

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



università di ferrara
DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.

Seduta multidisciplinare

Nuovo Ospedale S.Anna – Cona, 23 novembre 2013

I prolassi della pelvi: aspetti funzionali e trattamento

G. Russo, I. Carmelo, R. Martinello, D. Marcello, S. Ascanelli

Azienda Ospedaliero-Universitaria Ferrara

Prolassi della pelvi

Stato dell'arte

- Condizione disabilitante ad alta incidenza e prevalenza con trattamento sub-ottimale e forte impatto socio-economico
- Non vi è la consapevolezza dell'ampia diffusione di questo problema di salute
- Vi è una comprensione scientifica limitata del problema
- Il trattamento chirurgico ha ancora risultati non soddisfacenti (29% di re-interventi)
- Le donne non cercano aiuto

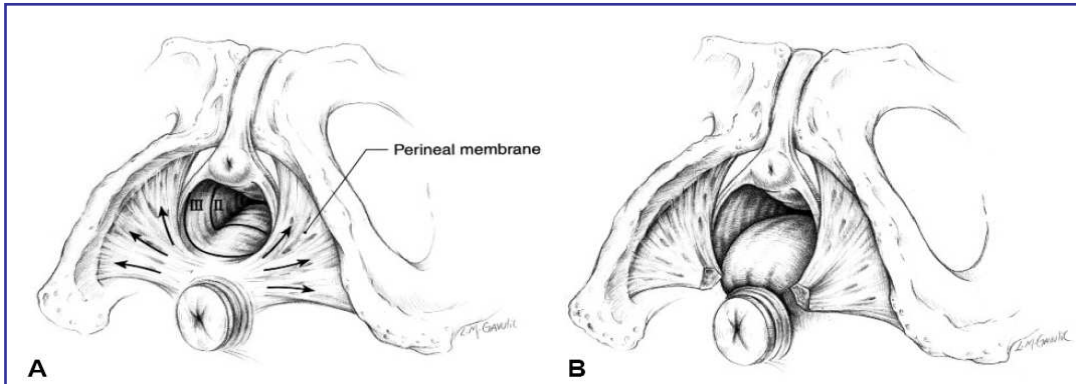
If treatment is improved by 25% and prevention by 25%, this could result in a dramatic impact on women's health.

J.O.L. DeLancey (2005)

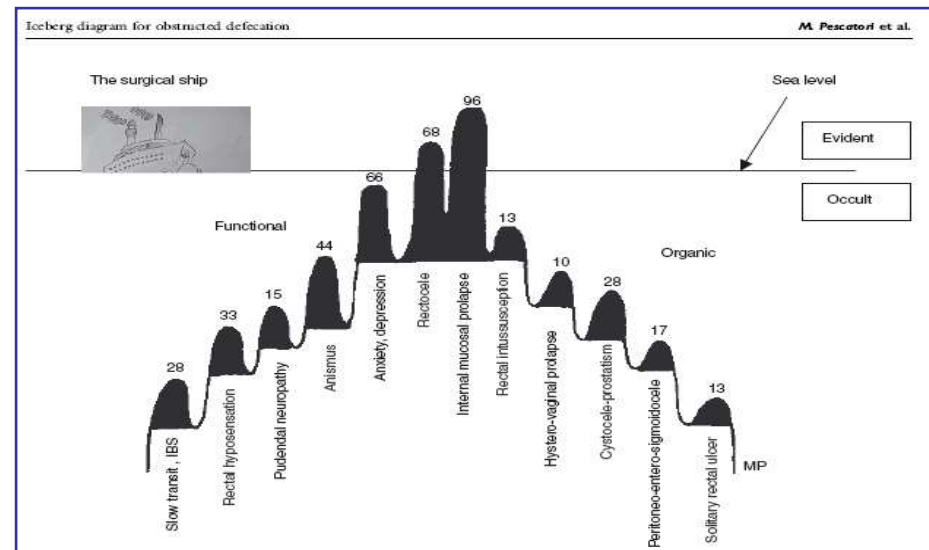
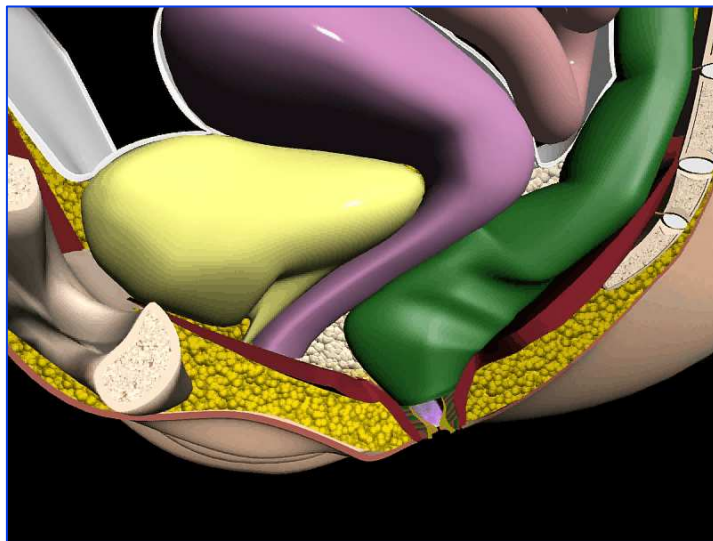
Compartimento posteriore



Difetti del compartimento posteriore

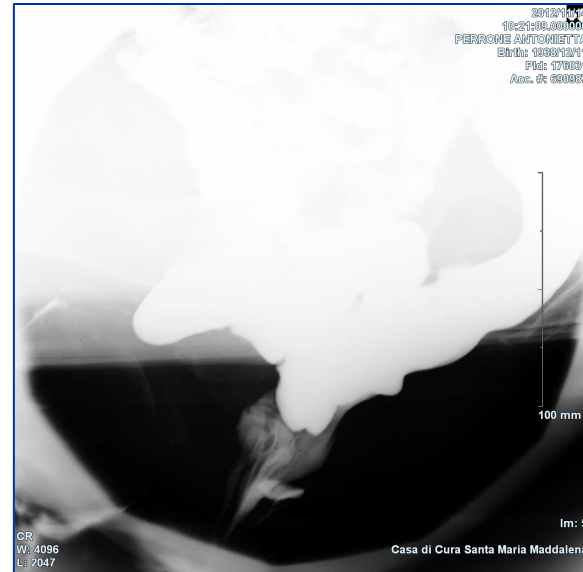


- Rettocele
- Intussuscezione retto-anale
- Enterocele
- Prolasso rettale
- Anismo o dissinergia

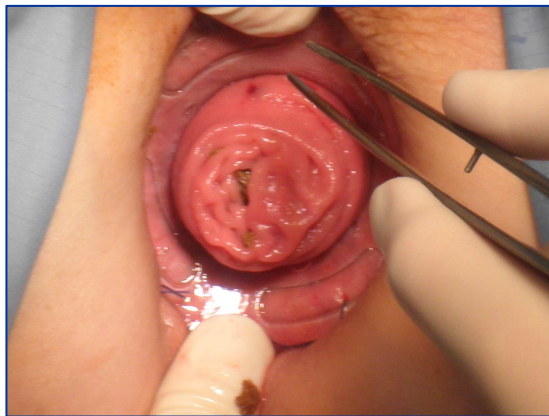


Pescatori M. *A prospective evaluation of occult disorders in obstructed defecation using the "iceberg diagram"*. *Colorectal Dis* 2007; Nyam DC. *Long-term results of surgery for chronic constipation*. *Dis Colon Rectum* 1997

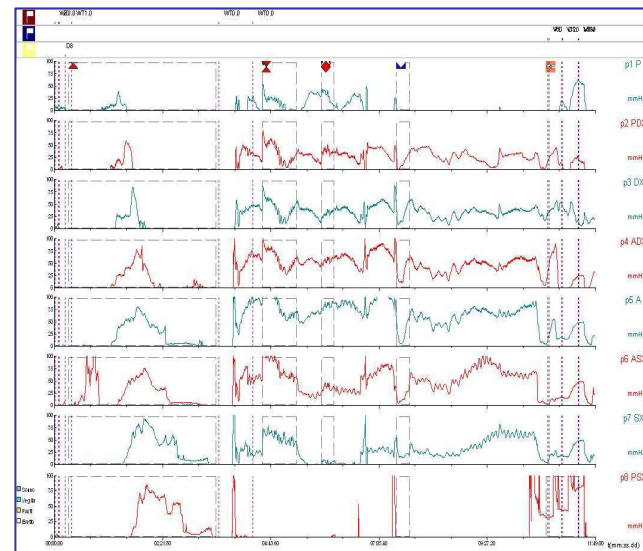
**Rettocele, invaginazione rettale,
enterocele**
Sindrome da ostruita defecazione



Prolasso vaginale, prolasso rettale esterno, incontinenza urinaria e fecale



Prolasso della volta vaginale, rettocele e enterocele



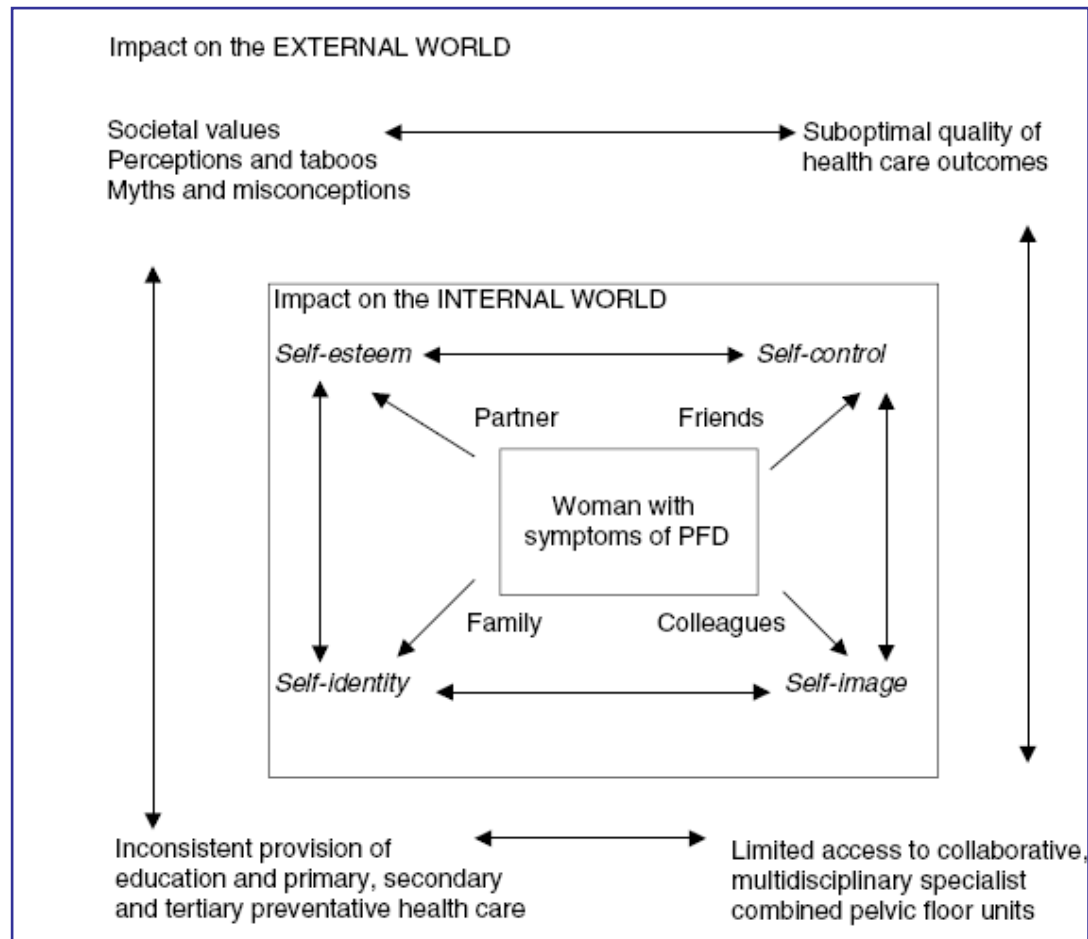
Il microcosmo femminile

“A woman’s perception of her feelings of self-consciousness, femininity, and physical and sexual attractiveness may be important emotional factors to consider in women suffering from advanced pelvic organ prolapse.”



Jelovsek JE. *Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life.* Am J Obstet Gynecol 2006.

Focalizzare l'attenzione sulla paziente (Patient-centred care)

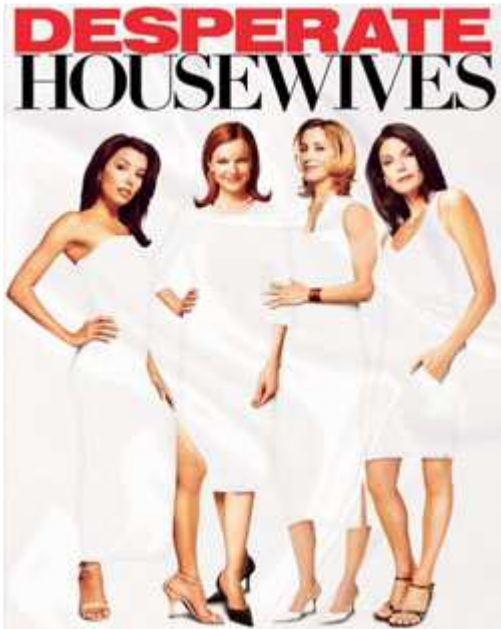


Elkadry EA. *Patient-selected goals: a new perspective on surgical outcome.* Am J Obstet Gynecol 2003

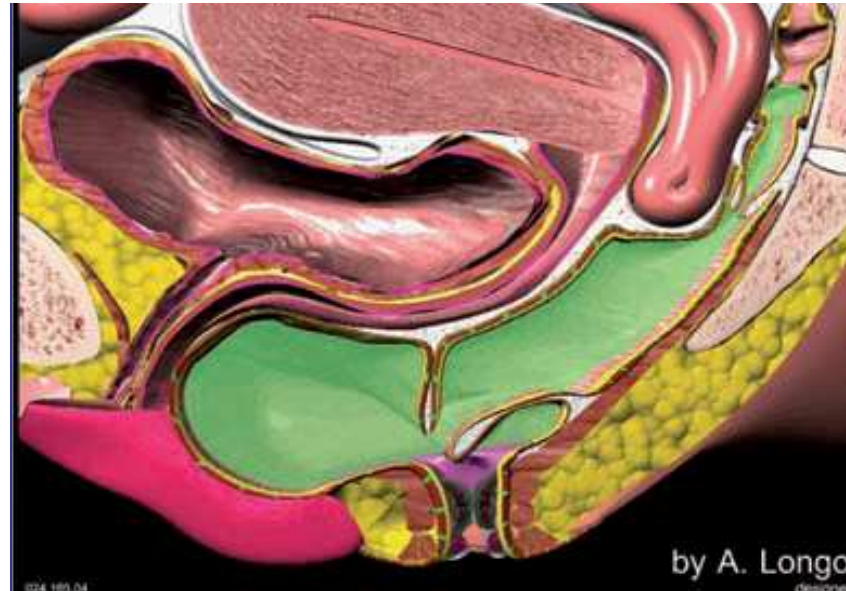
Stipsi
Sindrome da ostruita defecazione

Prolasso

Incontinenza fecale



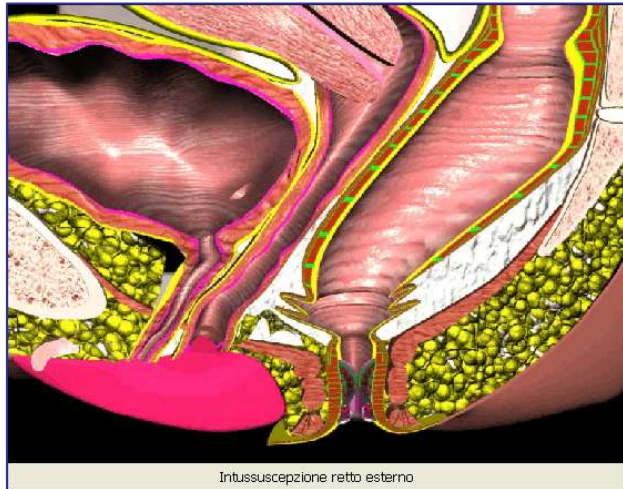
Sindrome da Ostruita Defecazione



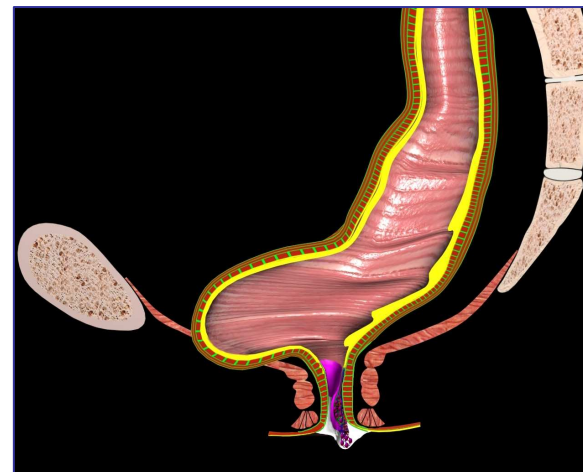
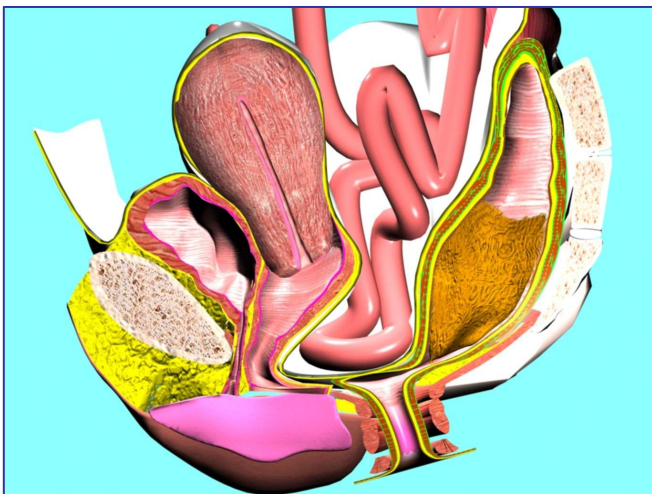
La formazione di una invaginazione retto-ale all'inizio dello *straining* (invaginazione precoce) impedisce l'evacuazione e costringe i pazienti alla digitazione rettale e/o vaginale e all'uso di clisteri evacuativi.

Quasi tutti i pazienti con ostruita defecazione presentano un'incoordinazione dei muscoli del pavimento pelvico (dissinergia).

Sindrome da Ostruita Defecazione

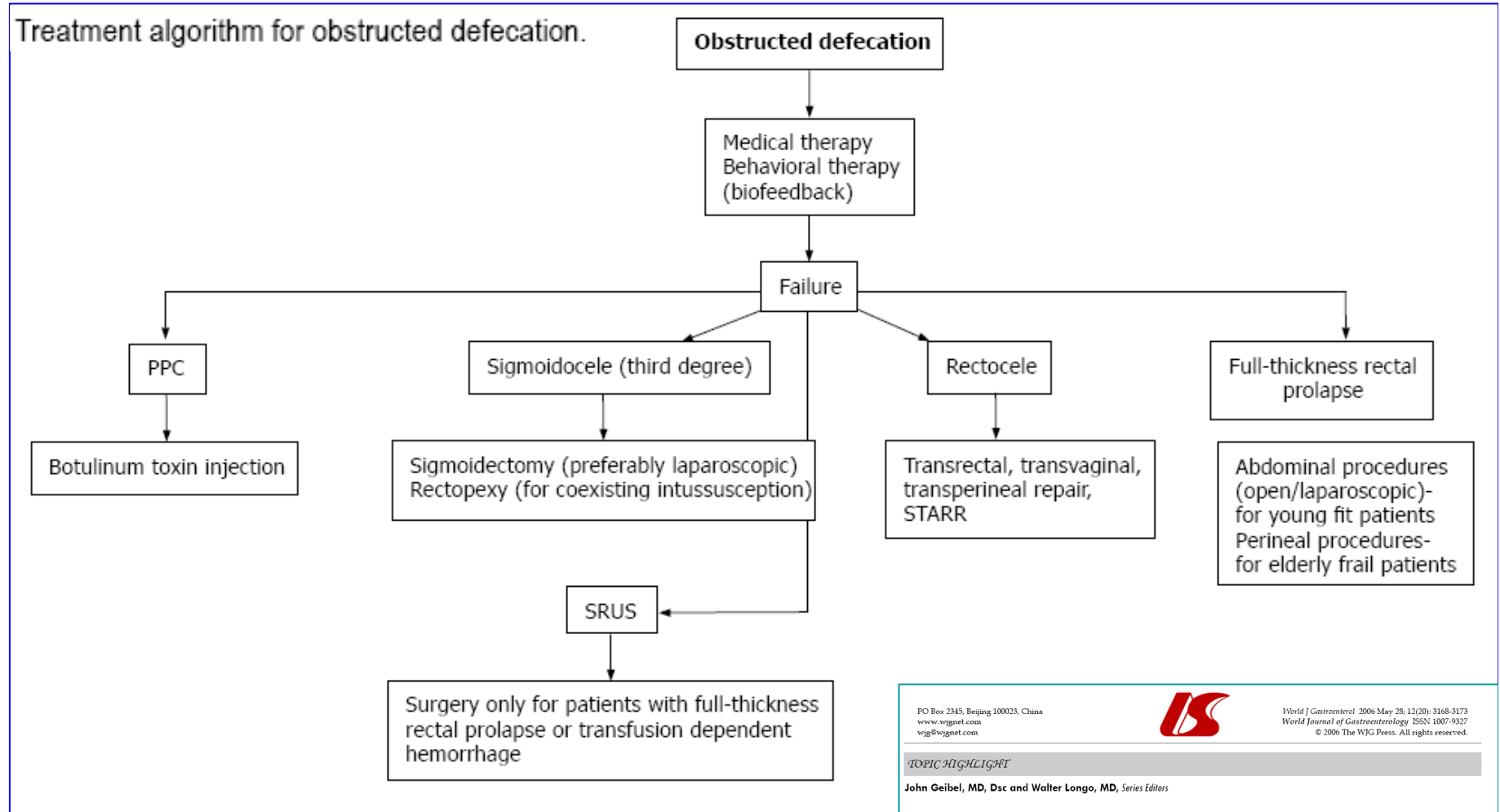


- Rettocele
- Prolasso mucoso, muco-emorroidario
- Intussuscezione retto-rettale o retto-anale
- Prolasso rettale
- Enterocele
- Sigmoidocele
- Ulcera solitaria del retto
- Sindrome del perineo discendente



Sindrome da ostruita defecazione

Trattamento



PO Box 2345, Beijing 100023, China
www.wjgnet.com
wjg@wjgnet.com



World J Gastroenterol 2006 May 28; 12(20): 3168-3173
World Journal of Gastroenterology ISSN 1007-9327
© 2006 The WJG Press. All rights reserved.

TOPIC HIGHLIGHT

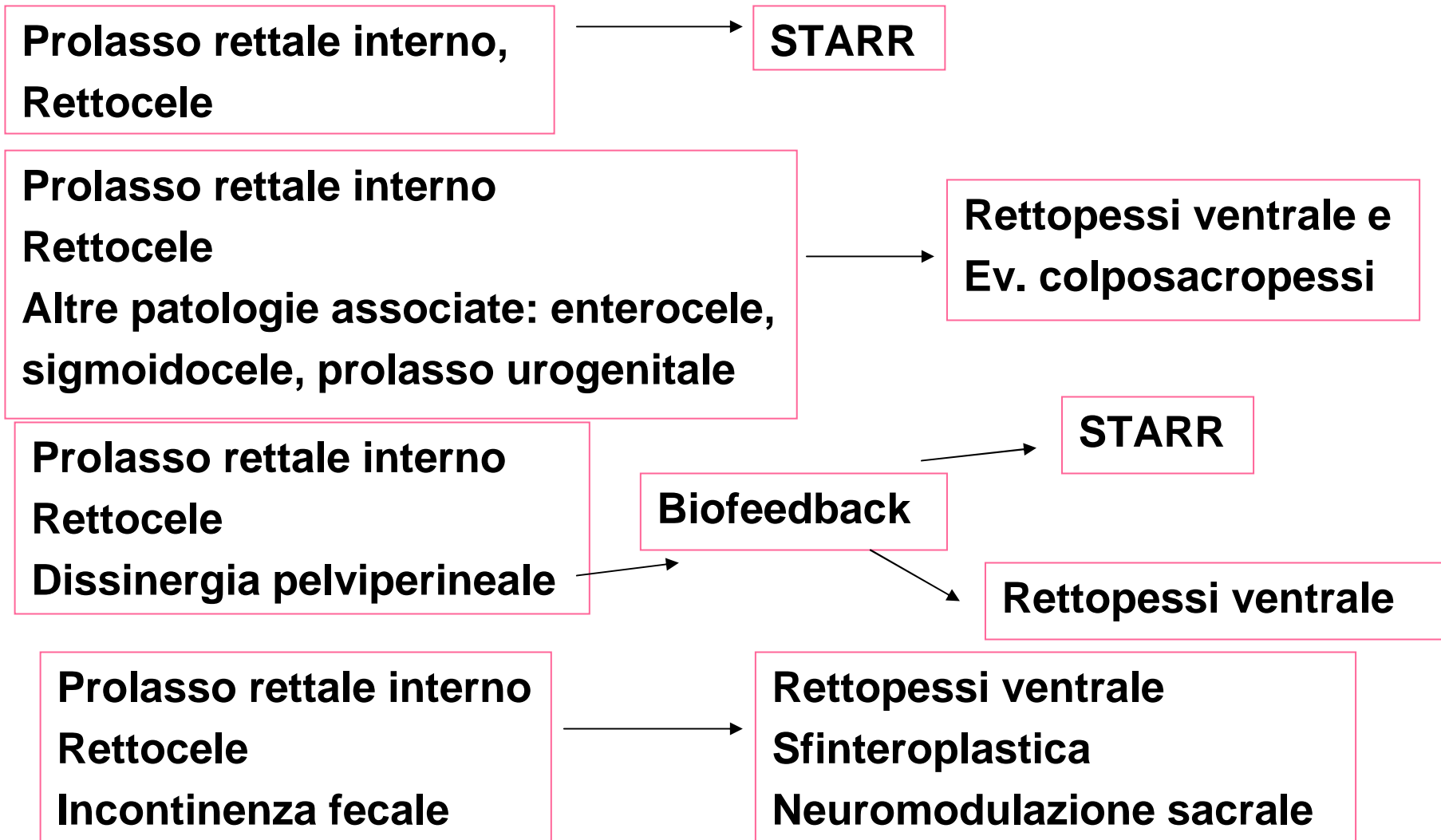
John Geibel, MD, Dsc and Walter Longo, MD, Series Editors

Treatment strategies in obstructed defecation and fecal incontinence

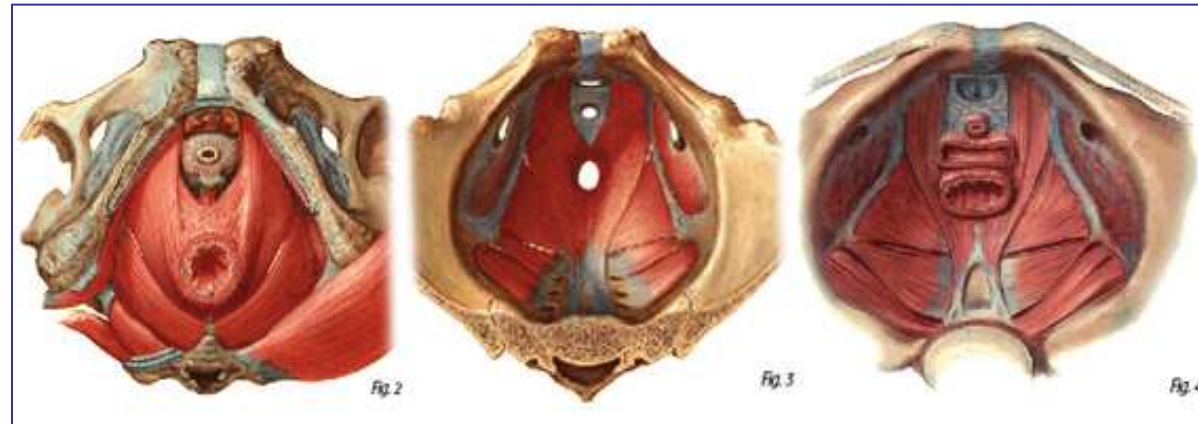
Marat Khaikin, Steven D Wexner

Disordini complessi del pavimento pelvico

Trattamento



Riabilitazione del pavimento pelvico

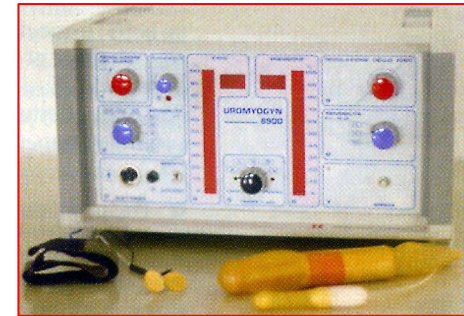


Terapia comportamentale



Riabilitazione del pavimento pelvico Biofeedback ed elettrostimolazione

Funziona! Miglioramenti fino all'80%



- Biofeedback: esperienza interattiva dove il paziente impara a regolare una funzione fisiologica non controllata con impulsi visivi o uditivi di rinforzo
- GOAL: migliorare la capacità di contrarre e rilasciare volontariamente lo sfintere anale esterno e il muscolo puborettale in risposta alla distensione del retto
- Strength training: migliora la forza dei muscoli del pavimento pelvico
- Sensory training: migliora la sensibilità (abilità nel percepire le differenti distensioni rettali)
- Coordination: coordinare l'azione dei muscoli in risposta alla distensione rettale (contrazione e rilassamento)

Chiarioni G et al. Biofeedback is superior to laxatives for normal transit constipation due to pelvic floor dyssynergia. Gastroenterology 2006. Chiarioni G. Biofeedback benefits only patients with outlet dysfunction, not patients with isolated slow transit constipation. Gastroenterology 2005.

Disordini complessi del pavimento pelvico

Trattamento chirurgico

Approccio combinato perineale transvaginale e transanale

Approccio sequenziale (in due tempi)

Approccio combinato addominale (rettopessi ventrale e colposacropessi)

Approccio combinato addominale e perineale

Pochi studi in letteratura sugli approcci combinati, soprattutto per via perineale

Nieminen K. *Transanal or Vaginal Approach to Rectocele Repair: A Prospective, Randomized Pilot Study*. Dis Colon Rectum 2004

Maher C. *Surgical management of posterior vaginal wall prolapse: an evidence-based literature review*. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2006

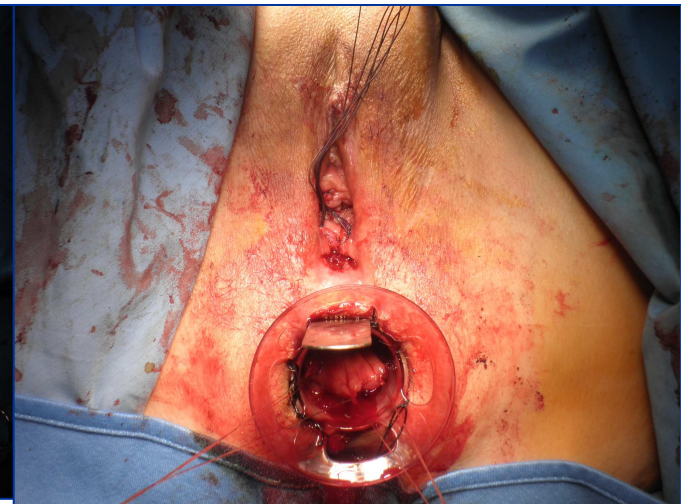
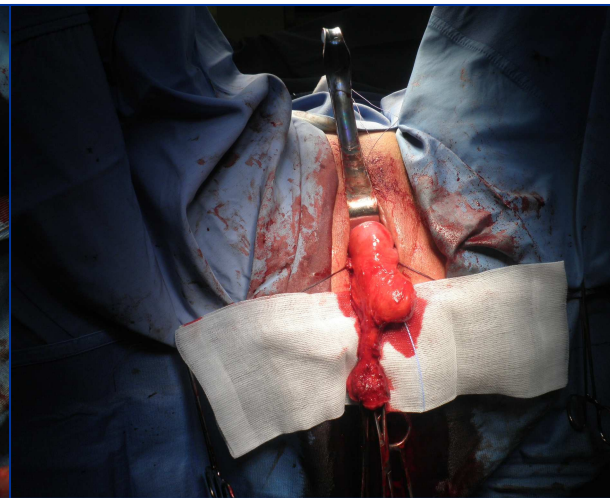
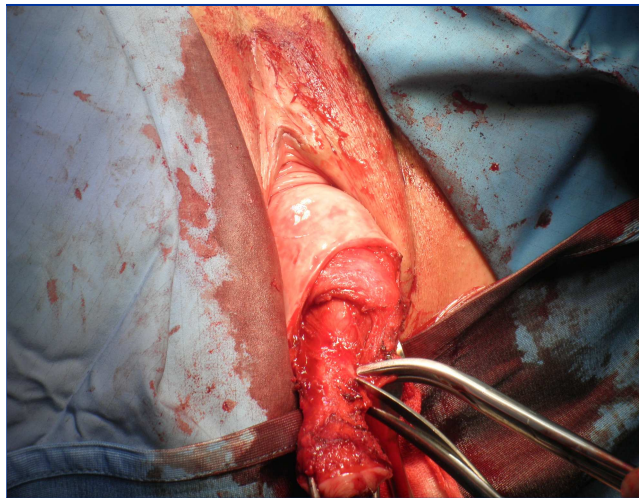
Sagar PM. *Feasibility and Functional Outcome of Laparoscopic Sacrocolporectopexy for Combined Vaginal and Rectal Prolapse*. Dis Colon Rectum 2008

Slawik S. *Laparoscopic ventral rectopexy, posterior colporrhaphy and sacrocolpopexy for the treatment of recto-genital prolapse and mechanical outlet obstruction*. Colorectal Dis 2008

Prolasso vaginale di III grado, cistocele, rettocele, enterocele e invaginazione rettale III grado

Intervento chirurgico combinato

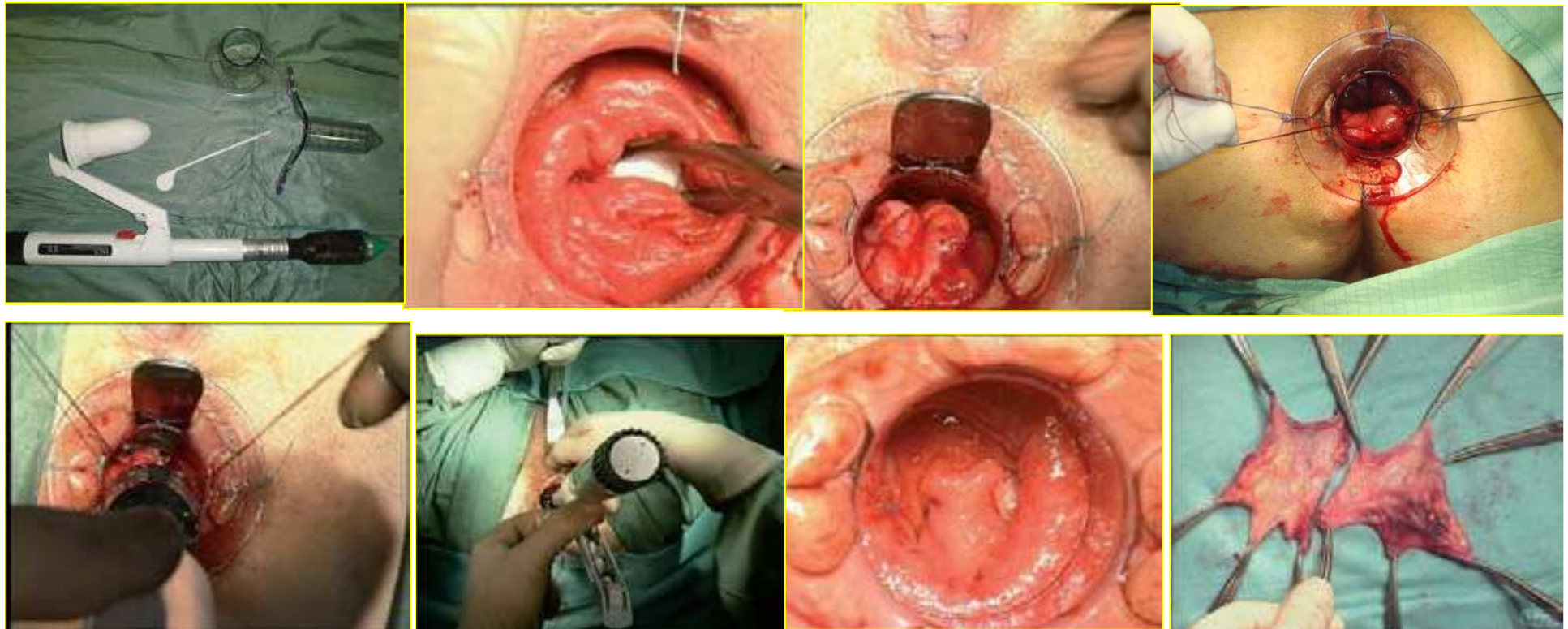
- Colpoisterectomia totale, McCall culdoplastica, uretrocistopessi sec. Kelly, colporaffia anteriore e posteriore
- STARR



Intervento di STARR

stapled transanal resection rectopexy

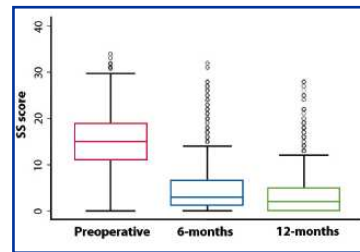
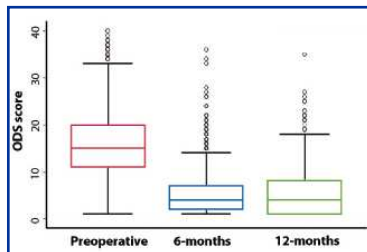
La **S.T.A.R.R.** ideata dal Dr. Antonio Longo è indicata nei pazienti con sindrome da ostruita defecazione per presenza di **rettocele** e/o **invaginazione retto-rettale o retto-anale** nei quali lo score di ODS sia elevato ed i sintomi così severi da interferire in maniera significativa con la qualità della vita



Intervento di STARR

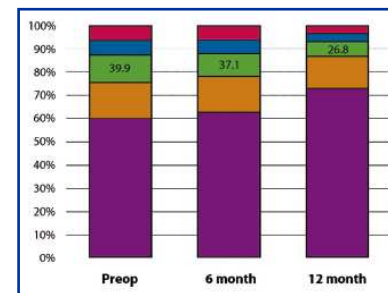
Vantaggi

- Notevole miglioramento della ODS (>85%)
- Riduzione intensità e durata dolore post-operatorio
- Rispetto di tutta la porzione sensibile del canale anale
- Riduzione rischio incontinenza temporanea
- Rapida ripresa attività lavorativa



Svantaggi

- Urgenza defecatoria (10-20%)
- Complicanze: sanguinamento (2-12%), dolore pelvico cronico, stenosi anastomotica, deiscenza anastomotica, fistola retto-vaginale, incontinenza fecale
- Recidiva (rettocele: 29%; invaginazione: 28%)
- Elevato costo stapler

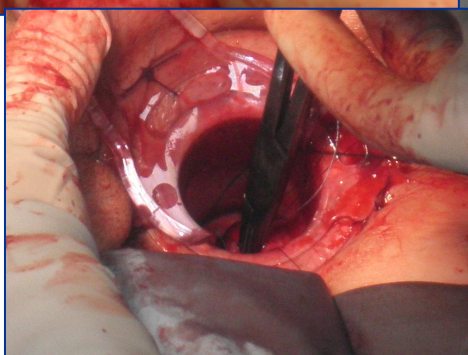
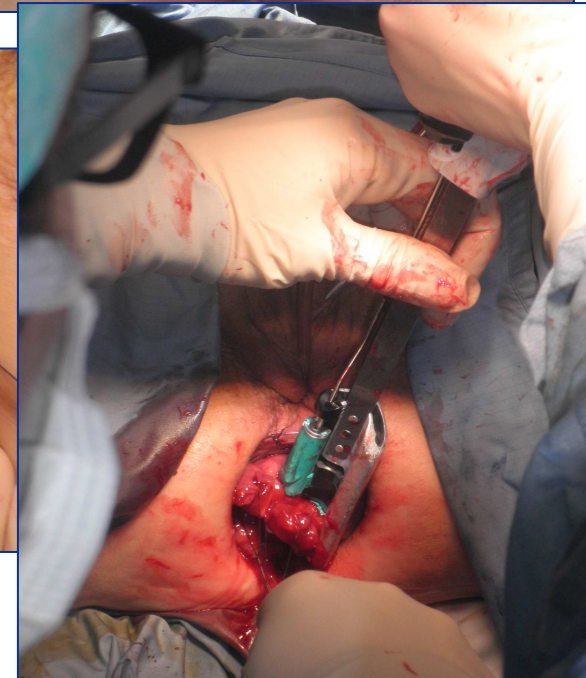
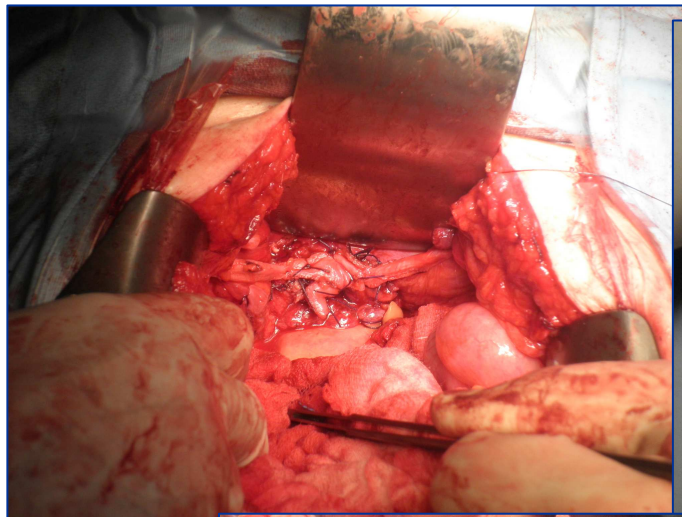


Boccasanta P. Stapled Transanal Rectal Resection for Outlet Obstruction: a prospective, multicentric trial. Dis Colon Rectum 2004 Ellis CN. Stapled Transanal Rectal Resection (STARR) for Rectocele. J Gastrointest Surg 2007; Jayne DG. Stapled transanal rectal resection for obstructed defecation syndrome: one year results of the European STARR registry. Dis Colon Rectum 2009

Prolasso vaginale di III grado, prolasso rettale esterno, incontinenza urinaria e fecale

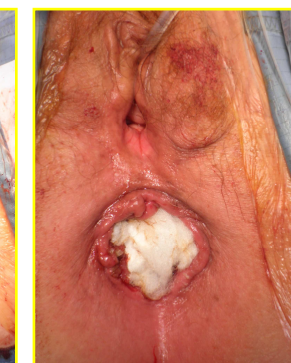
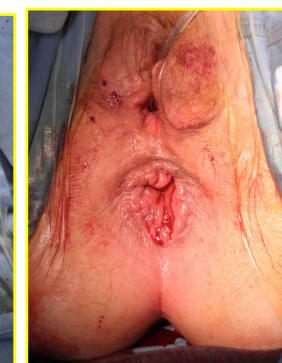
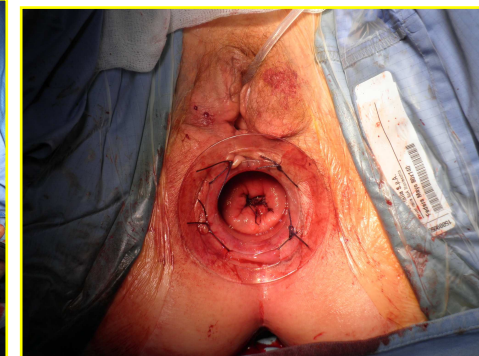
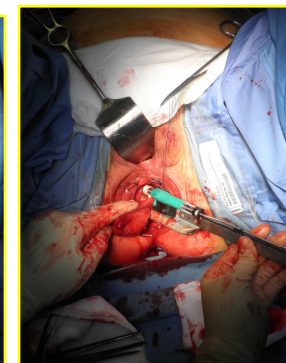
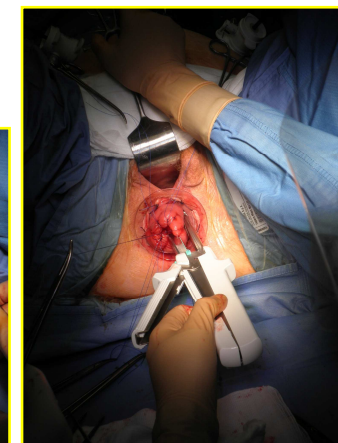
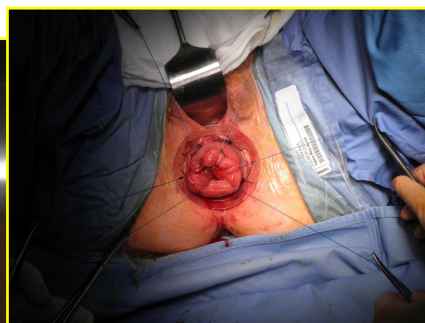
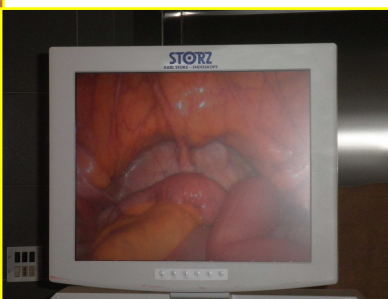
Intervento chirurgico combinato

Isteroannessiectomia bilaterale,
sospensione della volta vaginale
TRANSTARR



Intervento di TRANSTARR

Metodica chirurgica moderna che sulla scorta delle precedenti esperienze, con il contributo determinante della suturatrice curva (Contour ccs 30), consente di trattare la sindrome da ostruita defecazione causata dal prolasso rettale, dal rettocele e dalla invaginazione retto-ale in modo misurato e calibrato per ogni paziente.



Intervento di STARR con TRANSTARR

Vantaggi

- La nuova suturatrice meccanica curva a differenza delle precedenti (PPH01/03) rende possibile l'asportazione su misura del prollasso rettale non avendo un serbatoio contenitore (Maggior resecato)
- Identica efficacia di STARR su ODS score (>85%)
- Riduzione rischio incontinenza temporanea
- Rapida ripresa attività

Svantaggi

- Urgenza defecatoria (10-20%)
- Complicanze: sanguinamento (2-3%), dolore pelvico cronico, stenosi anastomotica, deiscenza anastomotica, fistola retto-vaginale
- Elevato costo stapler: suturatrice e 5-8 cariche

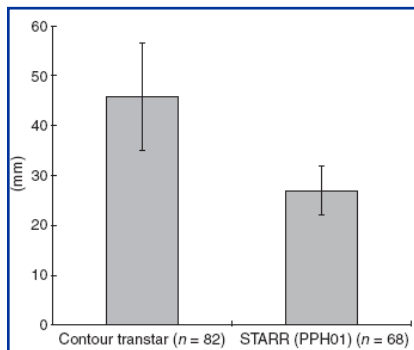


Table 5 Incontinence scores, preoperative and at 12-month follow-up, in the PPH-STARR and Contour Transtar groups.

	Preoperative	12-month follow-up
Cleveland Constipation Score (CCS, 0-31 pts)		
STARR	15.50	8.25
Contour Transtar	15.70	8.01
Longo's OD Score (0-26 pts)		
STARR	17.62	6.06
Contour Transtar	17.69	5.66
Cleveland-clinical Score of incontinence (CCIS, 0-20 pts)		
STARR	4.19	3.82
Contour Transtar	3.99	4.04

Table 3 Complications after PPH-STARR and Contour Transtar.

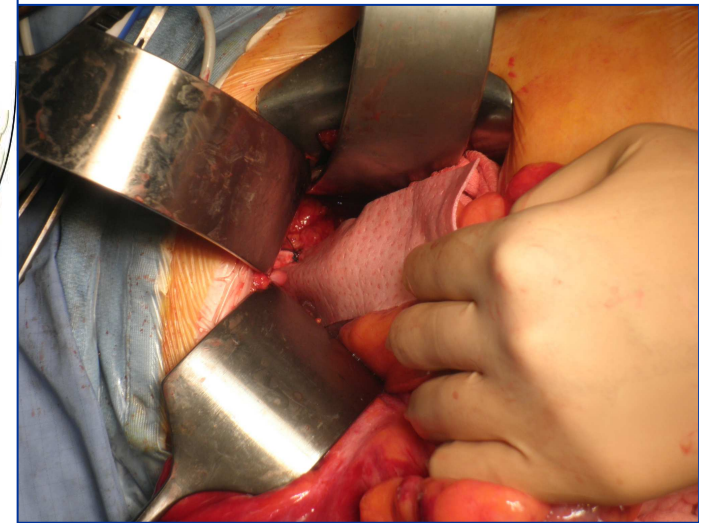
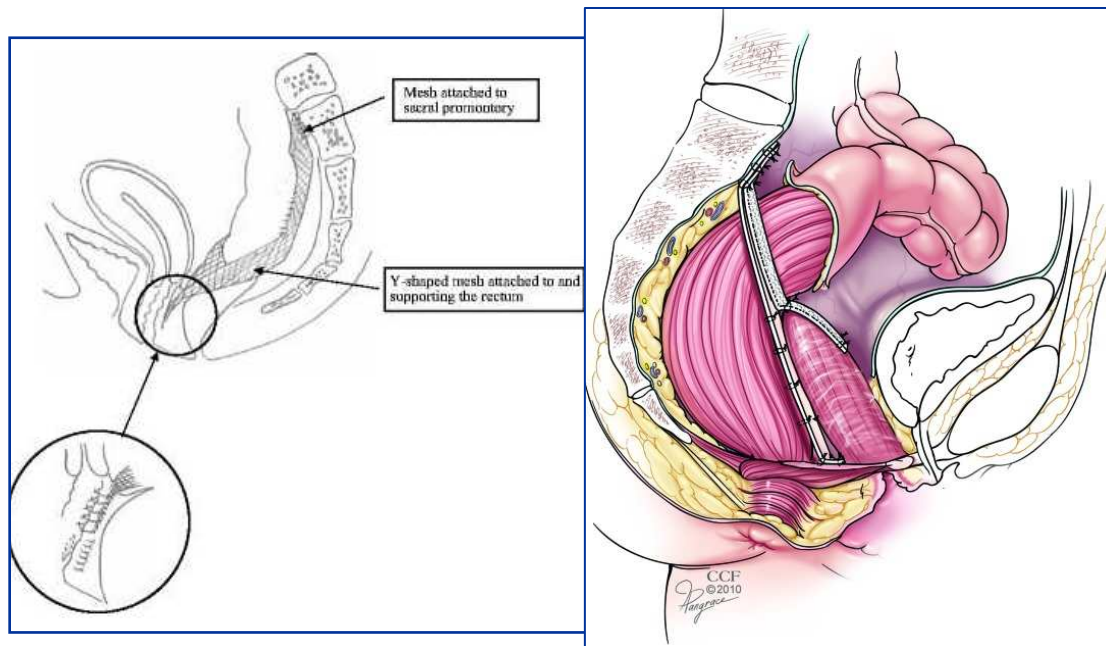
	PPH-STARR (n = 68)	Contour Transtar (n = 82)
Complications n (%)		
Anal pain	1 (3)	3 (3)
Acute urinary retention	1	1 (1)
Bleeding/haematoma	2 (3)	2 (3)
Staple line dehiscence	1 (2)	0
Anastomotic stenoses	0	0
Rectovaginal fistula	0	0
Mortality	0	0

Isbert C. Comparative study of contour transtar and STARR procedure for the treatment of obstructed defecation syndrome (ODS)- feasibility, morbidity and early functional results. Colorectal Dis 2010

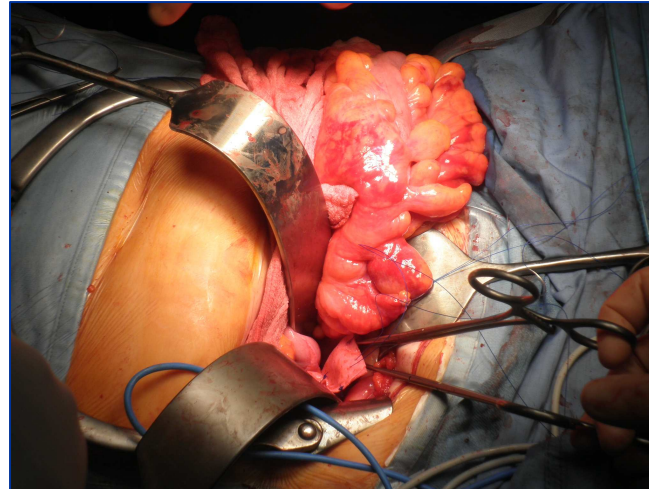
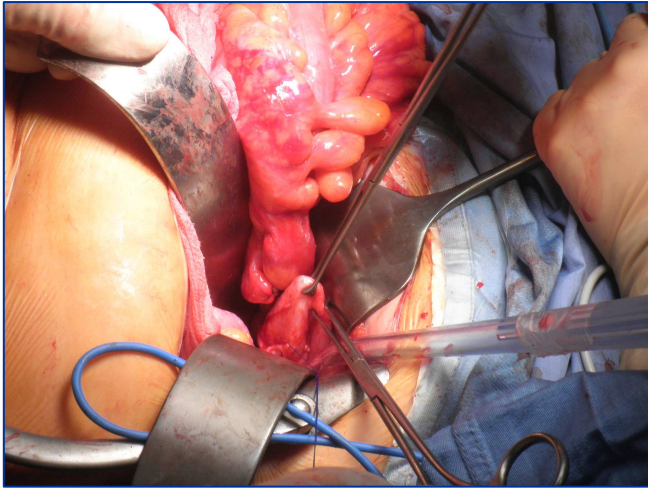
Prolasso della volta vaginale di IV grado, enterocele e rettocele

Intervento chirurgico combinato

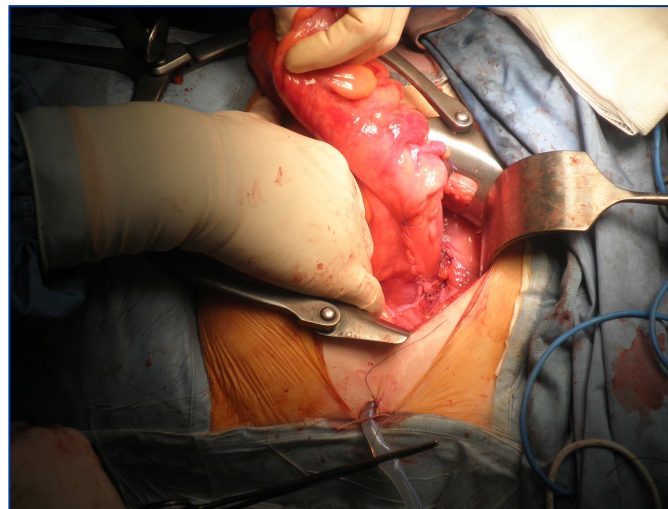
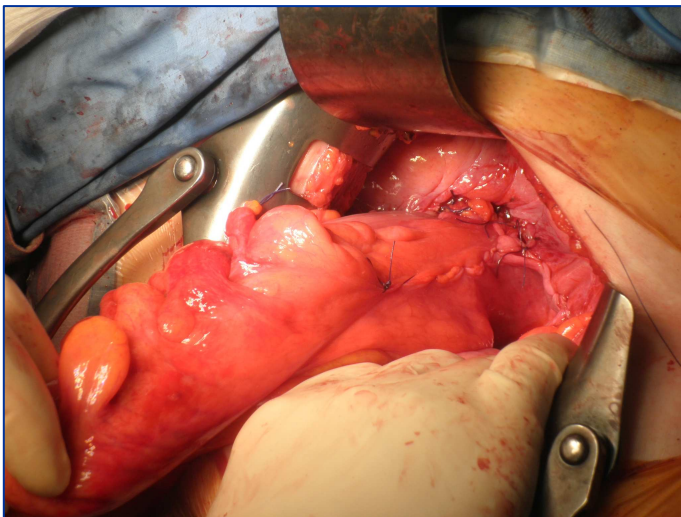
Rettopessi ventrale con protesi biologica Permacol; colposacropessi con protesi biologica Permacol; annessiectomia bilaterale



Rettopessi ventrale con protesi biologica



**Colposacropessi
con protesi
biologica**



**Chiusura del
Douglas**



Rettopessi ventrale

Indicazioni

- Prolasso rettale completo (full-thickness)
- Intussuscezione rettale con o senza prolasso rettale completo
- Rettocele e/o enterocele con intussuscezione rettale
- Perineo iperdisceso con rettocele o intussuscezione rettale
- Prolasso vaginale associato

Vantaggi

- Risultati funzionali ottimi (scomparsa ODS fino all'80%, miglioramento di incontinenza fecale nel 36-54%)
- Riduzione della recidiva (2-4,8%)
- Preservazione della innervazione del retto
- Consente un lifting del compartimento medio, correggendo eventuale enterocele e prolasso vaginale
- Possibilità di associare colposacropessi
- Non controindica successive resezioni per via transanale

Svantaggi

- New-onset stipsi postoperatoria (7-41%)
- Complicanze: infezione della mesh, erosione vaginale della mesh (5%), distacco della mesh, sanguinamento, infezioni urinarie
- Costo elevato della mesh biologica

D'Hoore A et al. Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse. Br J Surg 2004.
D'Hoore A et al. Laparoscopic ventral recto(colpo)pexy for rectal prolapse: surgical technique and outcome for 109 patients. Surg Endosc 2006.

Cosa possiamo fare per la salute delle donne con prolapsi della pelvi?

Migliorare la prevenzione



- Parto
- BPCO
- Età
- Obesità
- Fumo
- Menopausa

*Si, è vero,
ma come?*

Migliorare il trattamento



Chirurgia ricostruttiva pelvica: conoscere esattamente la disfunzione pelvica della paziente (studio diagnostico accurato e tailored surgery)



Handa VL. Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol 1996.

J.O.L. DeLancey (2005)

Cos'è importante per le pazienti con prolapsi della pelvi?

- Sapere che i loro sintomi “volgari” (come la perdita di urine e feci, la necessità di manipolazione digitale nel retto per consentire l'evacuazione, l'impossibilità di avere rapporti sessuali, etc..) sono causati da malattie reali e non psicologiche
 - Sapere che la loro malattia è molto diffusa
 - Sentirsi parte di un gruppo che ha gli stessi problemi
 - Sapere che esiste una soluzione (medica o chirurgica) per i loro problemi
 - Conoscere i Centri che possono offrire una soluzione adeguata



Conclusioni

- I prolassi della pelvi sono condizioni complesse, disabilitanti ad alta incidenza e prevalenza con un forte impatto socio-economico.
- Il trattamento di queste patologie è possibile, sicuro e non doloroso. Le donne possono migliorare la loro qualità di vita.
- Sono in corso progetti di ricerca (anche attraverso l'ingegneria biomeccanica e tecniche innovative di imaging) con lo scopo di ampliare le conoscenze sulle cause e il trattamento dei prolassi della pelvi per adattare il trattamento chirurgico alla situazione specifica di ciascuna paziente (tailored surgery).
- I prolassi della pelvi possono e devono essere prevenuti.
- E' necessario un approccio multidisciplinare!

PERCORSO PELVI

Attività clinica multidisciplinare: Urologia, Ginecologia, Clinica Chirurgica

Cose già fatte

(febbraio 2012-novembre 2013):

- ✓ Attivata la visita perineologica (uro-ginecologica-proctologica) ambulatoriale congiunta presso l'ambulatorio di Urodinamica il 1° e 3° venerdì di ogni mese, assistita dalle infermiere dell'ambulatorio di Urodinamica (8-10 pazienti al mese)
- ✓ Visitate 150 pazienti con disfunzioni complesse del pavimento pelvico (prolasso rettale, uterino o vescicale, enterocele, incontinenza urinaria o anale)
- ✓ Arruolate 60 pazienti per intervento chirurgico combinato addominale o perineale
- ✓ Percentuale di pazienti operate 14%

Cose da fare

(entro febbraio 2014):

- Costituzione di un PDTA (percorso diagnostico-terapeutico) aziendale ed inter-aziendale
- Attivazione di sedute operatorie dedicate settimanali per interventi combinati
- Attivazione di un centro di costo per la prestazione specialistica (referto SAP)
- Comunicazione interna ed esterna, promozione del servizio anche attraverso i media

Obiettivi strategici:

- migliorare l'efficacia del trattamento
- ottimizzazione dei servizi
- facilitare le pazienti
- ridurre i costi

