



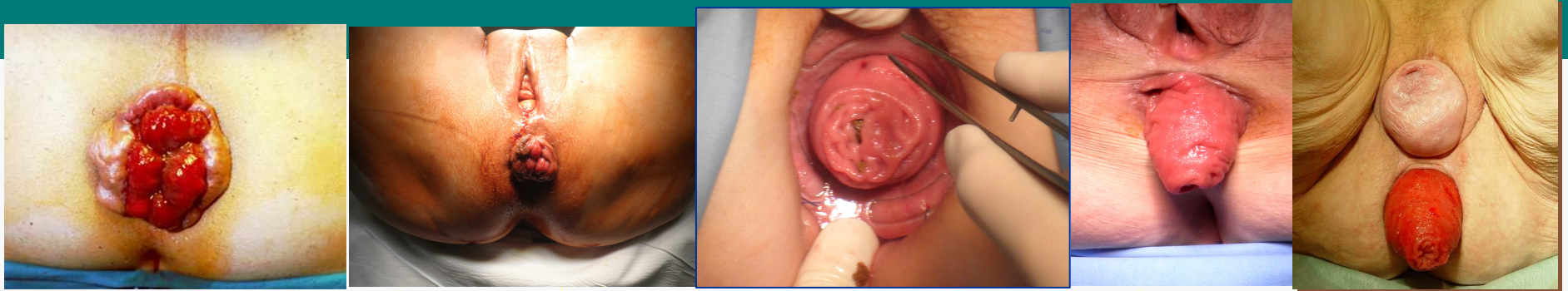
**Management delle disfunzioni del
pavimento pelvico**

**TRATTAMENTO CHIRURGICO
DEL PROLASSO RETTALE:
DALL'APPROCCIO TRANSANALE
ALLE TECNICHE CHIRURGICHE
LAPAROSCOPICHE AVANZATE CON
PROTESI.**

**SIMONA ASCANELLI
DANIELE MARCELLO**

**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA FERRARA
Dipartimento Chirurgico
(Direttore: Prof. Cavallesco)**

Il continuum del prolasso anorettale



Teoria unitaria del prollasso anorettale

Proposta da A. Longo

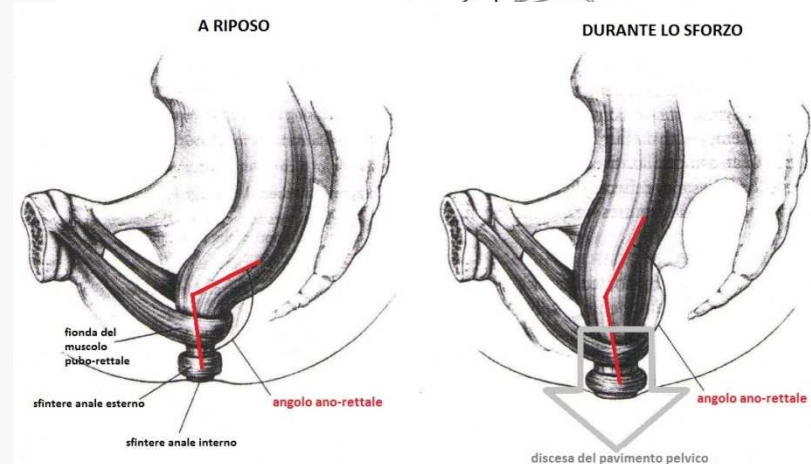
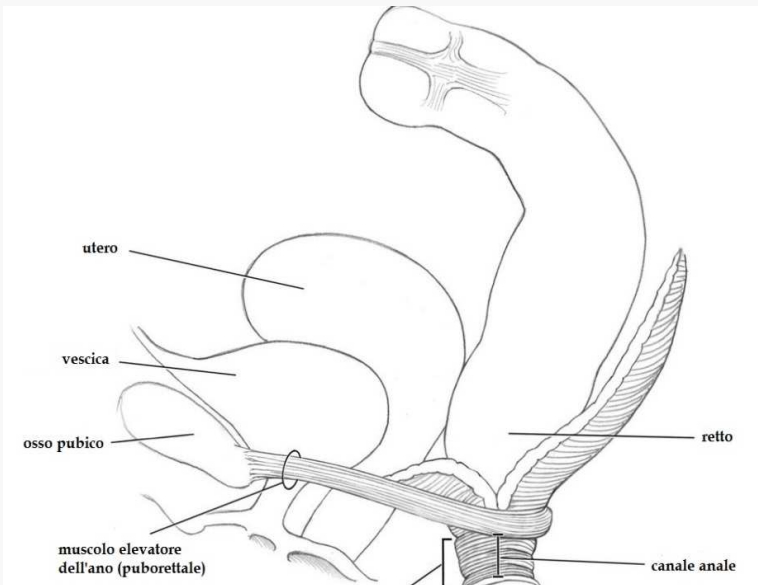
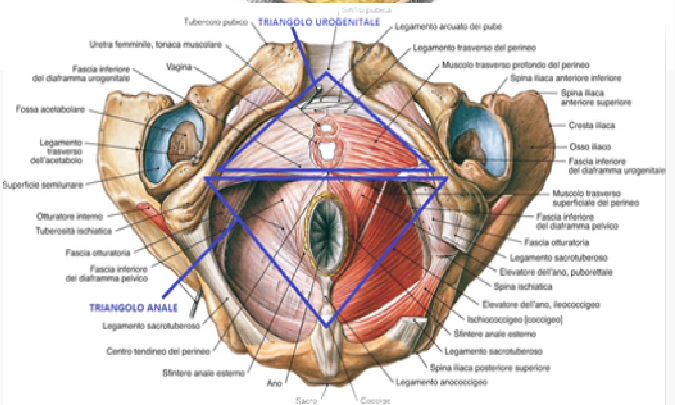
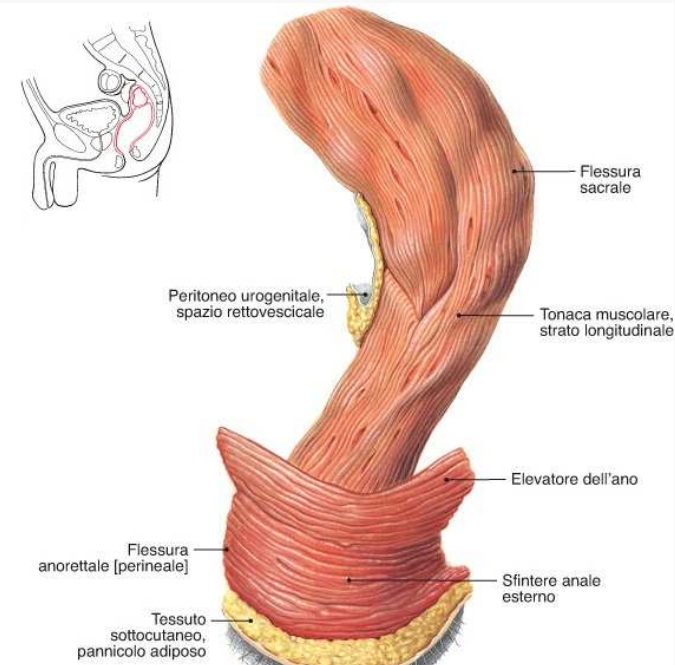


Il prollasso rettale interno è l'evento iniziale, e può apparire clinicamente come malattia emorroidaria, come ostruita defecazione o come prollasso rettale esterno.

Pavimento pelvico

Elementi di fissazione del retto

Meccanismo della defecazione



Il prolasso anorettale

Fisiopatologia

What is the natural history of internal rectal prolapse?

Cedimento delle fibre connettivali di sostegno della mucosa e sottomucosa

Prolasso dei cuscinetti anali

Cedimento degli elementi di fissazione del retto al pavimento pelvico e al sacro (tunica muscolare, peritoneo)

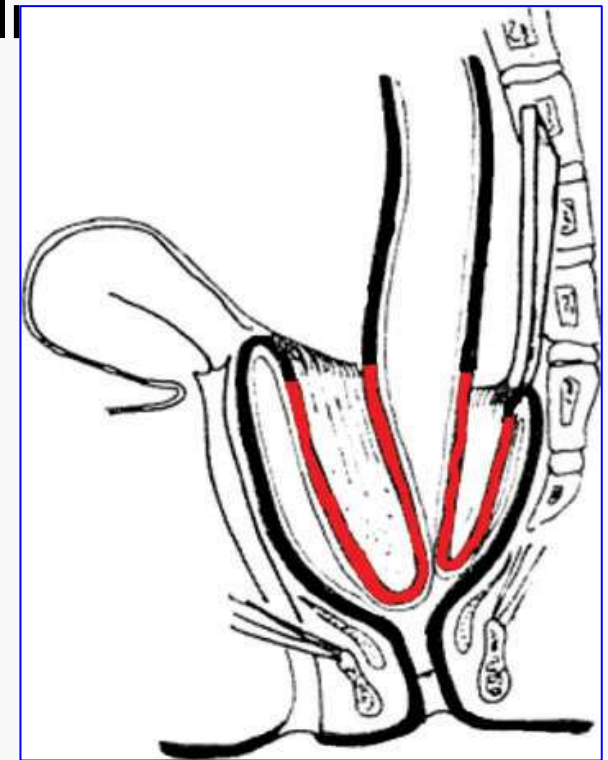
Grado 1 Intussuscezione retto-rettale alta

Grado 2 Intussuscezione retto-rettale bassa

Grado 3 Intussuscezione retto-anale alta

Grado 4 Intussuscezione retto-anale bassa

Grado 5 Prolasso rettale esterno



Fattori di rischio del prolasso anorettale

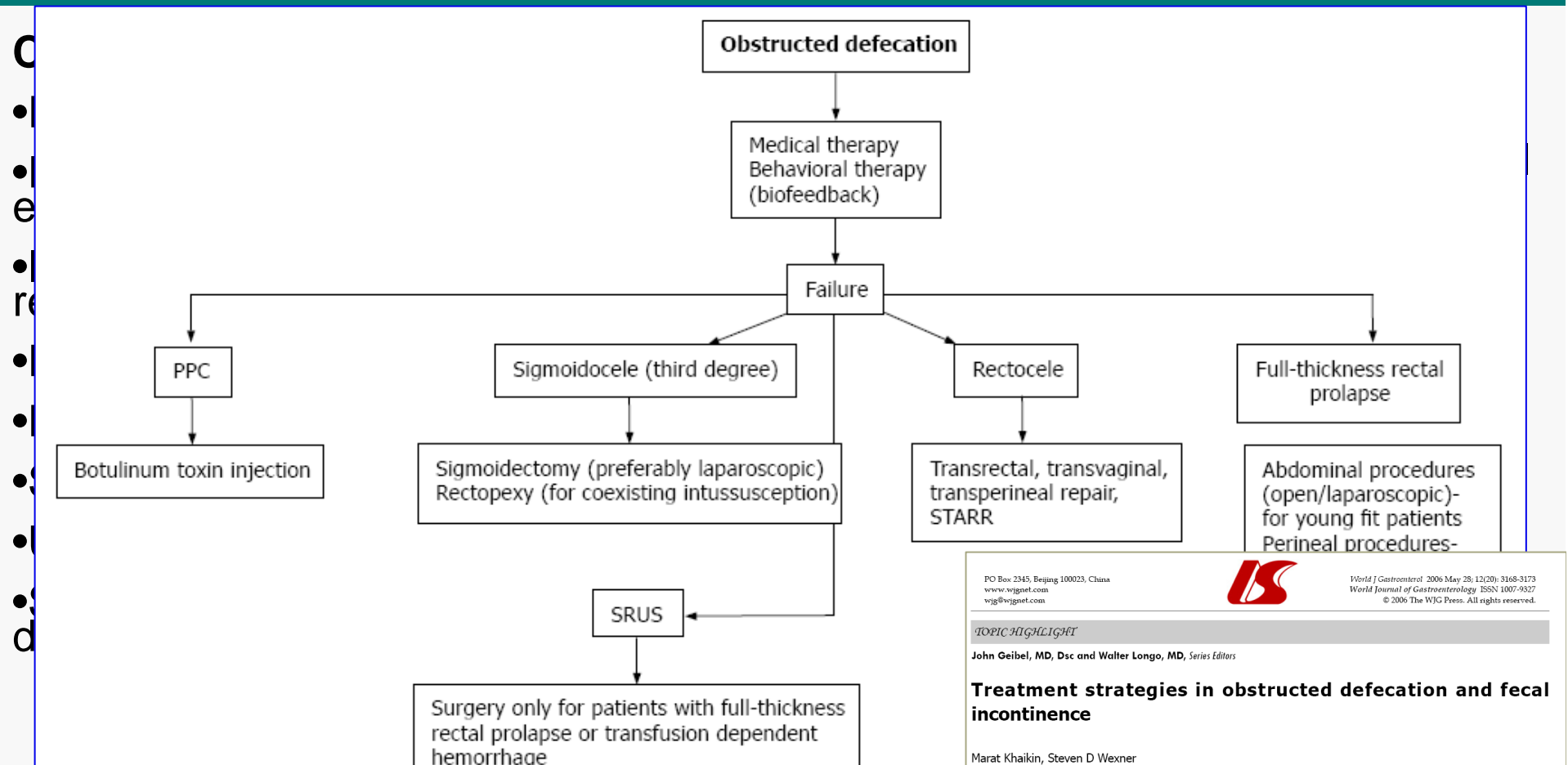
- Stipsi
- Malattie neurologiche
- Genere femminile
- Pluriparità
- Dolicosigma
- Tasca del Douglas profonda
- Disturbi alimentari
- Debolezza dello sfintere anale
- Diastasi dei m. elevatori dell'ano
- Chirurgia anorettale



Prolasso anoretale

Ostruita defecazione

Rao SSC. Investigation of the utility of colorectal function tests and Rome II criteria in dyssinergic defecation (anismus). Neurogastroenterol Motil 2004.



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

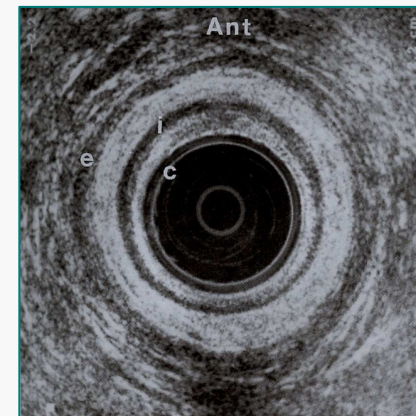
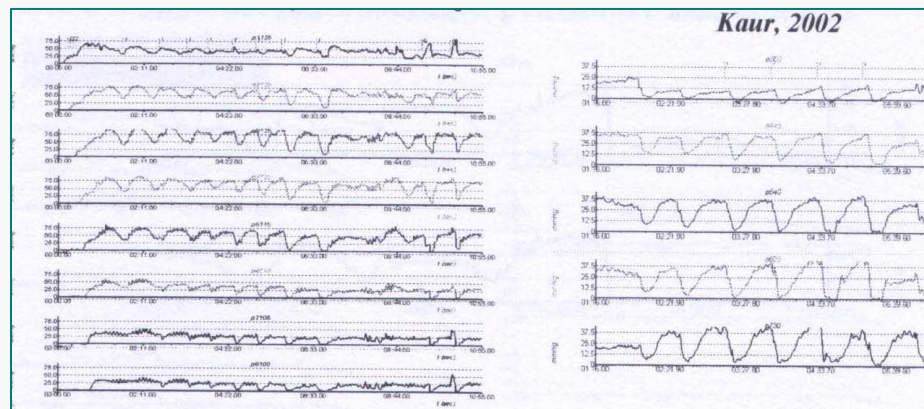
Treatment strategies in obstructed defecation and fecal incontinence

Marat Khaikin, Steven D Wexner

Prolasso anorettale

Incontinenza fecale

- Il 50-75% dei pazienti presenta incontinenza fecale.
- Il prolasso determina un passaggio diretto che bypassa lo sfintere
- Stretching continuo e trauma dello sfintere anale causati dal prolasso
- Continua stimolazione del RIRA
- Neuropatia del n. pudendo



Prolasso anorettale

Manometria anorettale

Schizas AMP. Anal canal vector volume manometry. Dis Colon Rectum 2011

Cateteri perfusi con acqua
distillata



•compliance rettale

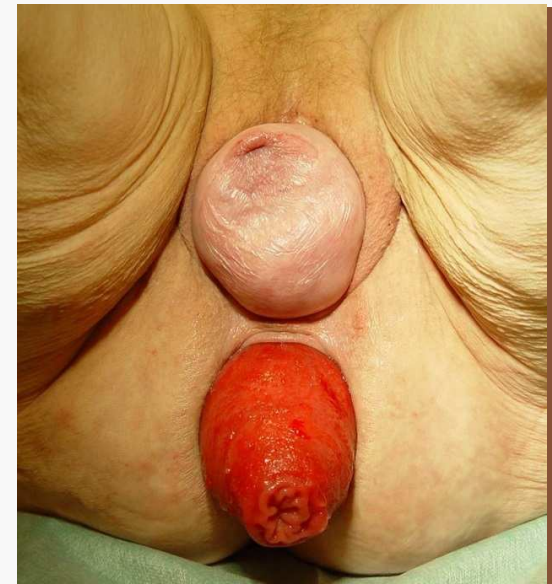


pre
operatoria

Prolasso anorettale

Prolasso genitale

- Prolasso rettale primario (competenza dei chirurghi colorettrali)
- Prolasso rettale secondario a prolasso genitale (competenza pelvi-perineologica, approccio multidisciplinare)



Obiettivi della chirurgia del prolasso

- Correggere il prolasso
- Alleviare i sintomi, il disagio del paziente
- Migliorare l'incontinenza o la stipsi
- Ridurre il rischio di recidiva del prolasso
- Accelerare il recupero postoperatorio

Trattamento del prolasso rettale

PROSPER: a randomised comparison of surgical treatments for rectal prolapse. Colorectal Dis 2013

Surgical treatments for rectal prolapse: how does a perineal approach compare in the laparoscopic era? Surg Endosc 2015

Approccio perineale o transanale

- Delorme
- **Altemeier**
- Thiersch
- **STARR-Contour**
Transtar
- Gant
- Plicatura

Approccio addominale (laparotomico/laparoscopico/ robotico)

- Rettopessi posteriori: Wells
- Rettopessi anteriori: Orr-Loygue,
Ripstein
- Rettopessi con resezione: Frykman-
Goldberg
- **Rettopessi ventrale**

Prolasso anorettale

Quale scelta chirurgica?

Surgery must be tailored to suit each individual.

Surgery for complete (full-thickness) rectal prolapse in adults. Review. Cochrane Library 2015

Practice parameters for the management of rectal prolapse. DCR 2011.

ODS: obstructed defecation syndrome

Incontinenza fecale

Prolasso vaginale

Incontinenza urinaria

Attività sessuale

Aspettative delle pazienti e qualità di vita

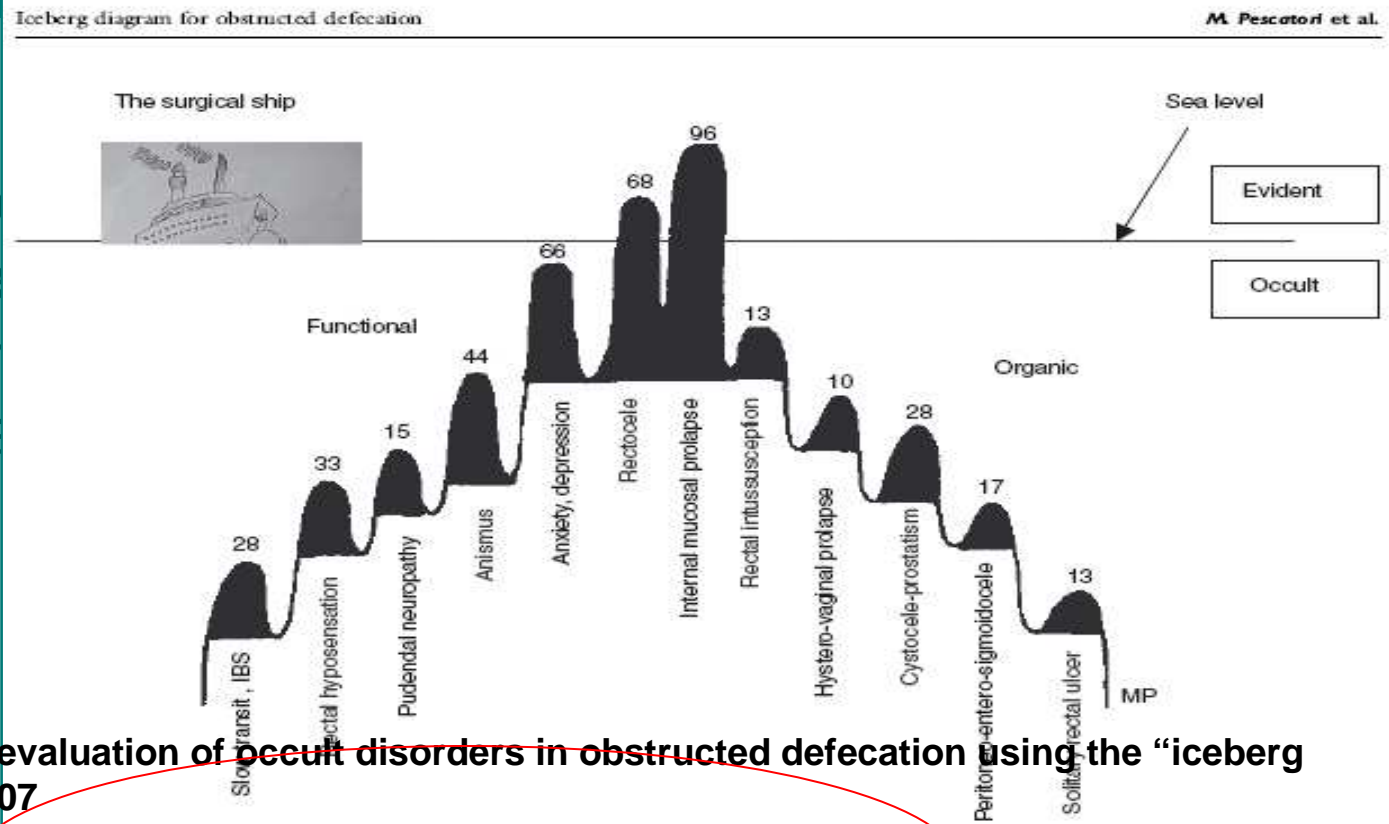
Non esistono linee guida che supportino il «decision making»

Prolasso anorettale

Quale scelta chirurgica?

Surgery must be tailored to suit each individual.

Questionari clinici
 Imaging (Rx d
 Eco tv, transre
 Manometria an
 EMG sfintere a
 Urodinamica



Pescatori M. A prospective evaluation of occult disorders in obstructed defecation using the "iceberg diagram". Colorectal Dis 2007

Decisione multidisciplinare

Prolasso rettale e PFD

Quale scelta chirurgica?

Decision making molto complesso se disordini complessi del pavimento pelvico.

- Approccio combinato perineale transanale e transvaginale?
- Approccio combinato addominale?
- Approccio combinato addominale e perineale?
- Approccio differito in più stadi?

- Pochi studi in letteratura sugli approcci combinati
- Mancanza di linee guida sui disordini complessi del pavimento pelvico

Decisione multidisciplinare

Prolasso rettale e PFD

Quale scelta chirurgica?

- Sagar PM. Feasibility and Functional Outcome of Laparoscopic Sacrocolporectopexy for Combine 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

In contemporanea?

- Indicazioni limitate in pazienti selezionate
- Se vi sono prolassi severi in più compartimenti
- Evitare ulteriori interventi successivi
- Maggior rischio di complicanze

In più tempi?

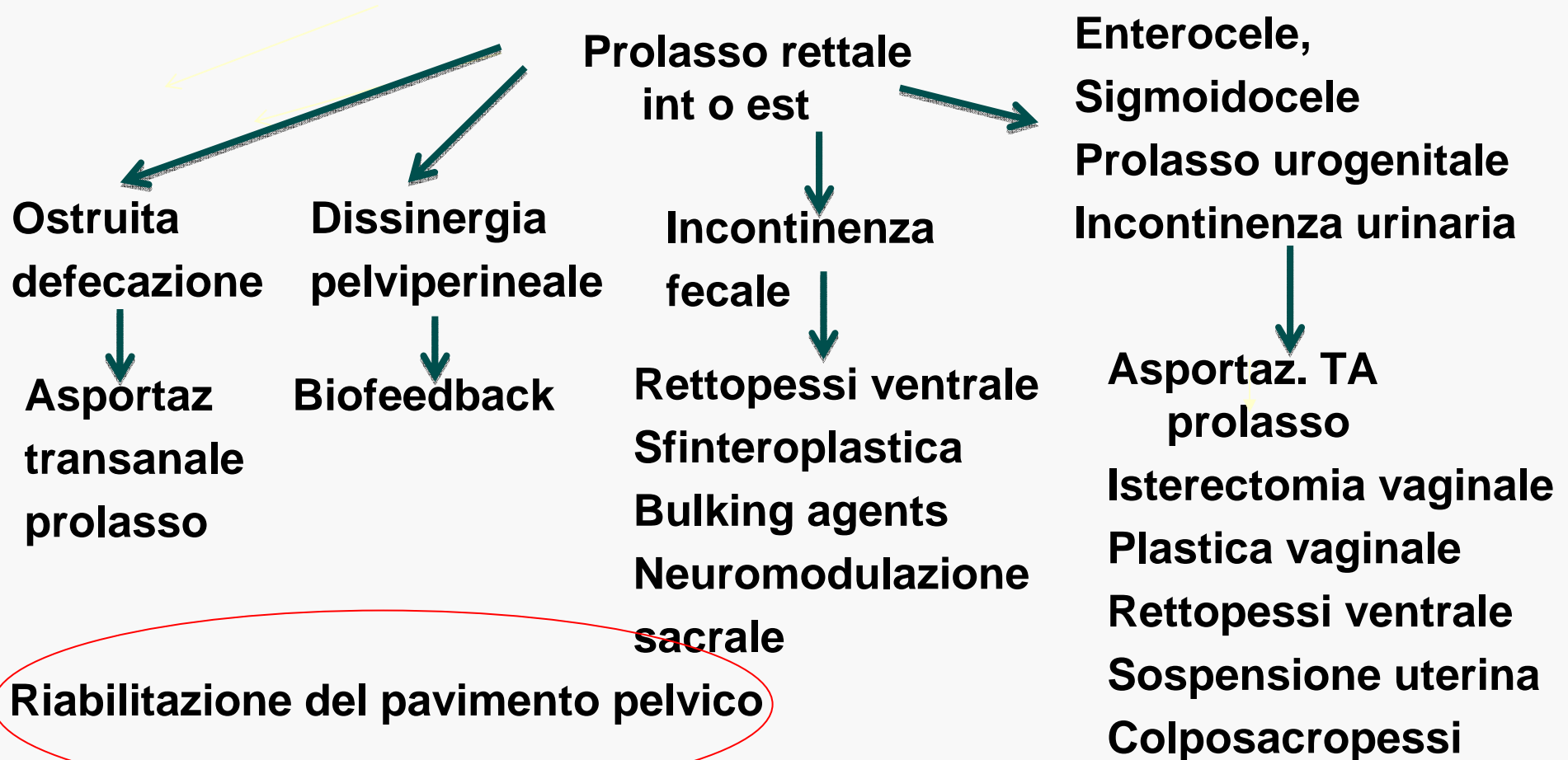
- Spesso la correzione del difetto principale migliora anche gli altri
- Modificare il *piano chirurgico* sulla base dei risultati
- Minor rischio di complicanze

Decisione multidisciplinare

Prolasso rettale e PFD

Quale scelta chirurgica?

La riparazione completa del pavimento pelvico può essere raggiunta solo in una gestione multidisciplinare



Prolasso rettale e PFD

Un caso clinico

Età 55 anni

2 parti vaginali

Colpoisterectomia e plastica
vaginale ant e post nel 2011

Ipertensione arteriosa

Colite aspecifica (diarrea)

Coxartrosi destra

Prolasso, ODS

Lieve Incontinenza urinaria

Follow-up a 4 anni

Non recidiva del prolasso

Non incontinenza urinaria né fecale

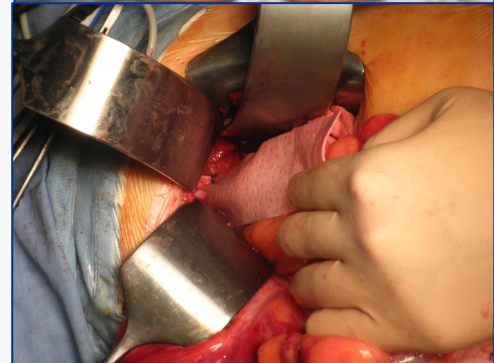
Non ODS

Es. urodinamico

Rx defecografia

Manometria

anorettale



Ambulatorio multidisciplinare

Prolasso della volta vaginale di IV grado, enterocele e rettocele

Intervento chirurgico combinato

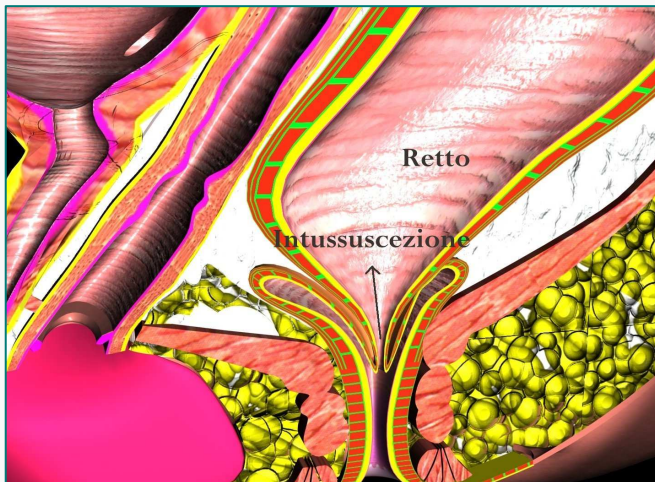
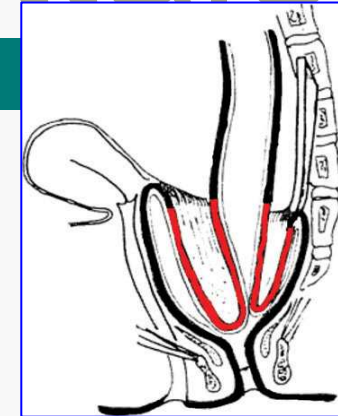
Rettopessi ventrale con protesi
biologica Permacol; colposacropessi
con protesi biologica Permacol;
annessiectomia bilaterale



Prolasso anorettale

Intussuscezione rettale

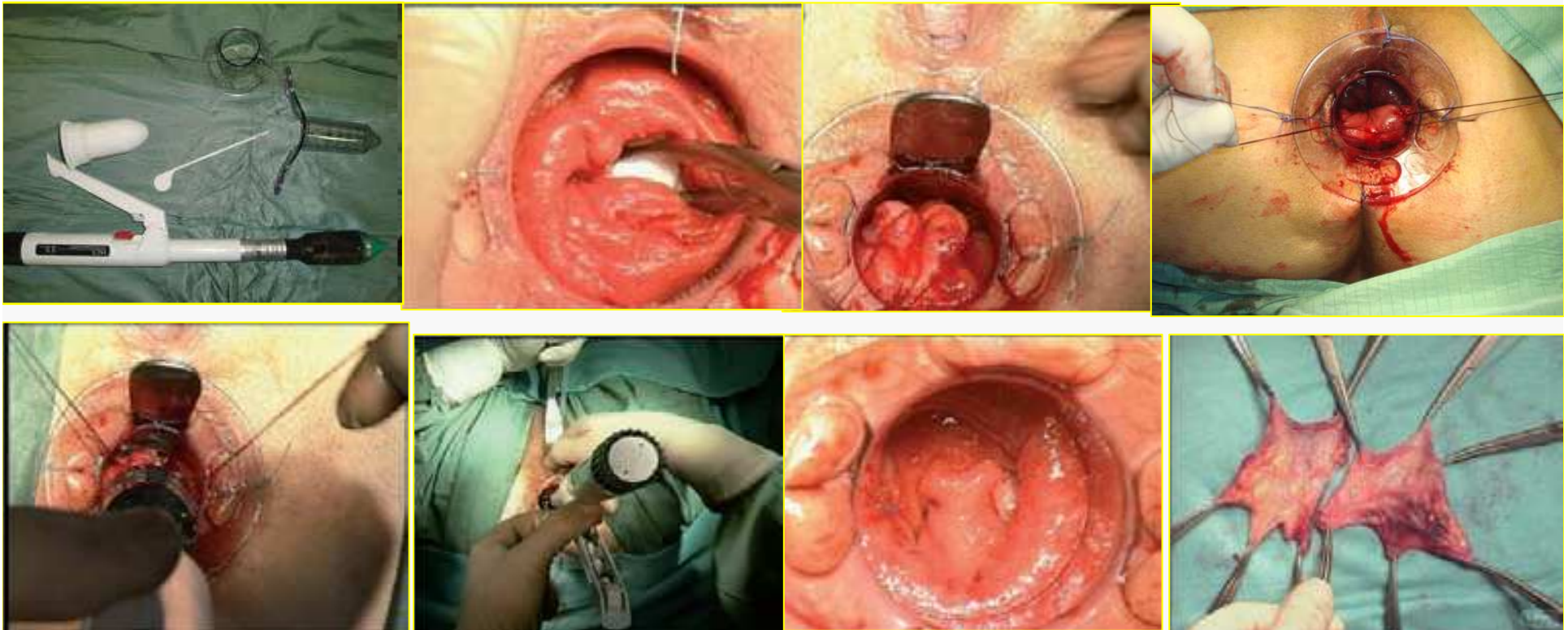
- Primo stadio di un'alterazione che può condurre al prollasso rettale
- Il 50% dei pazienti con invaginazione presenta ODS
- Diagnosi defecografica frequente (29%), asintomatica



Chirurgia: STARR o rettopessi solo se ODS score elevato o in associazione a rettocele (determinante la diagnosi corretta preoperatoria: invaginazione retto-rettale alta o retto-anale bassa)

Prolasso anorettale con ODS STARR

Boccasanta P. Stapled Transanal Rectal Resection for Outlet Obstruction: a prospective, multicentric trial. Dis Colon Rectum 2004



Prolasso rettoanale con ODS

STARR

Jayne DG. Stapled transanal rectal resection for obstructed defecation syndrome: one year results of the European STARR registry. Dis Colon Rectum 2009

Vantaggi

- Notevole miglioramento della ODS (>85%)
- Riduzione intensità e durata dolore post-operatorio
- Rispetto di tutta la porzione sensibile del canale anale
- Si può associare ad altre tecniche (POPs, VAHY)
- 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

Prolasso anorettale

Rettocele



- Associato sia a defecazione ostruita (sequestro di feci all'interno del rettocele) che incontinenza fecale
- Si associano spesso intussuscezione occulta e anismo (teoria dell'iceberg)
- Presente nel 76% delle donne con prollasso urogenitale

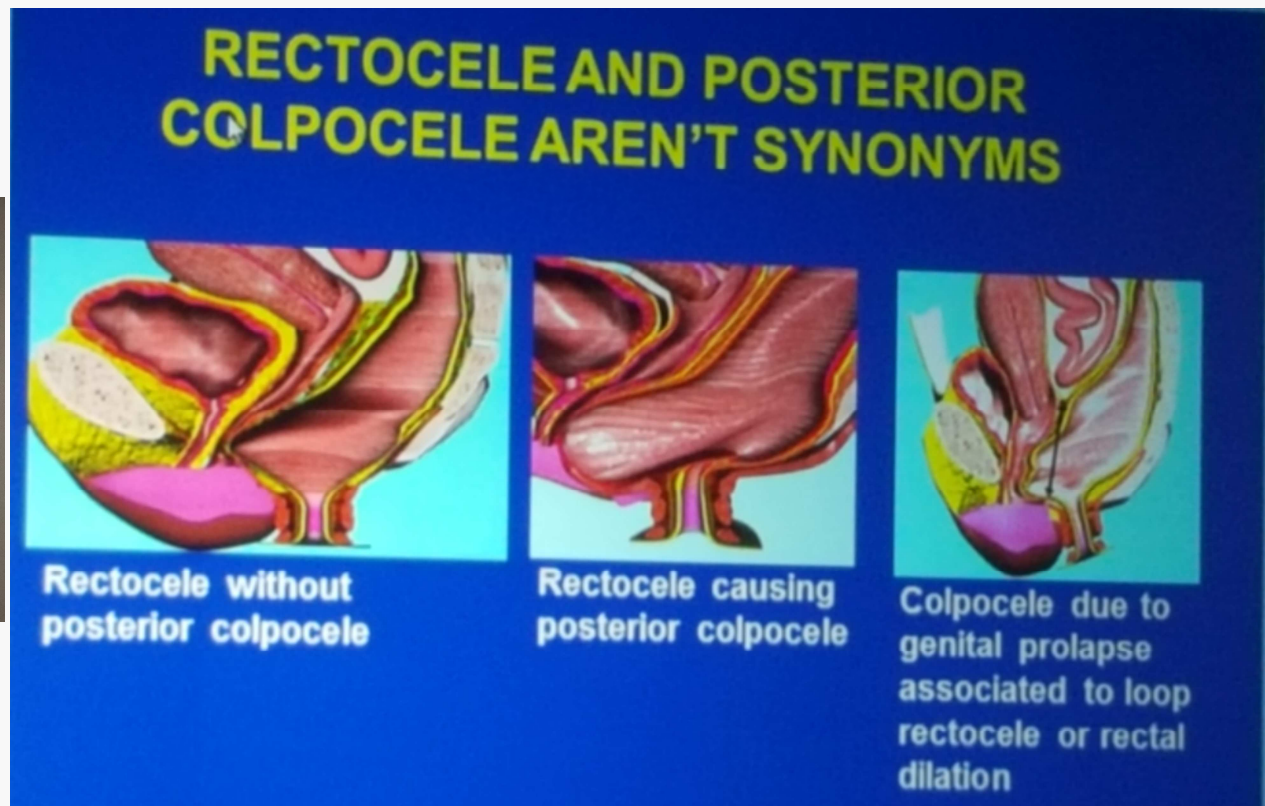
Chirurgia se:

- ostruita defecazione con necessità di digitazione
- ritenzione di m.d.c.e dimensioni > 3 cm alla defecografia
- bulging: rettocele molto ampio con prollasso della parete rettale anteriore (colpocele posteriore di III-IV grado)



Prolasso anorettale

Rettocele o colpocele?



Rettocele

Quale approccio chirurgico?

Approccio transvaginale transperineale

- Colporrafia posteriore
- Culdoplastica McCall
- Riparazione fasciale sito-specifica
- Impianto di mesh biologiche

Miglioramento ODS nel 75%

Recidiva nel 25%,

- Funzionalità sfintere anale
- Bulging vaginale o colpocele
- Pregressa chirurgia

Approccio transanal

e

- STARR
- Miglioramento ODS nel 50-80%
Recidiva 30%
Complicanze maggiori

Approccio addominale

- Rettopessi ventrale
- Culdoplastica secondo Moschowirz o Halban
- Obliterazione dell'inlet pelvico con Mesh
- Sigmoidectomia e rettopessi

Scomparsa ODS fino all'80%

Miglioramento di FI fino al 50%

Recidiva entro 8%

Prolasso rettale esterno

Quale approccio chirurgico

Surgery for complete (full-thickness) rectal prolapse in adults. Cochrane 2015.

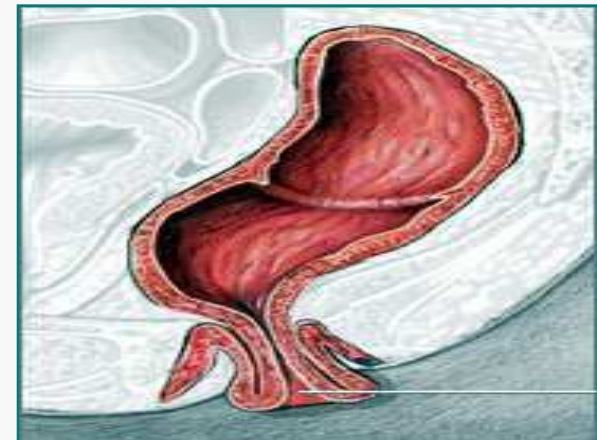
Approccio perineale

Pazienti anziani, fragili

- Int. di Delorme
- Int. Di Altemeier
- PSP: perianal stapled prolapse resection (con ContourTranstar)
- Plicatura longitudinale

Approccio addominale

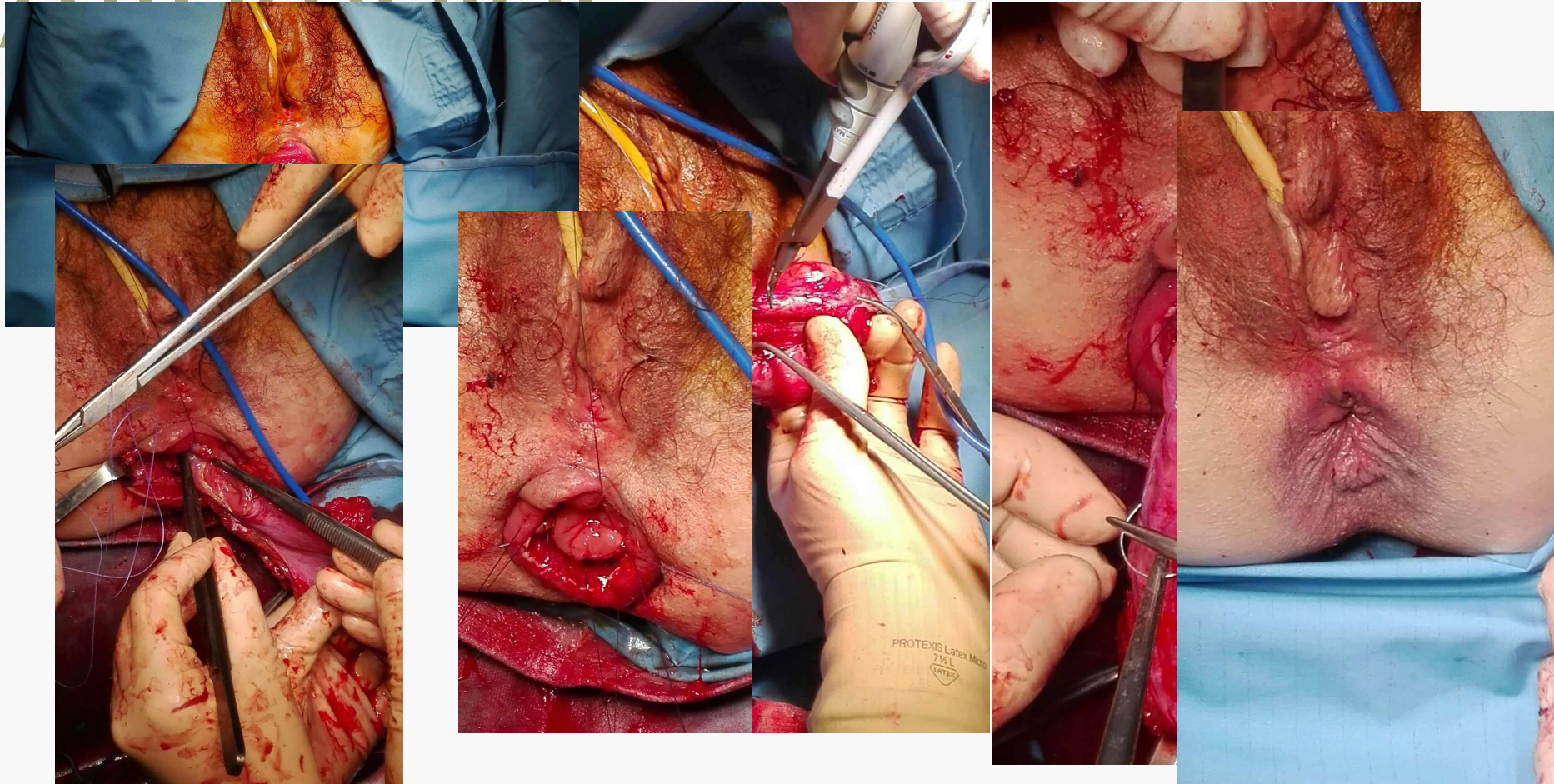
- Rettopessi con o senza protesi
- Rettopessi con o senza resezione del sigma



Prolasso rettale esterno

Intervento sec.

Altomajior



Prolasso rettale esterno

Intervento sec.

The Altemeier procedure for rectal prolapse: an operation for all ages. Dis Colon Rectum. 2010

Altemeier

Vantaggi

- Notevole miglioramento della continenza (>85%)
- Per migliorar la continenza si può associare la plastica posteriore degli elevatori
- Nessuna manipolazione della pelvi senza rischio di lesioni nervose

Svantaggi

- Complicanze: sanguinamento, dolore pelvico cronico, stenosi anastomotica, deiscenza anastomotica, incontinenza fecale (35%)
- Recidiva (20-30%)
- Stipsi (35%)

Chirurgia trans-perineale combinata

La nostra esperienza

Multidisciplinare

Obiettivo:

Valutare l'Outcome delle pazienti dopo chirurgia trans-perineale (STARR+ VWR), analizzando i **risultati clinici e funzionali** e la **qualità di vita**.



Materiali & Metodi:

- Pazienti Arruolati
- Tecniche Chirurgiche
- Score/Questionari



Chirurgia trans-perineale combinata

La nostra esperienza

Multidisciplinare

Pazienti dello Studio
2012-2014



Criteria d'inclusione:

- PFD
- ODS e rettocele
- Chirurgia combinata transperineale

Criteria d'esclusione:

- Patologie oncologiche
- Gravidanza
- Patologie neurologiche
- MICI
- Karnosky Performance status <80

Chirurgia trans-perineale combinata

La nostra esperienza

Score/Questionari:

- Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI)
- Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ)
- ODS Altomare Score
- Wexner Scale Constipation Scoring System
- Cleveland Clinic Incontinence Score (CCIS)
- Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-q)



PATIENT CENTRED CARE

Le aspettative delle pazienti e la ripercussione sulla qualità di vita della chirurgia delle patologie del piano pelvico hanno un ruolo centrale nella valutazione dell'outcome.

Chirurgia trans-perineale combinata

La nostra esperienza

American Journal of Obstetrics and Gynecology (2005) 193, 103–1



ELSEVIER

Short forms of two condition questionnaires for women (PFDI-20 and PFIQ-7)

M. D. Barber, MD, MHS,^{a,*} M. D. Walte

Department of Obstetrics and Gynecology at the Cleveland Clinics, Indianapolis, IN^b

Received for publication August 13, 2004; revised November

KEY WORDS

Objective: To develop s

Variables	Score	
	0	1
Mean time spent at the toilet	≤5 min	6–10 min
N attempts to defaecate per day	One	Two
Anal/vaginal digitation	Never	>1/mon
Use of laxatives	Never	>1/mon
Use of enemas	Never	>1/mon
Incomplete/fragmented defaecation	Never	>1/month, <1/week
Straining at defaecation	Never	<25% of the time
Stool consistency	Soft	Hard

Cleveland Clinic Incontinence Score

Please tick one box in each row to indicate on average how often you experience the following:

	Never	Rarely Less than once a month	Sometimes Less than once a week	Usually Less than once a day	Always
a. Solid stool leakage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Liquid stool leakage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Gas leakage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Pad use (for stool)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Lifestyle restriction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please fill in the dates of birth of your children and the date of your last Vaginal Delivery or a Cesarean Section.

1 st Child	---	/	---
2 nd Child	---	/	---
3 rd Child	---	/	---
4 th Child	---	/	---

Vol. 39, No. 6

CONSTIPATION SCORING SYSTEM

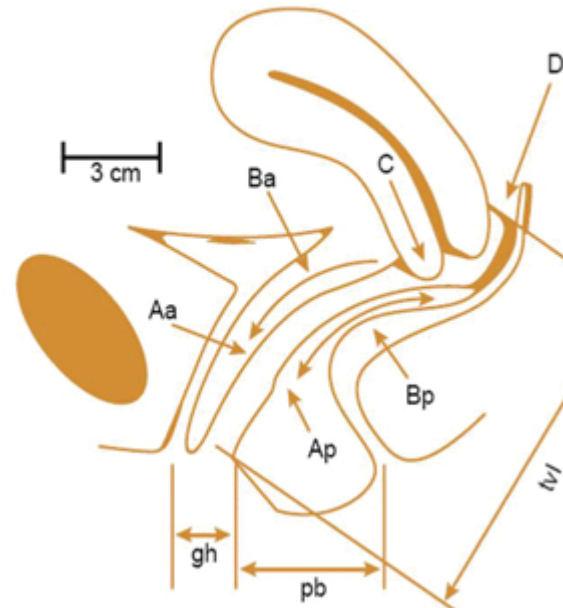
Table 1.
Constipation Scoring System (Minimum Score, 0; Maximum Score, 30)

Frequency of bowel movements	Score
1–2 times per 1–2 days	0
2 times per week	1
Once per week	2
Less than once per week	3
Less than once per month	4

samples in both mean score of 2

Constipation: poorly defined describe normal evacuate between three days.² Mar attributed to pelvic bulk laxatives. shown that 2 pe States is affected investigations d

POP-Q (pelvic organ prolapse quantification)

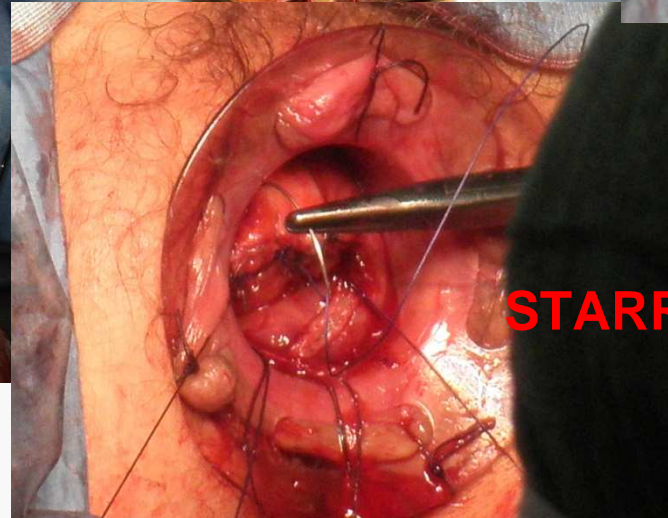
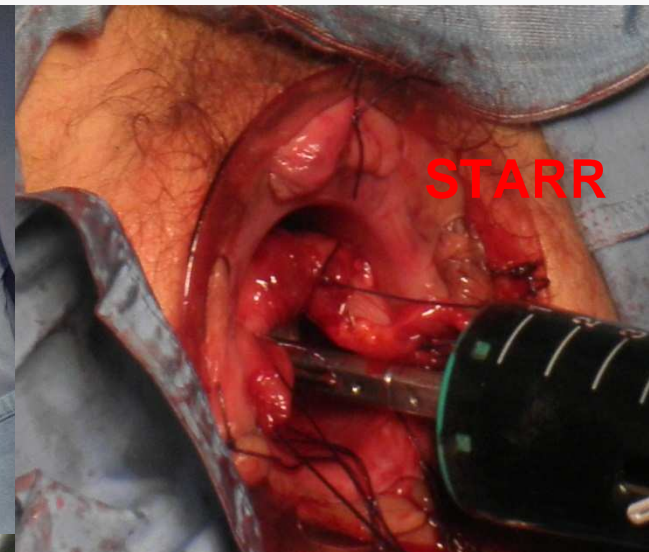
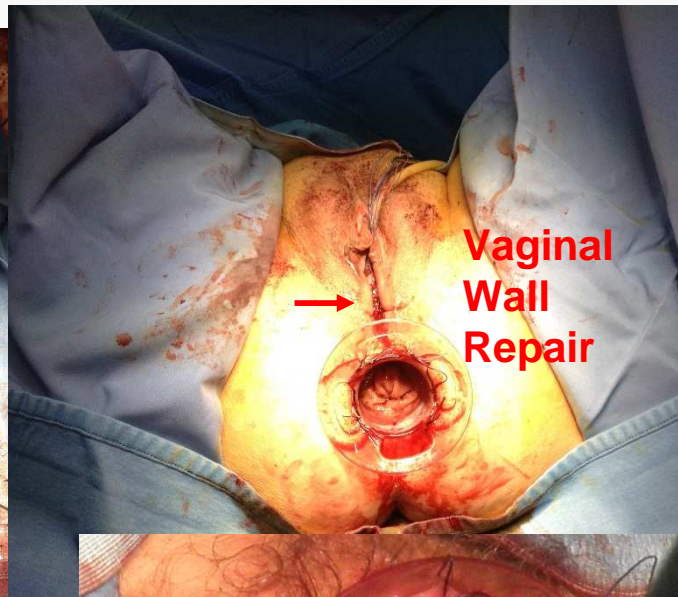
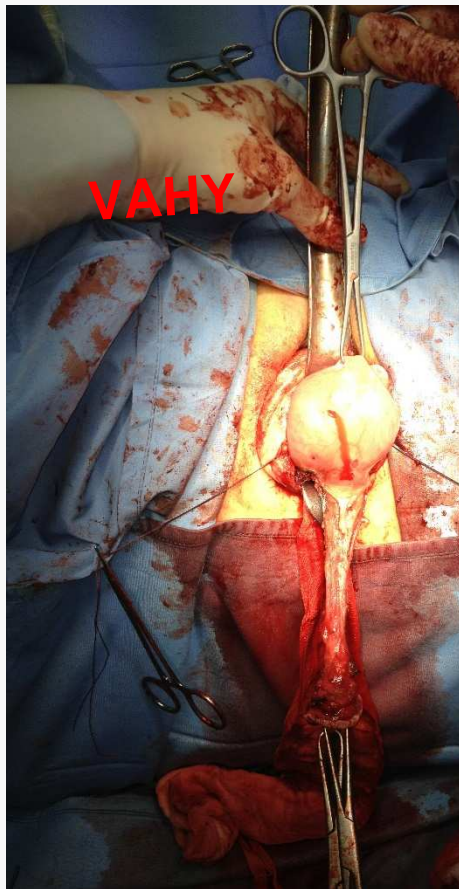


anterior wall	anterior wall	cervix or cuff
Aa	Ba	C
genital hiatus	perineal body	total vaginal length
gh	pb	tvl
posterior wall	posterior wall	posterior fornix
Ap	Bp	D

Chirurgia trans-perineale combinata

La nostra esperienza

Multidisciplinare



Chirurgia trans-perineale combinata

La nostra esperienza

Risultati

	Before Surgery (Median)	After Surgery (Median)	p
PFDI (n/300)	170.6 (163.5-192.7)	88.0 (68.8-123.7)	<0.0001
PFIQ (n/300)	197.4 (156.6-213.9)	107.1 (80.5-137.2)	<0.0001
ODS (n/31)	24.0 (18.0-26.0)	10.5 (6.0-11.0)	<0.0001
Wexner Scale (n/30)	21.0 (17.0-21.0)	12.0 (7.0-13.0)	<0.0001
CCIS (n/20)	5.0 (3.0-9.0)	8.0 (3.0-9.0)	0.4258
POP-q (n/4)	2.0 (2.0-3.0)	0 (0-1.0)	<0.0001

Table 2. PFDI, PFIQ, ODS Altomare scores, Wexner Scale, CCIS , POP-q before and after STARR and vaginal wall repair +/- VAHY

Chirurgia trans-perineale combinata

La nostra esperienza

Risultati

	Before Surgery (Median)	After Surgery (Median)	p
Mean Rest Press [‡]	34.5 (26.0-45.0)	34 (28.0-45.0)	0.67
Max Rest Press [‡]	65.0 (49.0-81.0)	63.5 (55.0-78.0)	0.55
Mean Squeeze Press [§]	34.5 (25.0-53.0)	41.0 (30.0-51.0)	0.1
Max Squeeze Press [§]	89.0 (60.0-120.0)	90.0 (62.0-130.0)	0.37
Rectal Compliance [¶]	7.6 (4.0-15.0)	1.2 (5.8-15.0)	0.03

Table 3. Anorectal manometric parameters before and after STARR and vaginal wall repair +/- VAHY

Chirurgia trans-perineale combinata

La nostra esperienza

Conclusioni

- La Chirurgia trans-perineale combinata **migliora la qualità della vita** delle pazienti e la **funzionalità ano-rettale**
- E' sicura, soddisfacente per le pazienti, con bassi costi per SSN
- L'approccio multidisciplinare aumenta la compliance e la confidenza delle pazienti

Prolasso rettale

Approccio addominale

Rettopessia

Ha lo scopo di ripristinare, per quanto possibile, i giusti rapporti anatomici tra le varie strutture correggendo il prolasso al fine di migliorare la continenza e la stipsi con un range accettabile di recidiva



Prolasso rettale

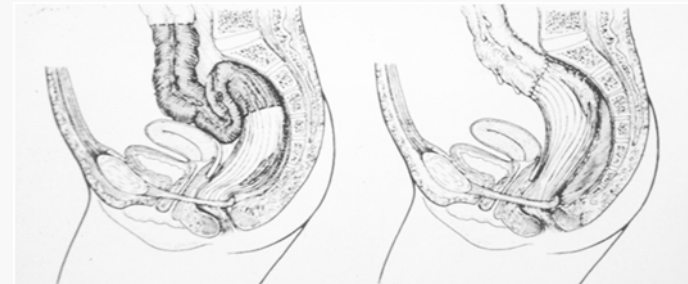
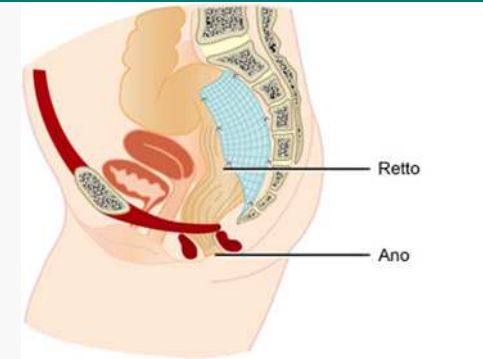
Approccio addominale

Rettopessia con sutura diretta o con protesi

Intervento di Frykman e Goldberg:
resezione del sigma retto + rettopessia
diretta con punti

1992: Trattamento V.A. del prolasso

2004: Rettopessia sec. D' Hoore e
Pennincks (Ventral Mesh rectopexy)



Prolasso rettale

Approccio addominale

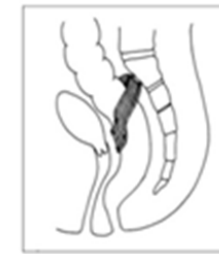
1922 “Intervento di SUDECK”: rettopessi con sutura

1952 “Intervento di Ripstein”: rettopessi anteriore a 360 gradi (la protesi realizza un bendaggio a fionda)

1959 “Intervento di Wells”: rettopessi posteriore (protesi tra il retto e sacro)

1953 “Intervento di Orr-Loygue (1984)”: fissazione del retto utilizzando una doppia protesi anterolaterale (previene la stipsi post-operatoria e riduce le recidive)

Decubito della protesi nel retto e nei visceri circostanti
Stipsi da denervazione del retto (l. postero-laterali)



Ripstein



Ivalon sponge



Orr-Loygue



Suture

Prolasso rettale

Rettopessi ventrale sec. D'Hoore

Approccio VLS

Mobilizzazione anterolaterale del retto dx

Evita dissezione postero-laterale del retto
(preservazione innervazione)

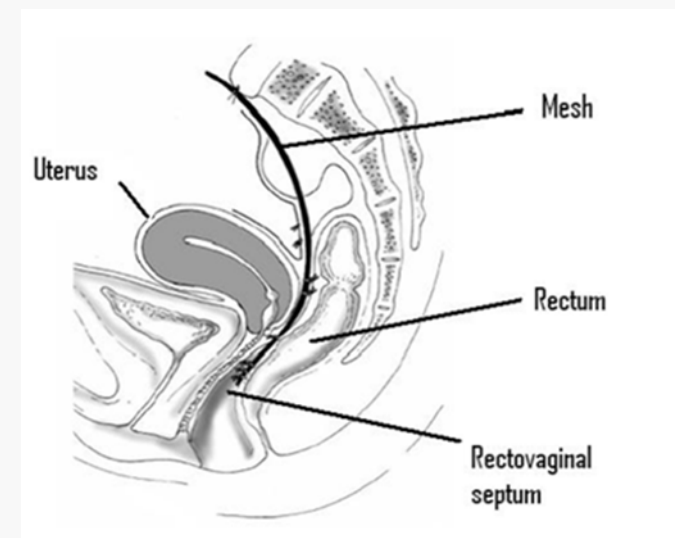
Fissazione della protesi alla parete antero-
laterale del retto, cupola vaginale e
promontorio del sacro

Rinforzo del setto retto-vaginale

Correzione del prolasso genitale

Migliora incontinenza fecale e la stipsi

Rari casi di stipsi de novo



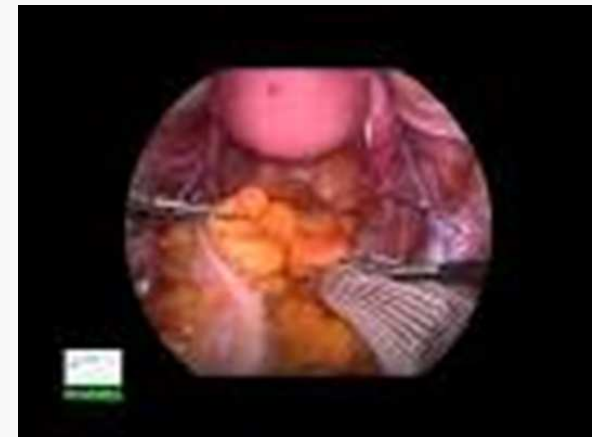
Prolasso rettale

Rettopessi ventrale

Videoassistita con protesi biologica

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

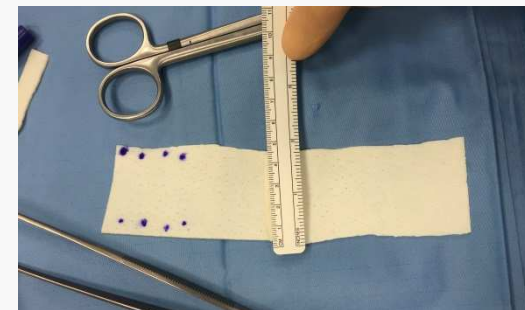
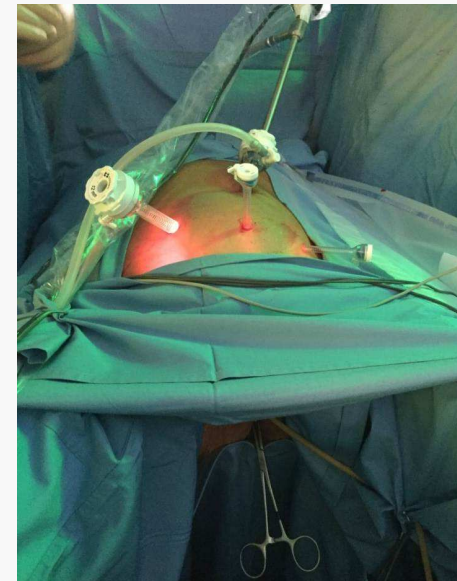


D'Hoore A et al. Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse. Br J Surg 2004.
D'Hoore A et al. Laparoscopic ventral recto(colpo)pexy for rectal prolapse: surgical technique and outcome for 109 patients. Surg Endosc 2006.

Prolasso rettale

Rettopessi ventrale

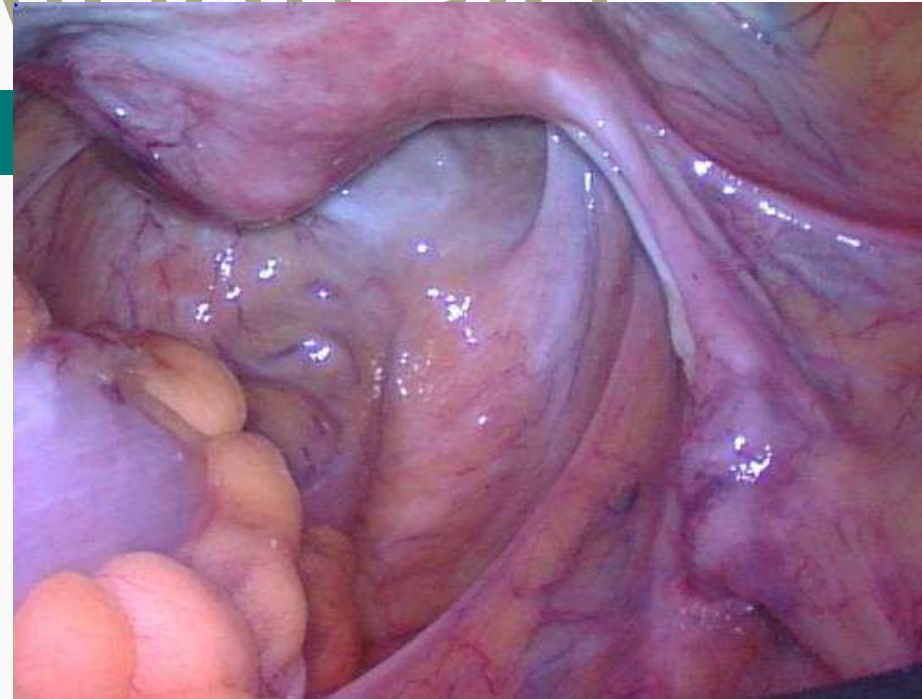
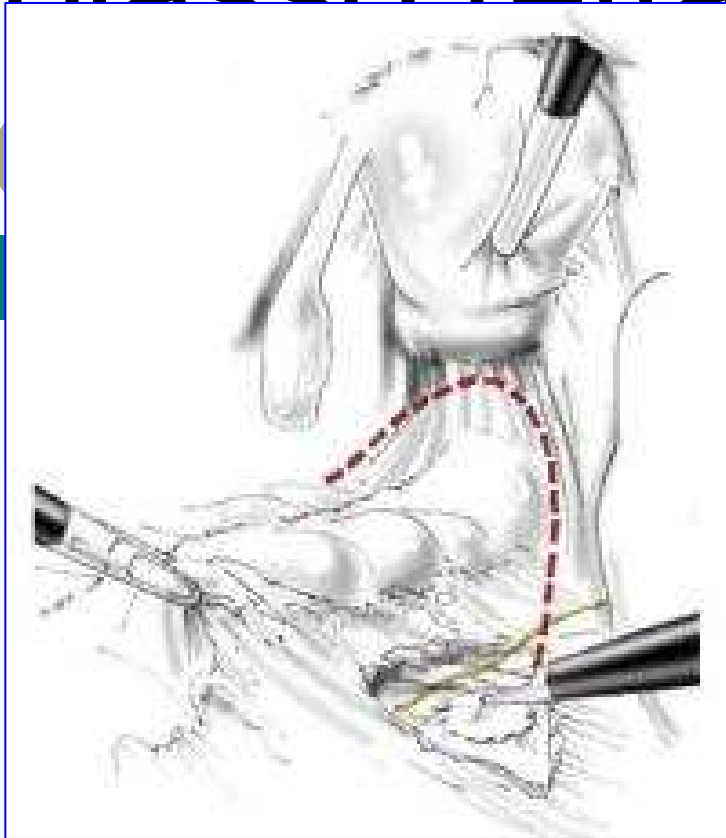
Videoassistita con protesi biologica



Prolasso rettale

Re

ventrale



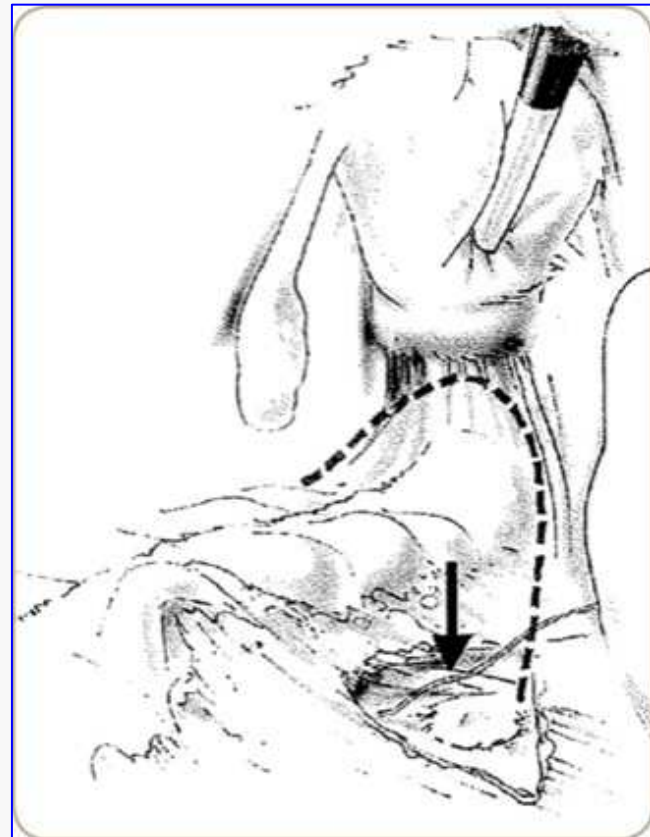
- Retrazione verso sx della giunzione rettosigmoidea e incisione del peritoneo sopra il promontorio sacrale (evitare il n.ipogastrico dx) estesa lungo il confine dx del mesoretto fino alla tasca del Douglas anteriormente per esporre la parte anteriore del retto
- Esposizione del legamento sacrale anterolaterale al promontorio sacrale (attenzione a uretere dx e vena iliaca dx)

Prolasso rettale

Rettopessi ventrale

Videoassistita con protesi biologica

- Incisione della fascia di Denonvillier's e apertura del setto rettovaginale (inserimento di un dilatatore in vagina e nel retto per facilitare la dissezione vaginale) e dissezione vaginale il più in basso possibile fino al pavimento pelvico

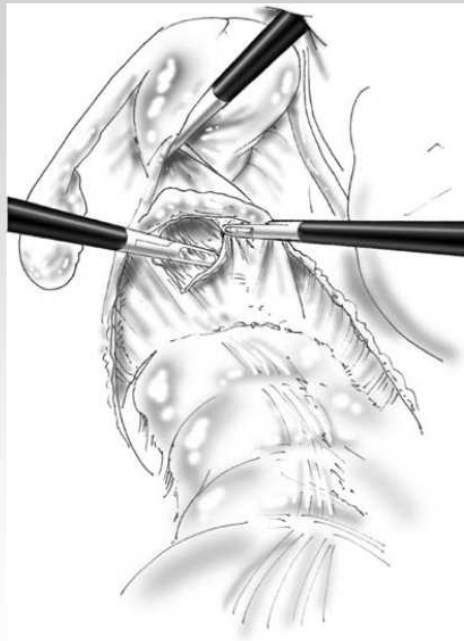
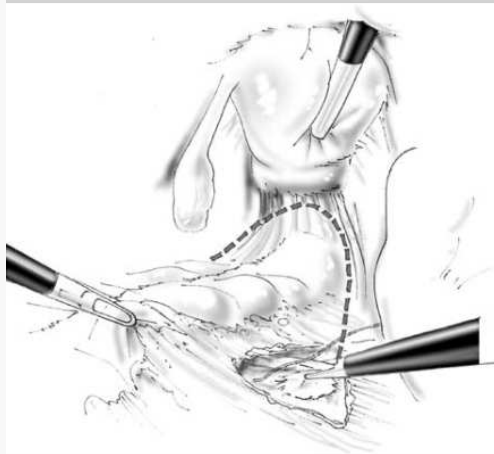


Prolasso rettale

Rettopessi ventrale

Videoassistita con protesi biologica

LVR Tecnica



D'Hoore A., Surg End 2006

Prolasso rettale

Rettopessi ventrale

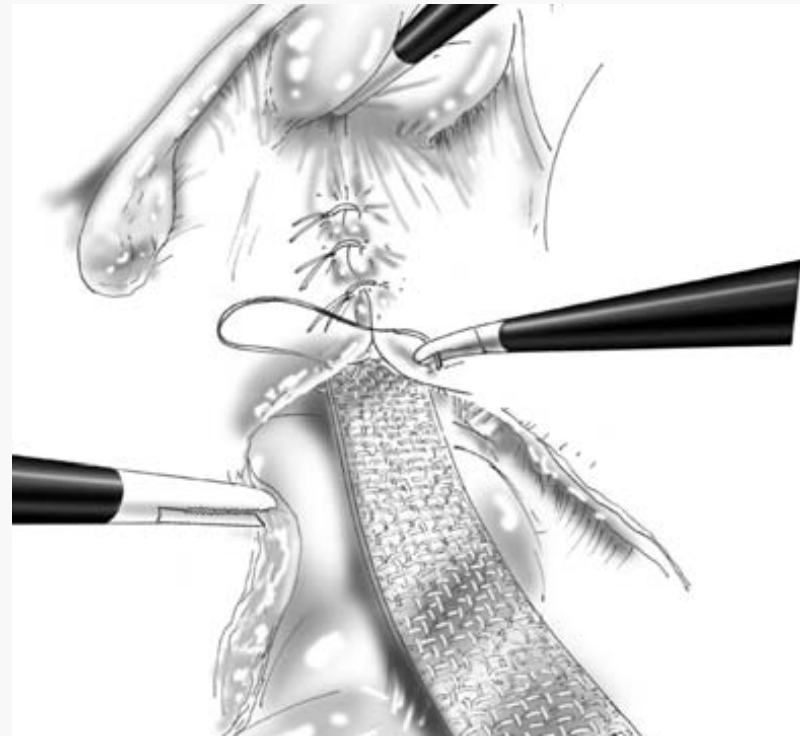
Videoassistita con protesi biologica

- Inserimento della mesh (biologica:4 per 18 cm) e sutura alla parete rettale anteriore (suture non riassorbibili) e al fornice vaginale posteriore
- Fissaggio della mesh al sacro con 2/4 suture o tacks. Il retto non deve essere in tensione
- Chiusura del peritoneo sopra la mesh
- Possibilità di eseguire anche colposacropessi o POPS combinata
- Possibilità di eseguire anche posizionamento di sling sotto-uretrale o plastica vaginale posteriore.

Prolasso rettale

Rettopessi ventrale

Videoassistita con protesi biologica



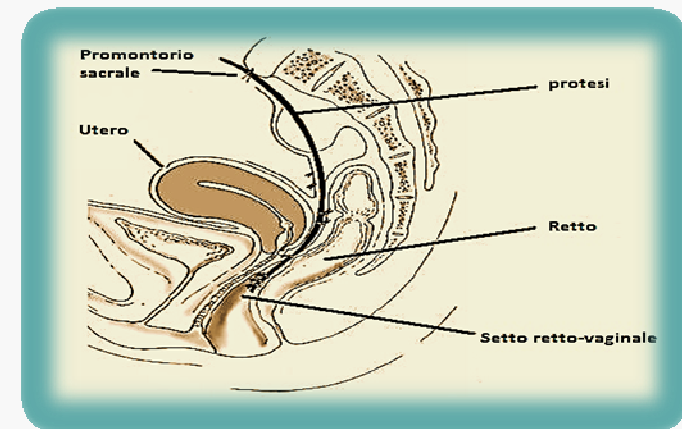
Prolasso rettale

Rettopessi ventrale

Laparoscopic ventral recto(colpo)pexy for rectal prolapse: surgical technique and outcome for 109 patients. Surg Endosc 2006.

PERCHE' ABBIAMO UTILIZZATO UNA PROTESI BIOLOGICA

- Completa integrazione
- Creazione di un neo-legamento
- No complicanze settiche
- No erosione su parete vaginale e/o rettale
- Possibilità di reintervento



Prolasso rettale

Rettopessi ventrale

Videoassistita con protesi biologica

Consensus statement

doi:10.1111/codi.12415

Consensus on ventral rectopexy: report of a panel of experts

M. A. Mercer-Jones*, **A. D'Hoore†**, **A. R. Dixon‡**, **P. Lehur§**, **I. Lindsey¶**, **A. Mellgren****
and **A. R. L. Stevenson††**

Colorectal Disease © 2013 The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. **16**, 82–89

Tech Coloproctol. 2015 Apr;19(4):209-19. doi: 10.1007/s10151-014-1255-4. Epub 2015 Jan 11.

Laparoscopic ventral rectopexy using biologic mesh for the treatment of obstructed defaecation syndrome and/or faecal incontinence in patients with internal rectal prolapse: a critical appraisal of the first 100 cases.

Franceschilli L¹, Varvaras D, Capuano J, Ciangola CI, Giorgi F, Boehm G, Gaspari AL, Sileri P.

Prolasso rettale

Rettopessi ventrale

Videoassistita con protesi biologica

J Gastrointest Surg (2012) 16:622–628

Table 1 Outcome resume

Outcome

Conversion to open technique, <i>n</i> (%)	1 (2.9%)
Operative time (min, range)	110 min (range 70–160)
Median hospital length of stay (range, days)	2 (range 2–5)
Overall complications <i>n/N</i> (% of patients) and management	8/34 (23%)
UTI	4 (oral antibiotics)
Subcutaneous emphysemas	2 (conservative)
Wound haematoma (port site)	1 (conservative)
Small bowel obstruction	1 (reintervention and adhesiolysis)
Sacral long-lasting pain	1 (corticosteroids for 3 weeks)
Symptoms improvements at 6 months (%)	
Constipation	82% (48% cured)
Faecal incontinence	73% (64% cured)
Prolapse recurrence and reintervention	2 (5%) (STARR)

UTI urinary tract infections, STARR stapled transanal rectal resection

Laparoscopic Ventral Rectopexy for Internal Rectal Prolapse using Biological Mesh: Postoperative and Short-Term Functional Results.

Pierpaolo Sileri & Luana Franceschilli & Elisabetta de Luca & Sara Lazzaro & Giulio P. Angelucci & Valeria Fiaschetti & Carolina Pasecenic & Achille L. Gaspari

Score di valutazione:
Wexner Constipation
Faecal Incontinence Severity Index (FISI)

Prolasso rettale

Rettopessi ventrale

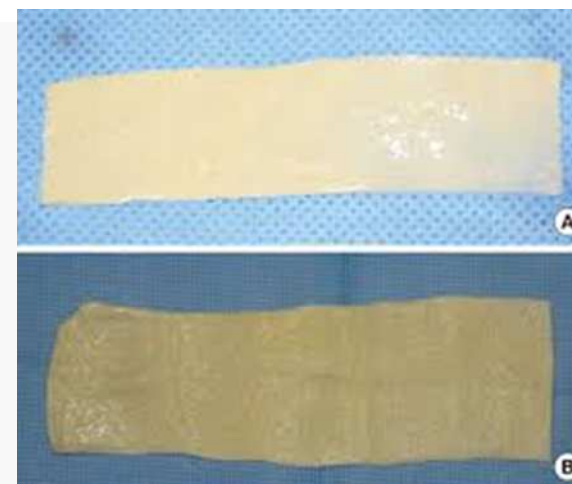
Videoassistita con protesi biologica

Colorectal Dis. 2014 Sep;16(9):739. doi: 10.1111/codi.12691.

Response to: Consensus on ventral rectopexy: report of a panel of experts.

Maeda Y¹, Vaizey CJ, Warusavitarne J.

Pz. giovani
Donne in età riproduttiva
Diabetici
Precedente radioterapia pelvica
Pregressa sepsi pelvica
MIC intestinale
Violazione del retto e/o vagina all'atto chirurgico

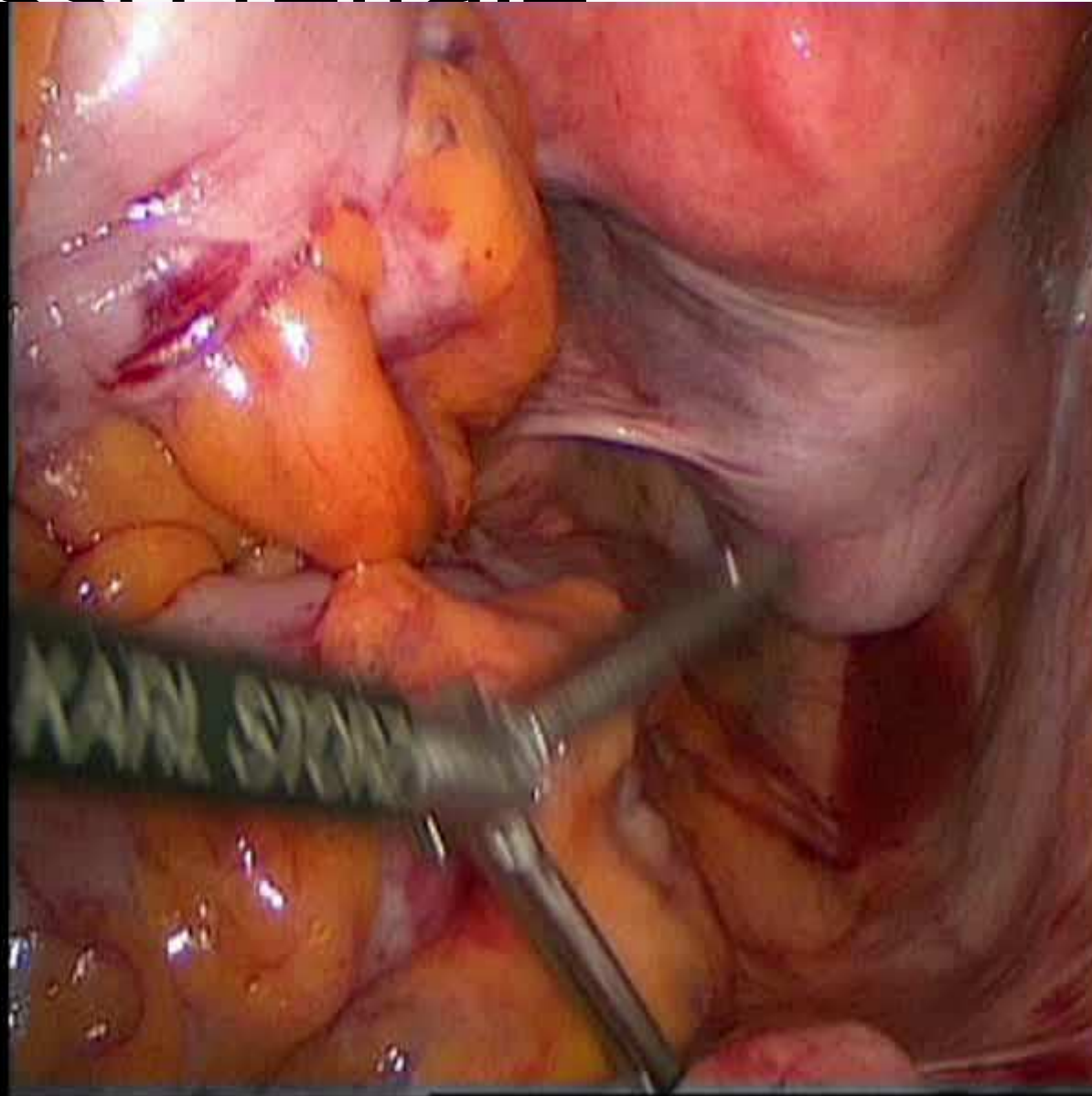


Rischio di incremento delle recidive (parziale riassorbimento della mesh)
Elevato costo della protesi

Prolasso rettale

Re

ogica



Prolasso rettale

Rettopessi ventrale

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.

Colorectal Dis. 2008 Feb;10(2):138-43. Epub 2007 May 10.

Laparoscopic ventral rectopexy, posterior colporrhaphy and vaginal sacrocolpopexy for the treatment of recto-genital prolapse and mechanical outlet obstruction.

Slawik S¹, Soulsby R, Carter H, Payne H, Dixon AR.

World J Gastroenterol. 2015 Apr 28;21(16):5049-55. doi: 10.3748/wjg.v21.i16.5049.

Anterior rectopexy for full-thickness rectal prolapse: Technical and functional results.

Faucheron JL¹, Trilling B¹, Girard E¹, Sage PY¹, Barbois S¹, Reche F¹.

Ann Surg. 2015 Nov;262(5):742-7; discussion 747-8. doi: 10.1097/SLA.0000000000001401.

Long-term Outcome After Laparoscopic Ventral Mesh Rectopexy: An Observational Study of 919 Consecutive Patients.

Consten EC¹, van Iersel JJ, Verheijen PM, Broeders IA, Wolthuis AM, D'Hoore A.

Tech Coloproctol. 2015 Jul;19(7):381-9. doi: 10.1007/s10151-015-1320-7. Epub 2015 Jun 4.

Is robotic ventral mesh rectopexy better than laparoscopy in the treatment of rectal prolapse and obstructed defecation? A meta-analysis.

Ramage L¹, Georgiou P, Tekkis P, Tan E.

Prolasso rettale

Rettopessi ventrale

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.

Vantaggi

- Risultati funzionali ottimi (scomparsa ODS fino all'80%, miglioramento di incontinenza fecale nel 36-70%)
- Riduzione recidive : 2- 4,8% entro 5 aa.
- Preservazione della innervazione del retto
- Miglioramento della funzione sessuale
- Riduce la degenza post-op. ed i costi relativi alla terapia antalgica

Svantaggi

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

Prolasso rettale

Rettopessi ventrale

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.

Vantaggi

- Consente un lifting del compartimento medio, correggendo eventuale enterocele e prolasso vaginale
- Possibilità di associare colposacropessi o POPs
- Possibilità di associare una colpoplastica posteriore o una sling sotto-uretrale
- Non controindica successive resezioni per via transanale

Svantaggi

- Nuova insorgenza di stipsi nel 2-7%
- Ripresentarsi della sintomatologia anche se in forma più lieve dopo 12 mesi
- Costo elevato della mesh biologica

Rettopessi ventrale

La nostra esperienza

Multidisciplinare

Obiettivo:

Valutare l'Outcome delle pazienti dopo rettopessi ventrale analizzando i **risultati clinici e funzionali** e la **qualità di vita**.

- 11 Pz. arruolate (Ott. 2012- Mag. 2016) : età 54-83 aa.
- Score/Questionari

PFDI (Pelvic Floor Distress Inventory) score (0 a 300)

PFIQ (Pelvic Floor Impact Questionnaire) score (0 a 300)

CCF (Cleveland Clinic Florida's) score for constipation: scala Wexner (0 a 30)

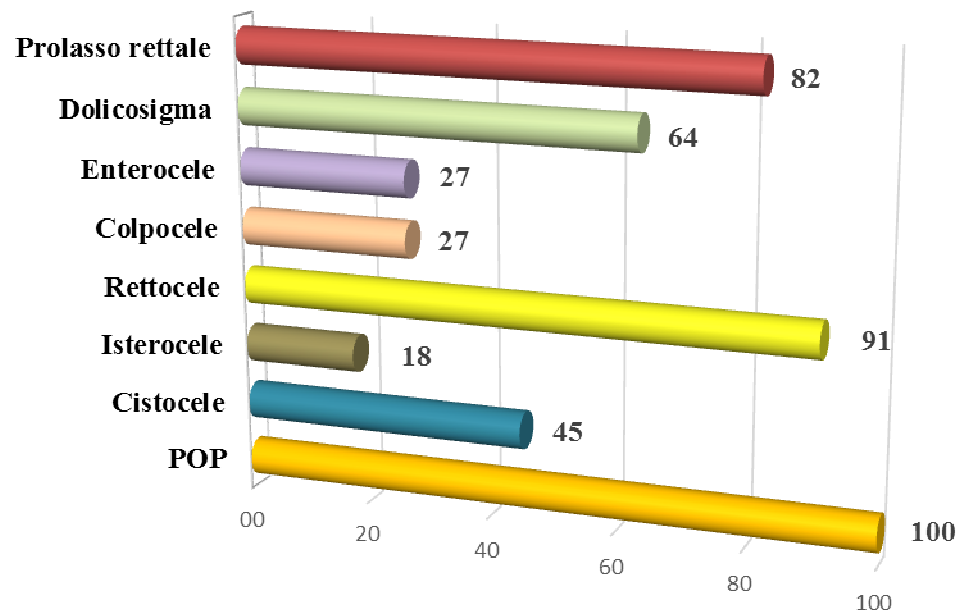
CCFSS (Cleveland Clinic Florida Scoring System) (0 a 20)

ODS Score Altomare (0 a 31)

Rettopessi ventrale

La nostra esperienza

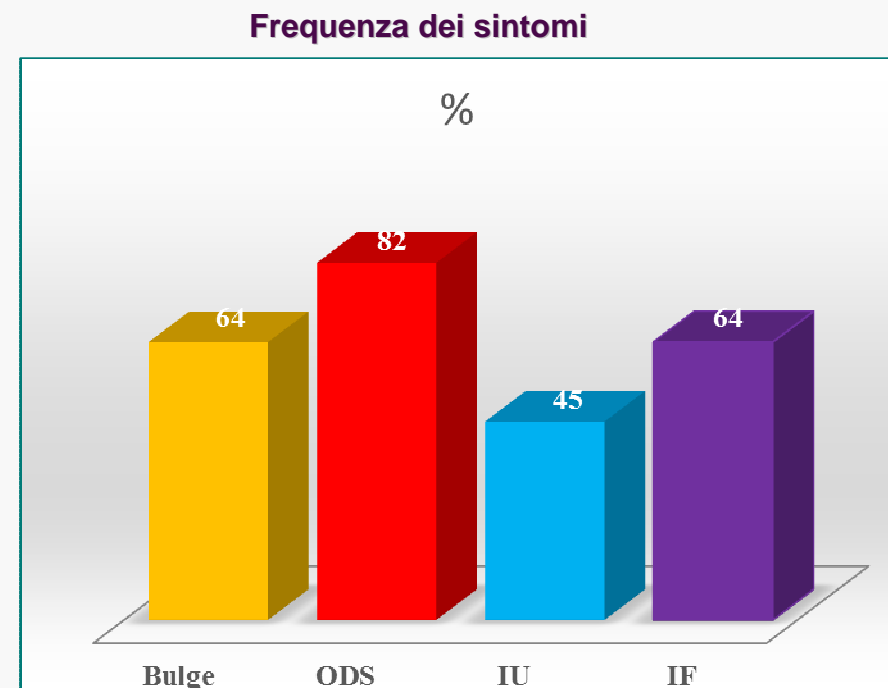
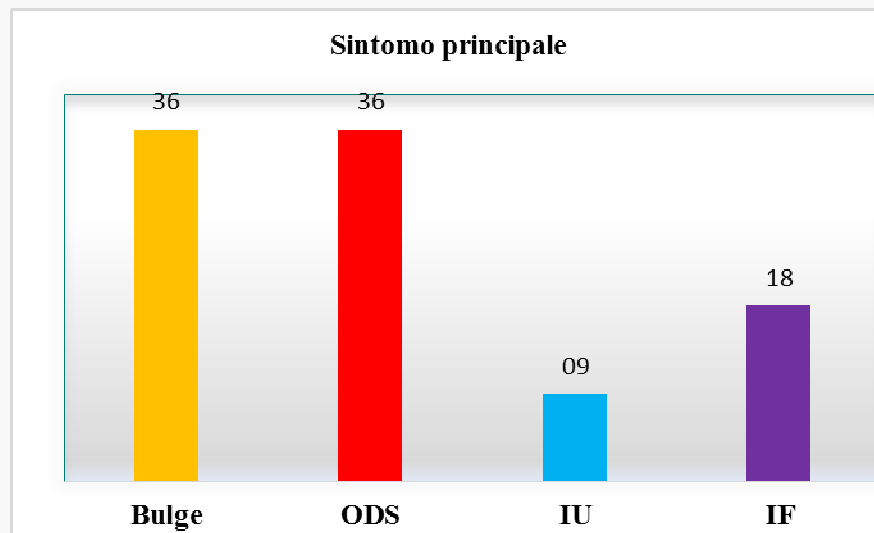
Multidisciplinare



Rettopessi ventrale

La nostra esperienza

Multidisciplinare



Rettopessi ventrale

La nostra esperienza

Multidisciplinare

Tempo operatorio (min.)	197 (range 120-265 min)
Conversione VS tecnica open (%)	20,0%
Complicanze immediate post-operatorie (parestesie arto superiore destro)	9,1% (1pz)
Degenza media (gg)	5 (range 2-8 gg)
Re-intervento	0,0%

Rettopessi ventrale

La nostra esperienza

Multidisciplinare

	pre	post	p
n. casi	11	11	
PFDI score (Mediana)	156,2 (81,8 to 199,2)	23,1 (16,3 to 73,5)	<0,01
PFQI score (Mediana)	122,8 (52,8 to 176,1)	23,7 (3,8 to 60,9)	<0,01
ODS score (Mediana)	17 (8,2 to 26,0)	4 (2,0 to 5,1)	<0,01
CCFSS score (Mediana)	6 (1,6 to 16,3)	0 (0,0 to 0,3)	<0,01
Wexnern score (Mediana)	18 (7,6 to 20,0)	4 (2,8 to 5,2)	<0,01

Rettopessi ventrale

La nostra esperienza

Multidisciplinare

- ODS e FI si riducono drasticamente nell'immediato post-operatorio con un impatto favorevole sulla qualità di vita
- Nel follow-up postoperatorio fino a 12 mesi i risultati raggiunti rimangono stabili nel tempo; si osserva comunque il ripresentarsi di parte della sintomatologia (IF, stipsi e ODS), anche se più lieve, in alcune pazienti
- I questionari utilizzati per ottenere la descrizione dei risultati clinici e funzionali, hanno ottenuto una piena compliance da parte delle pazienti

Rettopessi ventrale

La nostra esperienza

Multidisciplinare

- E' necessario ampliare numericamente il campione di studio e i tempi di osservazione per confermare i dati preliminari ottenuti
- Occorre confermare questi risultati anche con un comparazione delle indagini strumentali quali la manometria e/o la defecografia nel pre e postoperatorio per valutare l'effettivo ripristino delle condizioni anatomico-funzionali del pavimento pelvico

Prolasso rettale

Conclusioni (1)

Come garantire un successo terapeutico?

Approccio multidisciplinare

Eseguire uno studio completo della funzione coloretale e pelvica in toto (slow transit constipation, dissinergia retto-ale, disfunzioni sfinteriche anali, prollasso urogenitale, incontinenza urinaria..) Utile la RM dinamica

Sapere scegliere l'intervento ottimale presuppone la conoscenza pratica di più opzioni chirurgiche: “***surgery must be tailored to suit each individual***”

Programma terapeutico: sequenziale e/o complementare (meglio prima la chirurgia uro-ginecologica)

Prolasso rettale

Conclusioni (2)

Come garantire un successo terapeutico?

Attualmente viene riconosciuto un ruolo sempre più importante alle **terapie conservative riabilitative** del pavimento pelvico sia nella fase pre-chirurgica che nel post-op. per conservare i risultati ottenuti dopo la chirurgia

I dati ricavati dalle meta-analisi condotte su studi di alta qualità (RC) sono attualmente insufficienti per guidare la pratica clinica

(mancano dati sull'impatto economico e sulla qualità della vita)



Prolasso rettale

Conclusioni

Come garantire un successo terapeutico?



*Un ringraziamento alla
Dr.ssa Silvia Severi*

Grazie per l'attenzione!