varices do not have an increased incidence of hemorrhoids.

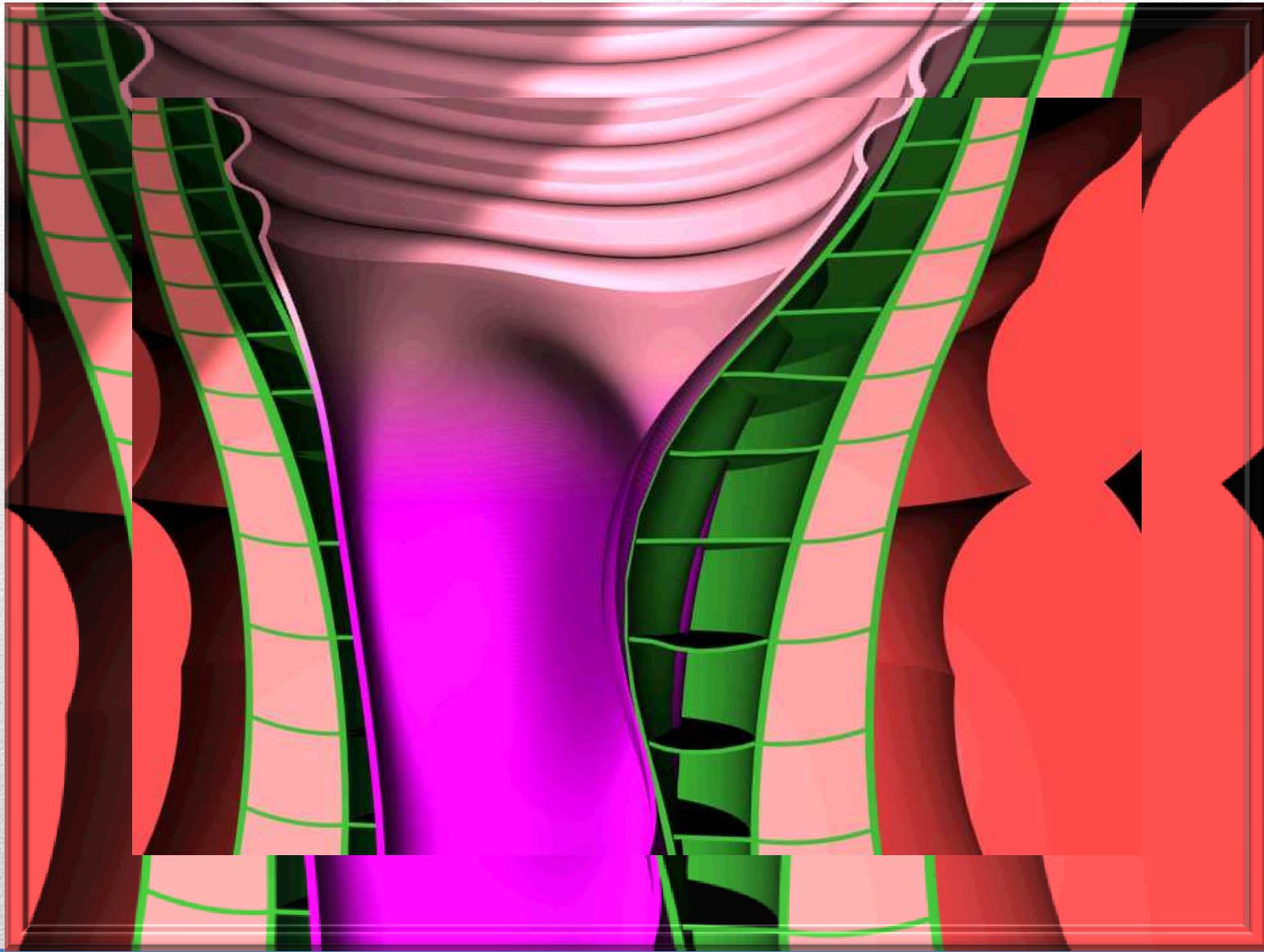
Fisiopatologia

**World J Gastroenterol. 2012 May 7;
18(17): 2009–2017**

Today, the theory of sliding anal canal lining is widely accepted. This proposes that hemorrhoids develop when the supporting tissues of the anal cushions disintegrate or deteriorate. Hemorrhoids are therefore the pathological term to describe the abnormal downward displacement of the anal cushions causing venous dilatation.

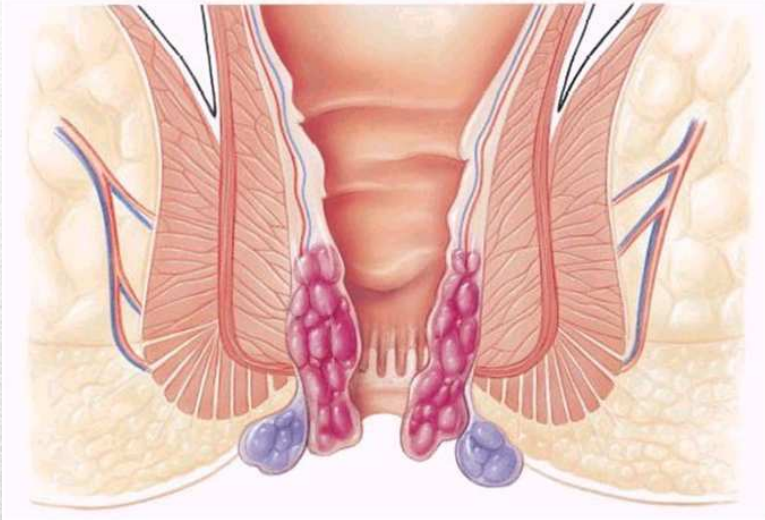
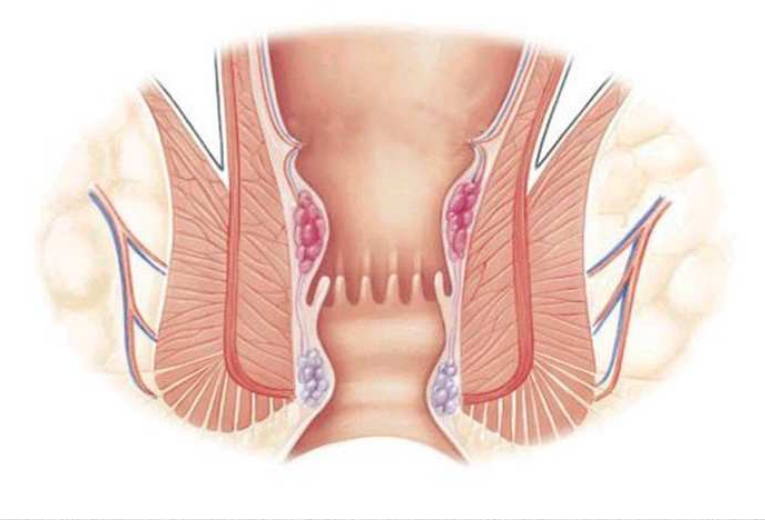
Fisiopatologia

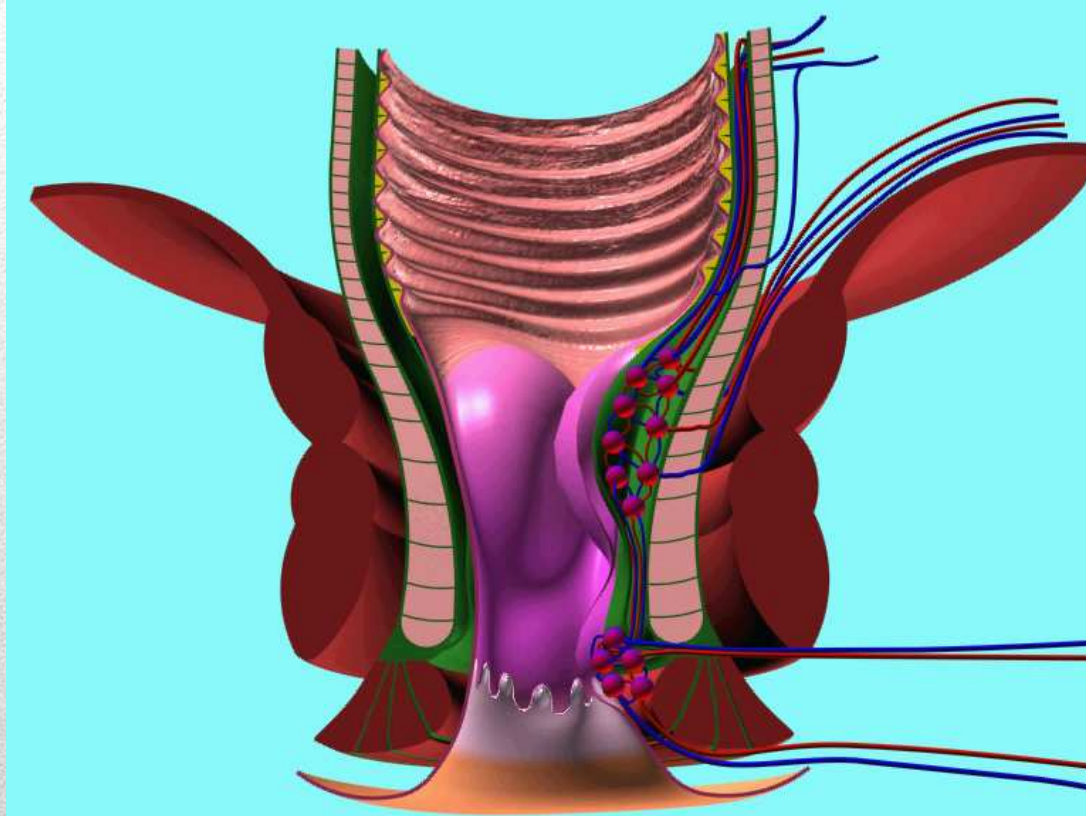
**World J Gastroenterol. 2012 May 7;
18(17): 2009–2017**

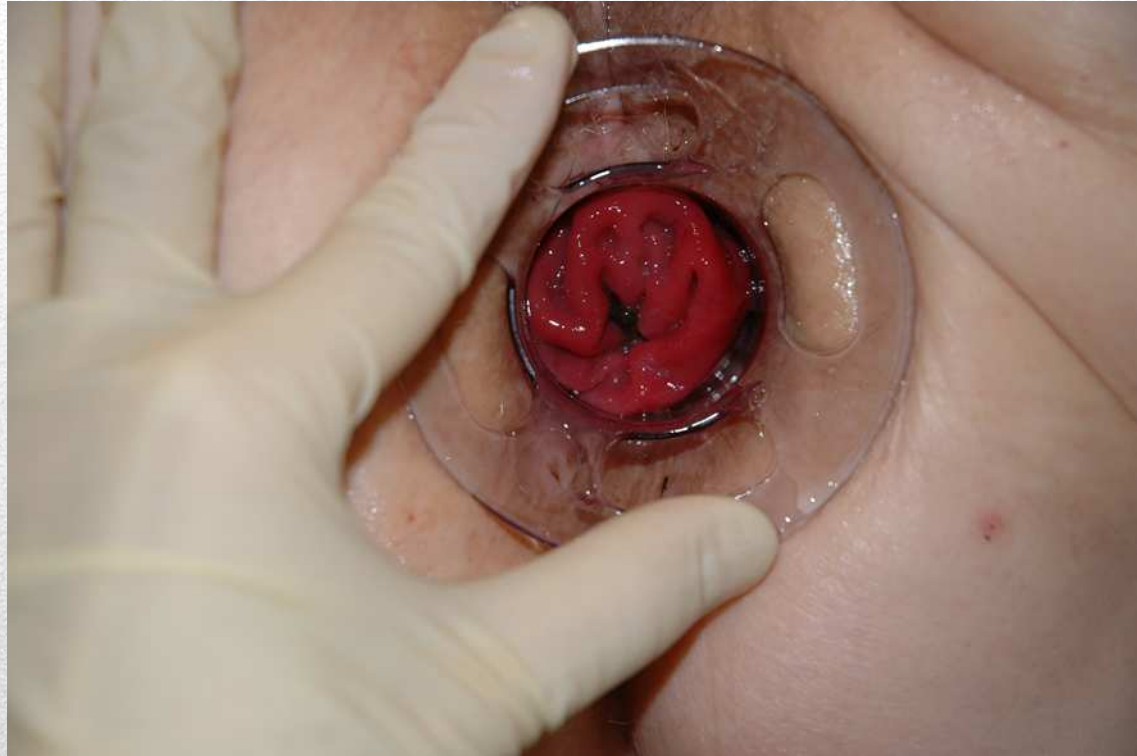


- La rottura dei legamenti è un'alterazione necessaria ma non sufficiente a determinare il prolasso emorroidario.
- E' necessario che avvenga anche un dislocamento della mucosa rettale distale

Fisiopatologia del prolasso emorroidario









- Stipsi e prolungato ponzamento
- Alvo diarroico
- Dieta povera di fibre e liquidi
- Spezie e alcolici
- Gravidanza e parto

Eziologia

Classificazione sec. Goligher

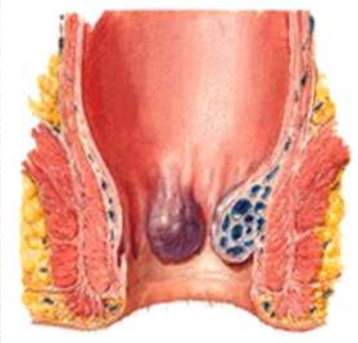
- I° GRADO : aumento di volume, sanguinamento senza prolasso.
- II° GRADO : prolasso con riduzione spontanea.
- III° GRADO : prolasso con riduzione manuale
- IV° GRADO : prolasso con esteriorizzazione permanente, irriducibile.
- Anche trombosi, prolasso circonferenziale e strangolamento sono 4 grado.



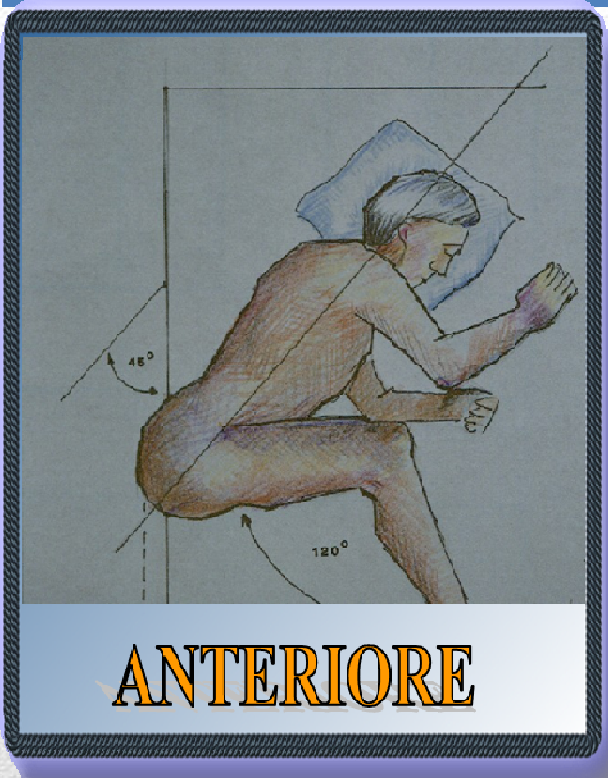
CLASSIFICAZIONE

- Sanguinamento rettale senza dolore (blood drips)
- Irritazione e/o prurito perineale
- Tenesmo rettale
- Dolore nelle forme complicate o in presenza di patologie proctologiche associate.

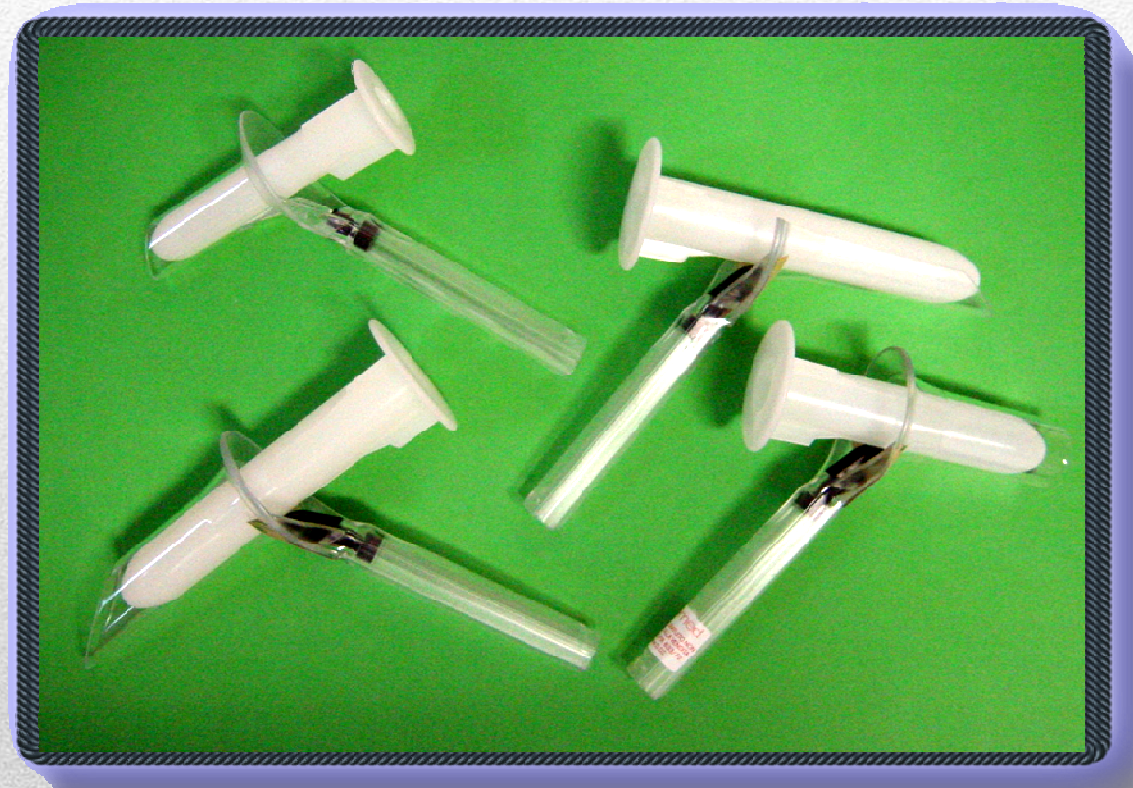
SINTOMATOLOGIA



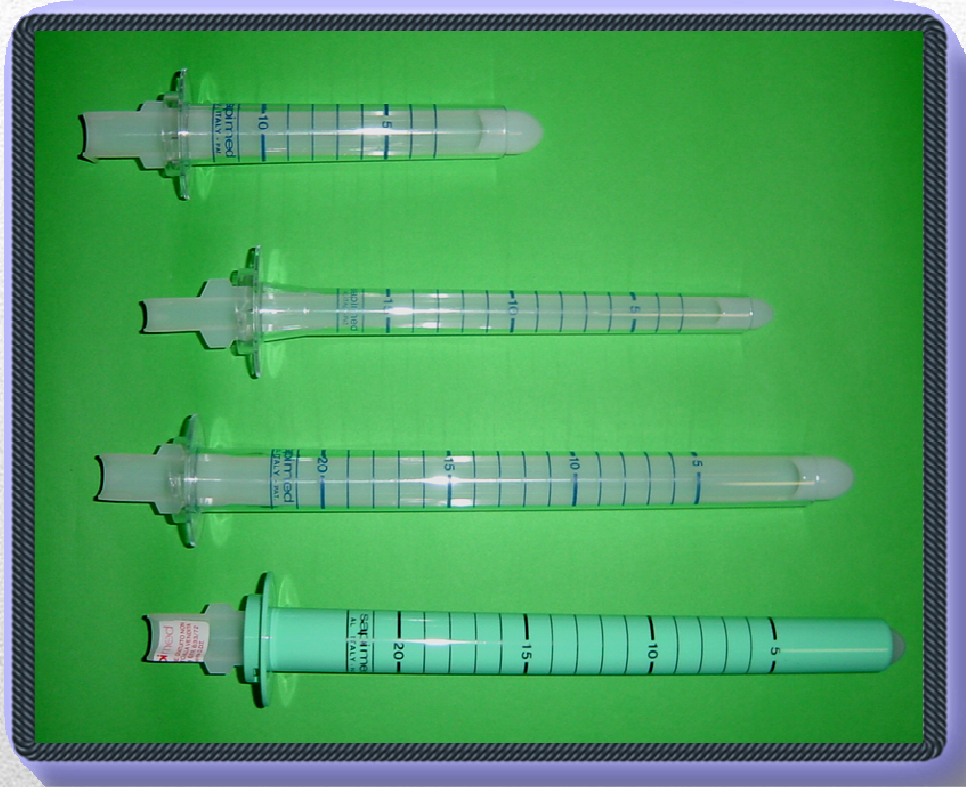
Emorroidi complicate



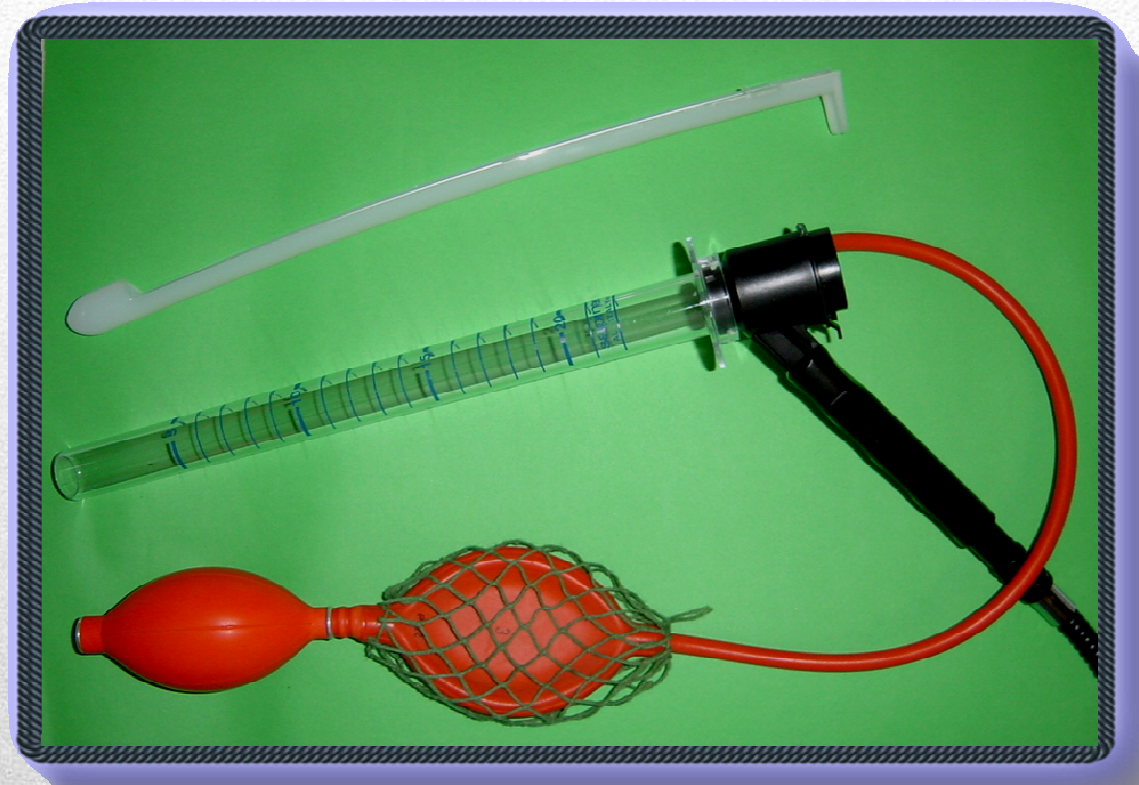
Decubito di Sims



Anoscopi



Rettoscopi



Kit per rettoscopia

Va sempre scelta in base al tipo e all'intensità dei sintomi

- Modificazioni dietetiche
- Terapia medica
- Terapia conservativa
- Terapia chirurgica

TERAPIA

- La terapia medica ha un suo doveroso utilizzo come prima terapia, ma se questa non produce gli effetti voluti e sperati bisogna pensare alla chirurgia.
- Deve essere riservata a tutti i casi in cui la qualità di vita è diventata inaccettabile da parte del paziente.

Terapia chirurgica

Insieme di sintomi dovuti all'impossibilità di
espellere le feci

Sindrome da Ostruita Defecazione



Sindrome da Ostruita Defecazione # Stipsi

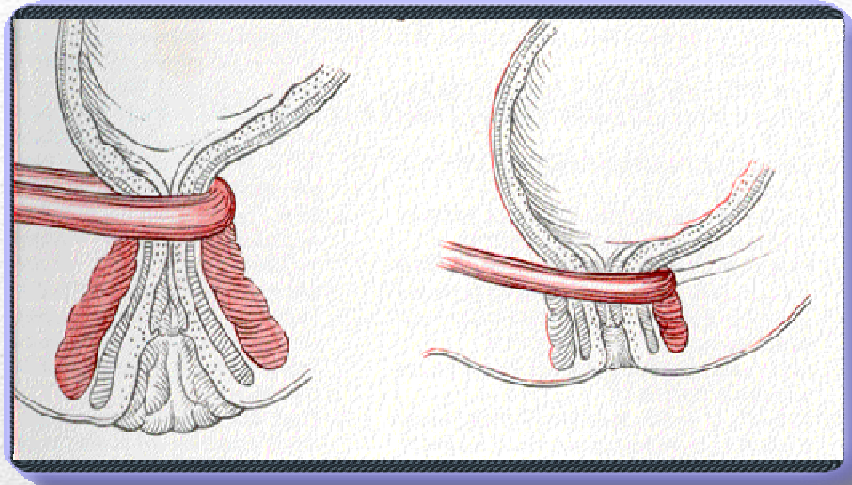
- IL SINTOMO PRINCIPALE DELLA DEFECAZIONE OSTRUITA E' LA STIPSI
 - STIPSI NON SIGNIFICA NECESSARIAMENTE DEFECAZIONE OSTRUITA
-

- stipsi
- discomfort retto-perineale
- aumento del tempo di defecazione
- straining
- defecazione frammentata
- senso di incompleta defecazione
- bisogno di evacuare piu' volte al giorno
- digitazione

Quali i sintomi da indagare? (1)

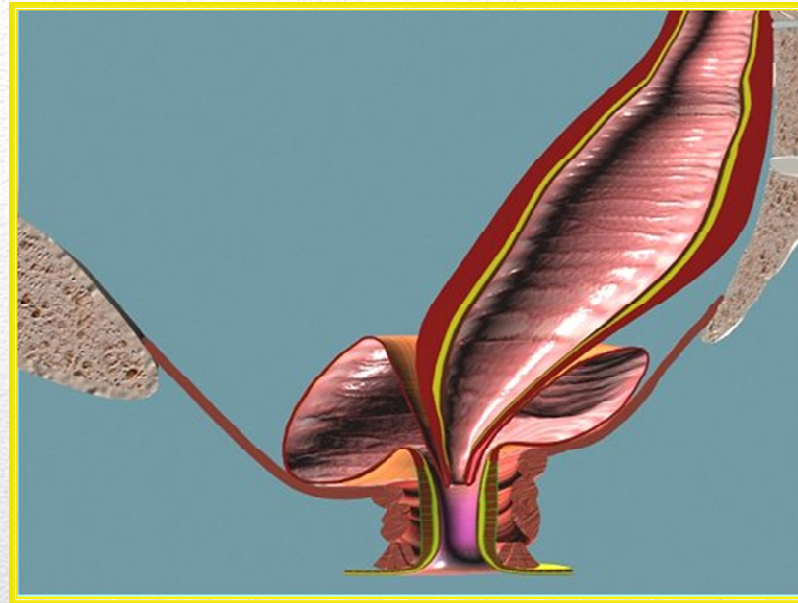
- sanguinamento
- bisogno di assumere particolari posizioni durante l'atto defecatorio
- formazione di fecalomi
- incontinenza
- dolore (vaginale, anale, perineale, rettale, addominale)
- fuoriuscita di prolasso

Quali i sintomi da indagare? (2)



- Discinesia del pubo-rettale
- Insensibilità rettale alla distensione
- Assenza del riflesso inibitorio retto-anale

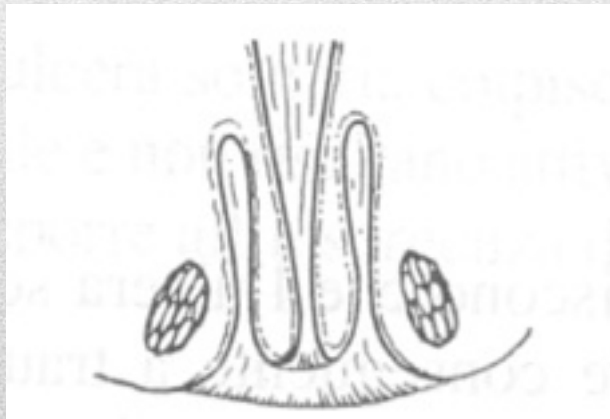
ODS: CAUSE FUNZIONALI



- Intussuscezione retto-rettale o retto-anale
- Rettocele

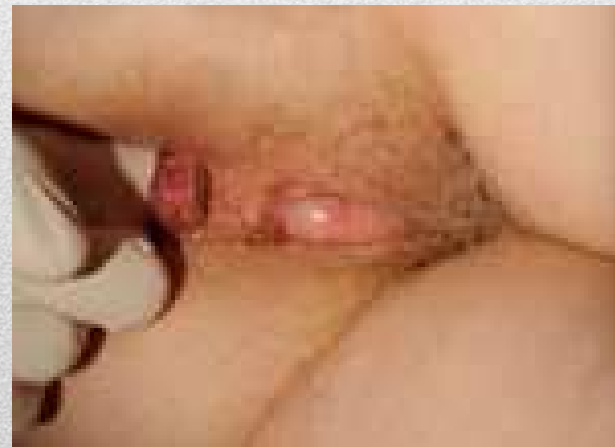
ODS: CAUSE MECCANICHE

- La mucosa del retto si prolassa creando un ostacolo al passaggio delle feci



PROLASSO RETTALE

Il rettocele è una dilatazione a forma di sacca della parete anteriore del retto appena al di sopra degli sfinteri anali, per una progressiva debolezza della parete rettale. Un rettocele con una profondità di 2-3 cm (dalla linea ideale del profilo del retto) è presente nell'80% delle donne ed è quindi un reperto normale.



RETTOCELE

Il rettocele rappresenta un'entità patologica quando le sue dimensioni diventano più ampie e quando si associa ad altre anomalie del retto come il prolasso rettale (o intussuscezione o invaginazione). In questi casi, infatti, spesso è presente una sindrome da ostruita defecazione.

RETTOCELE

- Nell'uomo la presenza della prostata appena anteriormente alla parete anteriore del retto impedisce la formazione di un rettocele.
- Dopo prostatectomia si può apprezzare la formazione di un rettocele anche nell'uomo.

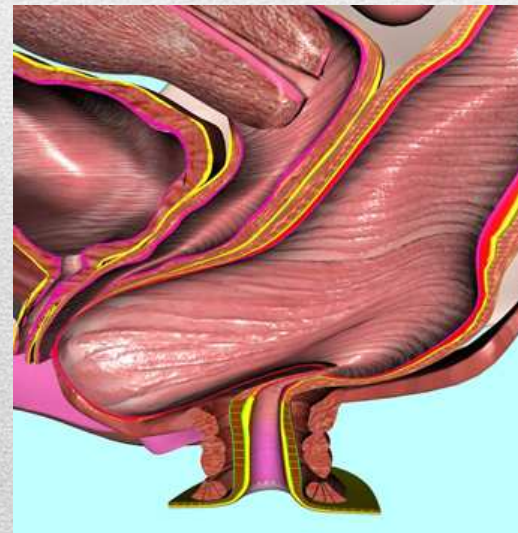
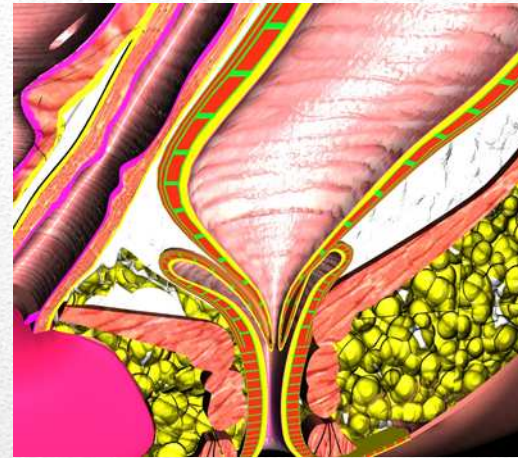
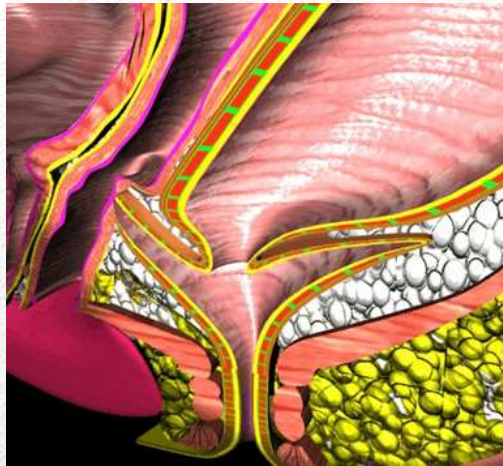


RETTOCELE

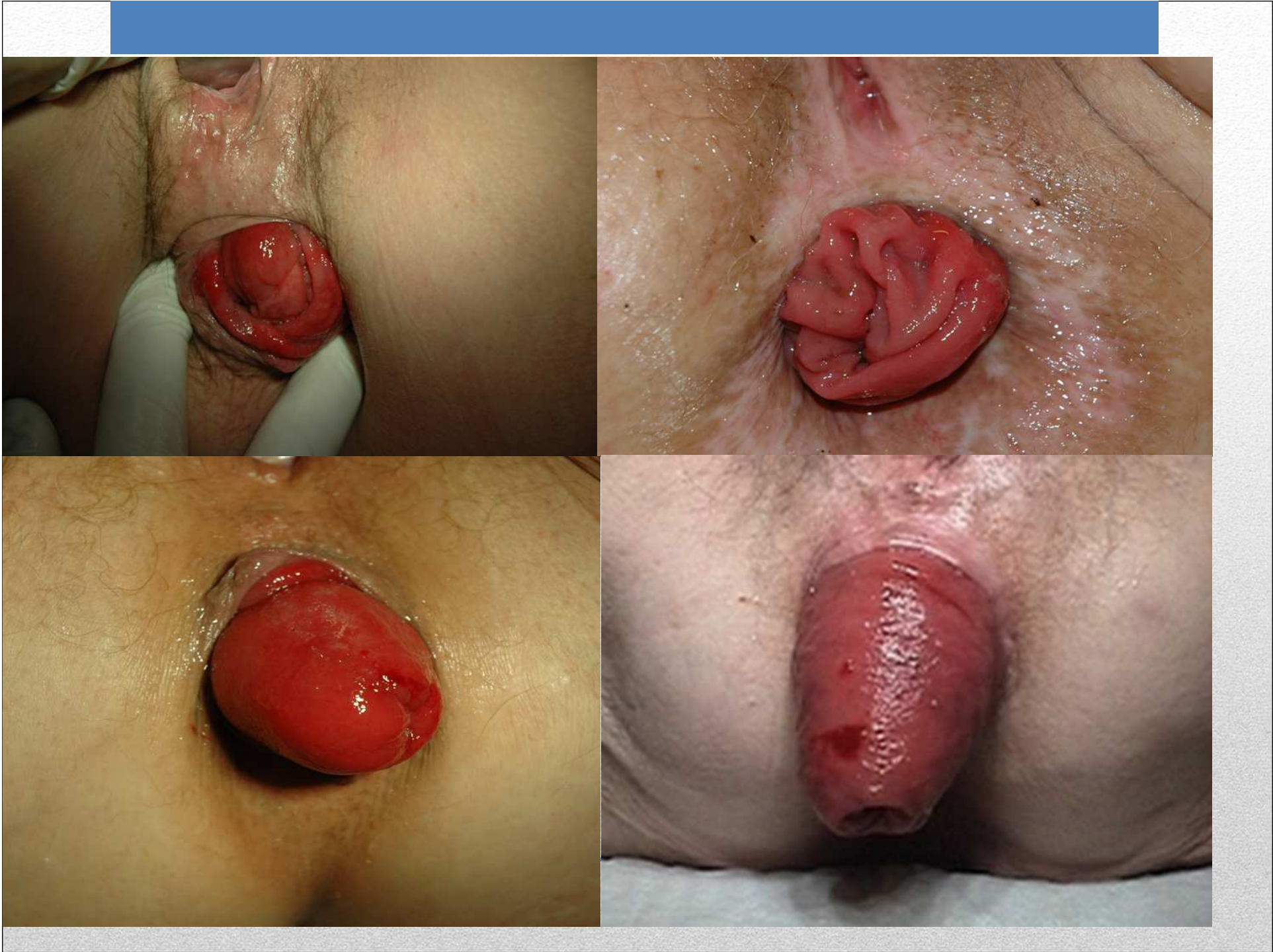
- Il cistocele è una patologica discesa della vescica che durante la minzione o durante le manovre di ponzamento per defecare fuoriesce attraverso le labbra vaginali.
- Non di rado un prollasso vescicale (cistocele) è presente in quadri patologici più ampi che coinvolgono l'intero pavimento pelvico, l'utero ed il retto.

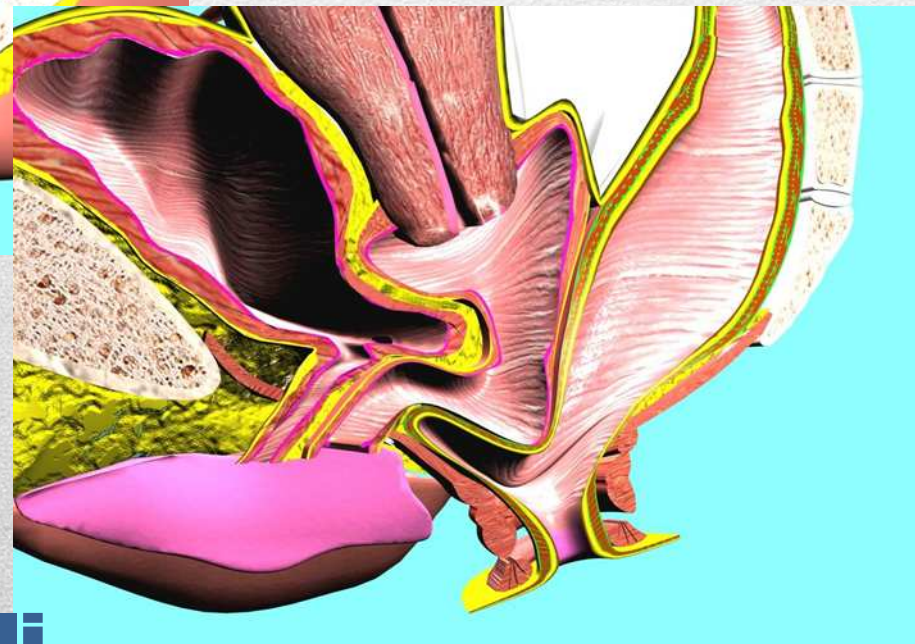
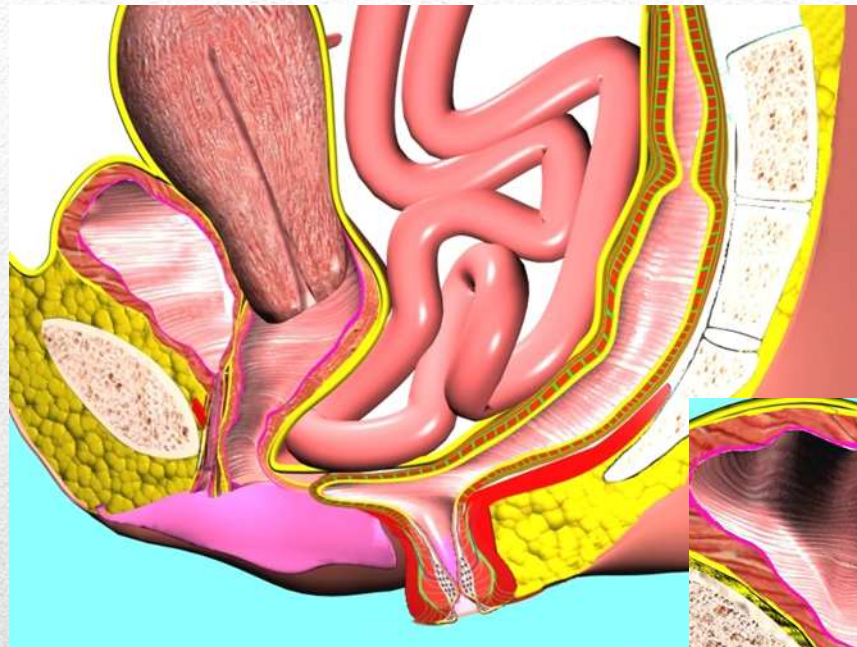


CISTOCELE



Cause rettali



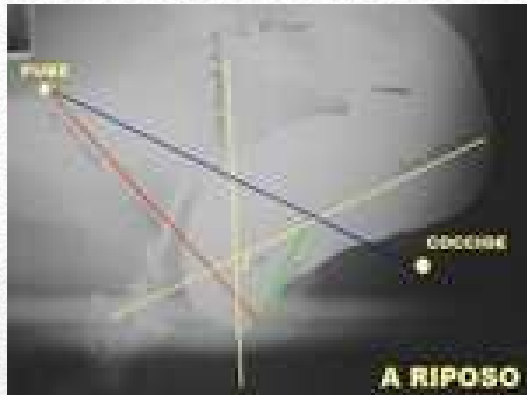


Cause extrarettali



- Anamnesi accurata e mirata
- E.O.
- Ano-rettoscopia

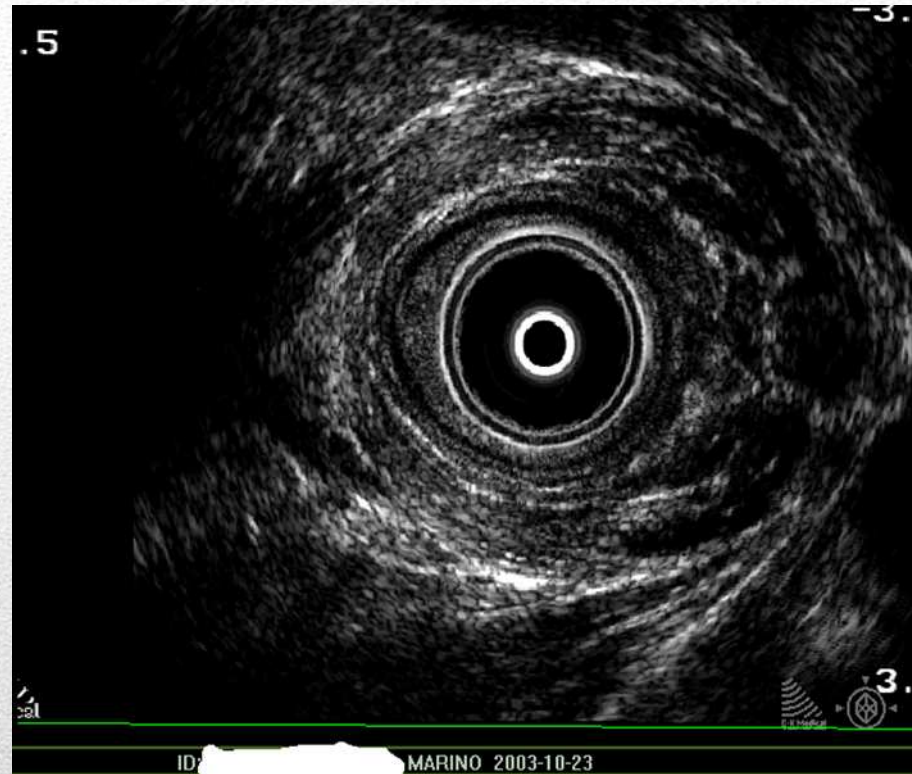
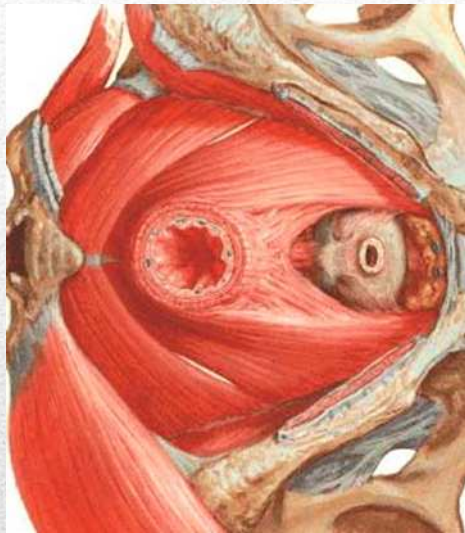
Iter diagnostico



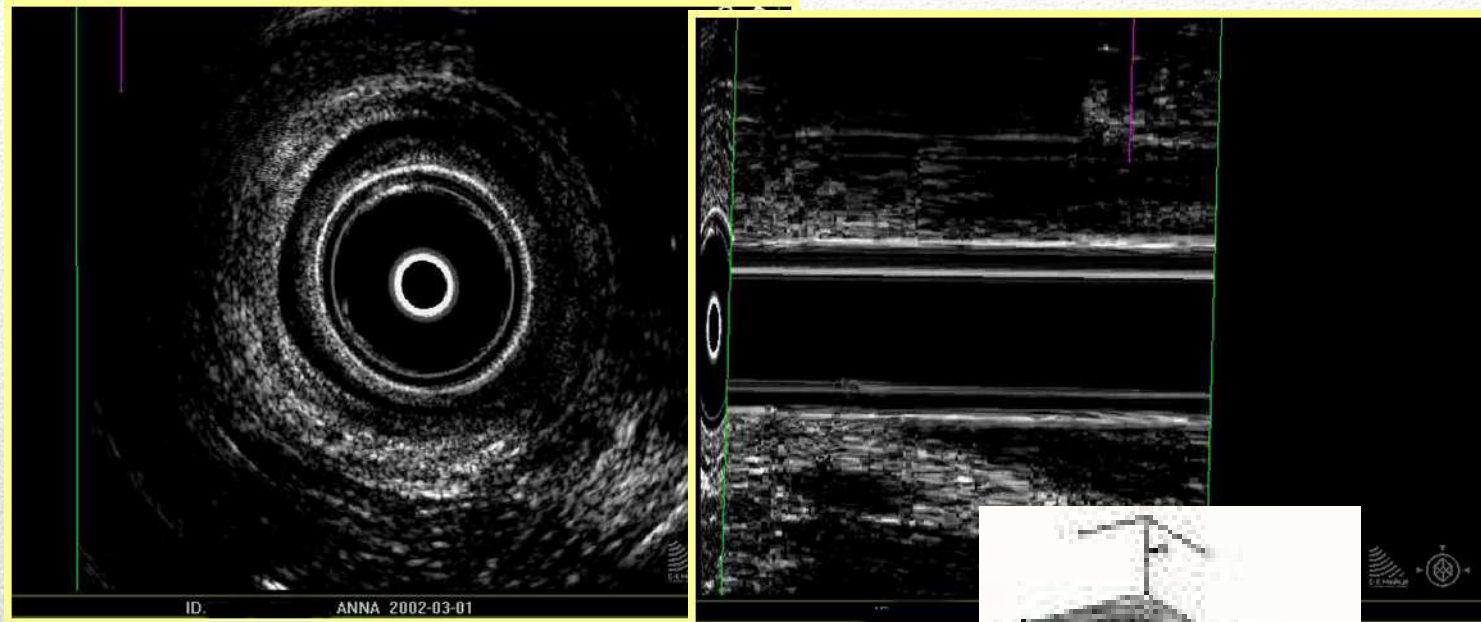
Rx defecografia



Ecografia endoanale



Ecografia endoanale

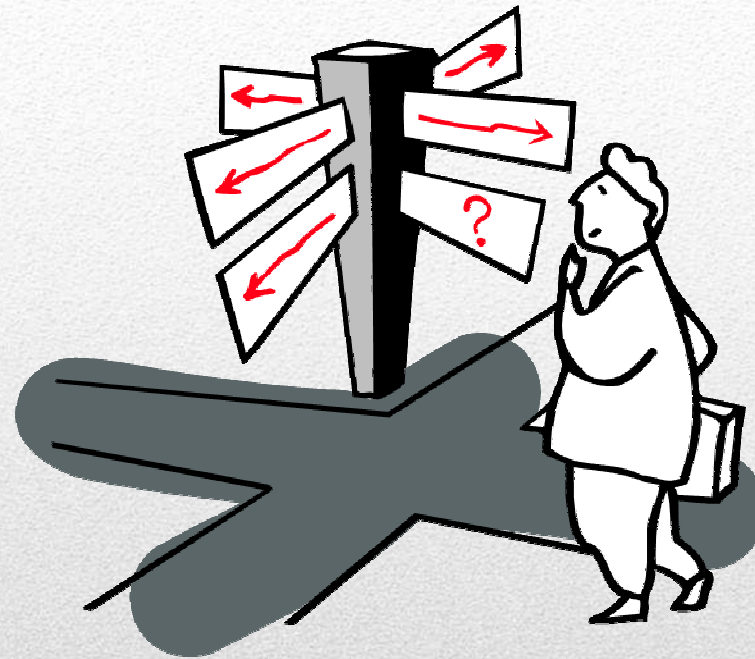


Ecografia endoanale

TEMPI DI TRANSITO INTESTINALE ?

RISONANZA MAGNETICA STATICA E DINAMICA ?

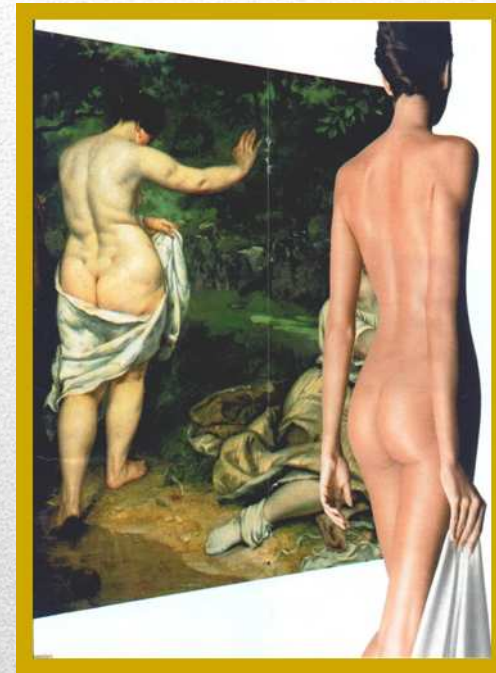
Ulteriori indagini?

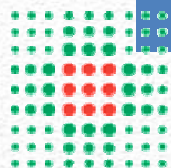


Operare o riabilitare?

Qualsiasi strada si decida di percorrere il **successo terapeutico** dipende:

- *selezione*
- *motivazione e collaborazione*
- *aspettative*





**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



*Grazie
per l'attenzione!*
