



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)**

19/11/2016

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

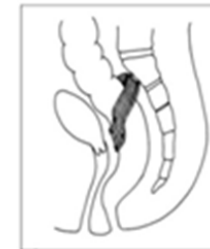
1922 “Intervento di SUDECK”: rettopessi con sutura

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

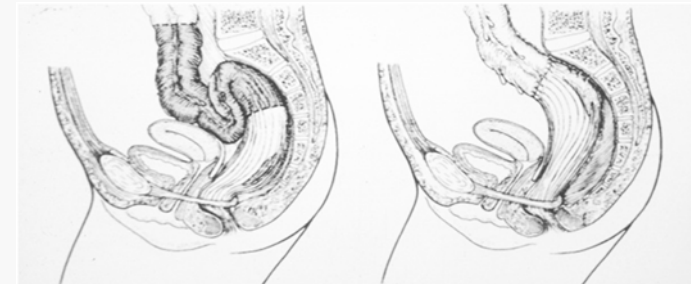
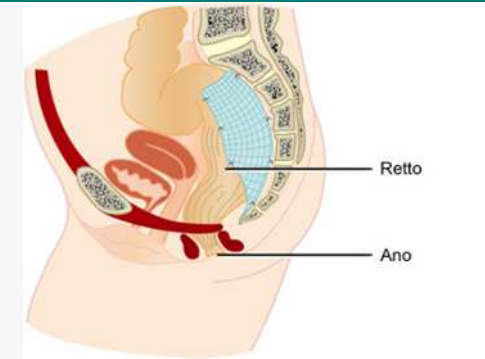
Approccio addominale

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

Rettopessi ventrale sec. D'Hoore

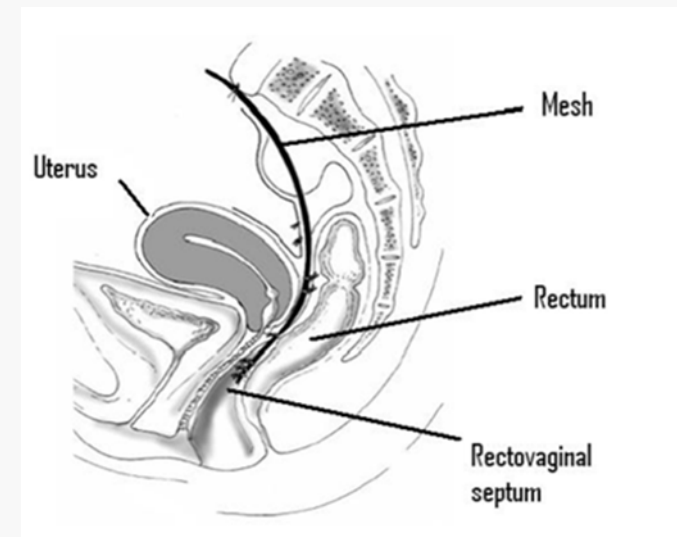
Approccio VLS

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

1. Rinforzo del setto retto-vaginale
2. Correzione del prolasso genitale
3. Migliora incontinenza fecale e la stipsi
4. 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



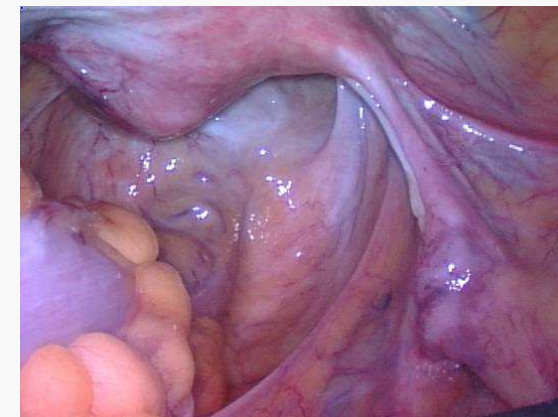
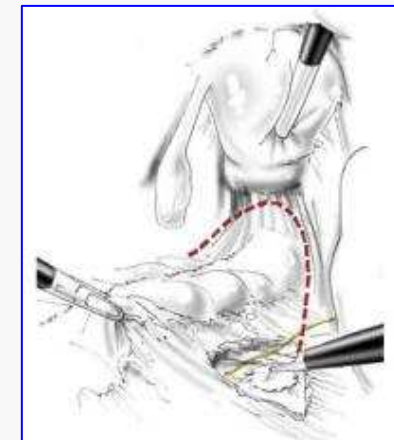
D'Hoore A et al. Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse. Br J Surg 2004.
D'Hoore A et al. Laparoscopic ventral recto(colpo)pexy for rectal prolapse: surgical technique and outcome for 109 patients. Surg Endosc 2006.

Prolasso rettale

Rettopessi ventrale

Videoassistita con protesi biologica

- 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 del peritoneo a J ed 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

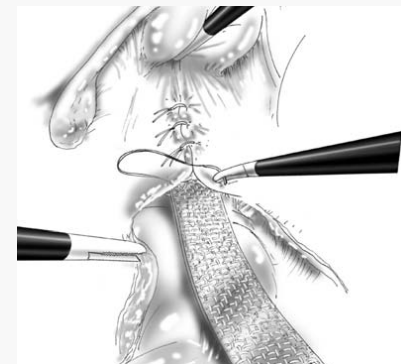
Rettopessi ventrale

Videoassistita con protesi biologica

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



Prolasso rettale

Rettopessi ventrale

1. Sicura
2. Corregge difetti multipli
3. Poche complicanze
4. Robotica: riproducibile

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%)
- Recidive : 2- 4,8% entro 5 aa.
- Preservazione dell' innervazione del retto
- Miglioramento della funzione sessuale
- Riduce la degenza post-op. ed i costi della terapia antalgica

Svantaggi

Complicanze:

- Infezione della mesh
- Erosione vaginale della mesh (5%)
- Distacco e dislocazione della mesh
- Sanguinamento
- Infezioni urinarie
- Dolore pelvico cronico

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

- New-onset stipsi postoperatoria: 2- 7%
- Persistenza stipsi: 7-27%
- Ripresentarsi della sintomatologia anche se in forma più lieve dopo 12 mesi
- Costo elevato della mesh biologica

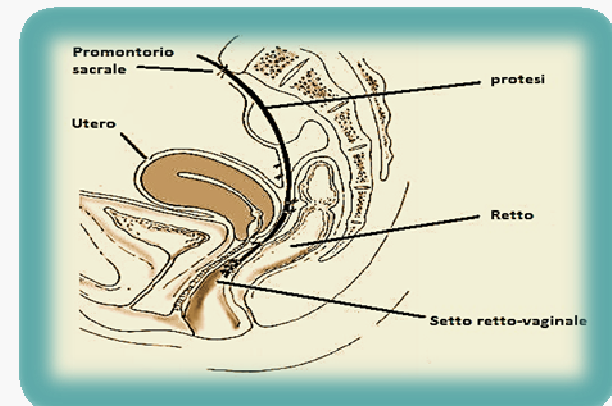
Prolasso rettale

Rettopessi ventrale

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

Razionale impiego della 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

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

Videoassistita con protesi biologica

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

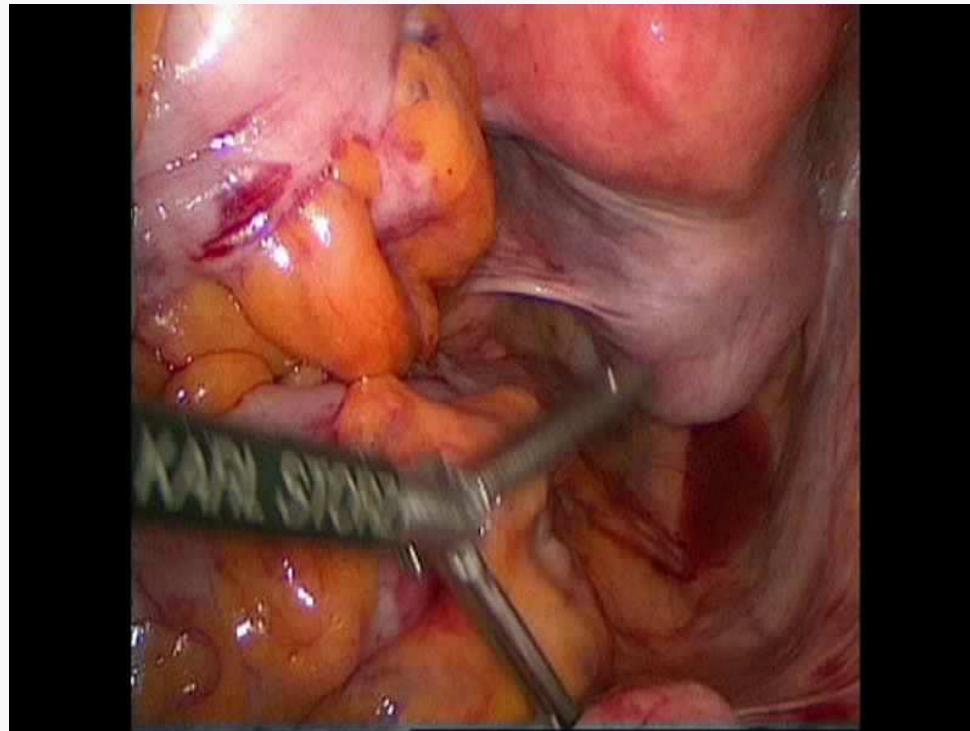


Rischio di incremento delle recidive (parziale riassorbimento della mesh)
Elevato costo della protesi

Prolasso rettale

Rettopessi ventrale

Videoassistita con protesi 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. (Ott. 2012- Mag. 2016) : età 54-83 aa.
- Score/Questionari

PFDI (Pelvic Floor Distress Inventory) score (0 a 300)
PFQI (Pelvic Floor Questionnaire Impact) 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 (o a 31)

Rettopessi ventrale

La nostra esperienza

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



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 Labs, 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/mon, <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 if they were delivered by Vaginal Delivery or a Caesarean Section.

Child	Birth Date	Delivery
1 st Child	___/___/___	Delive
2 nd Child	___/___/___	Delive
3 rd Child	___/___/___	Delive
4 th Child	___/___/___	Delive

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

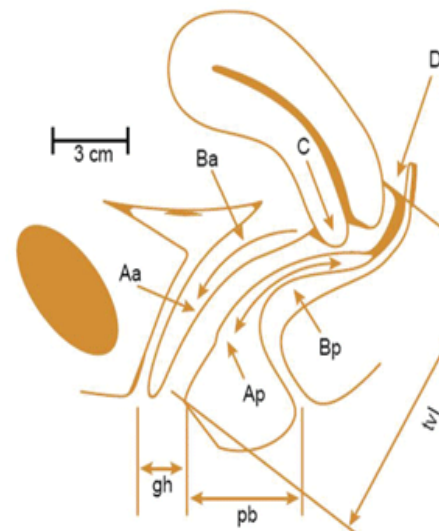
Difficulty: painful evacuation effort	Score
Never	0
Rarely	1
Sometimes	2
Usually	3
Always	4

Completeness: feeling incomplete evacuation	Score
Never	0
Rarely	1
Sometimes	2
Usually	3
Always	4

samples in both mean score of 2

Constipation: poorly defined describe normal evacuate between three days.² Mar attributed to pe bulk laxatives. shown that 2 pe States is affect investigations d ity, constipation makes applicati and anorectal f tion.^{16, 17}

POP-Q (pelvic organ prolapse quantification)

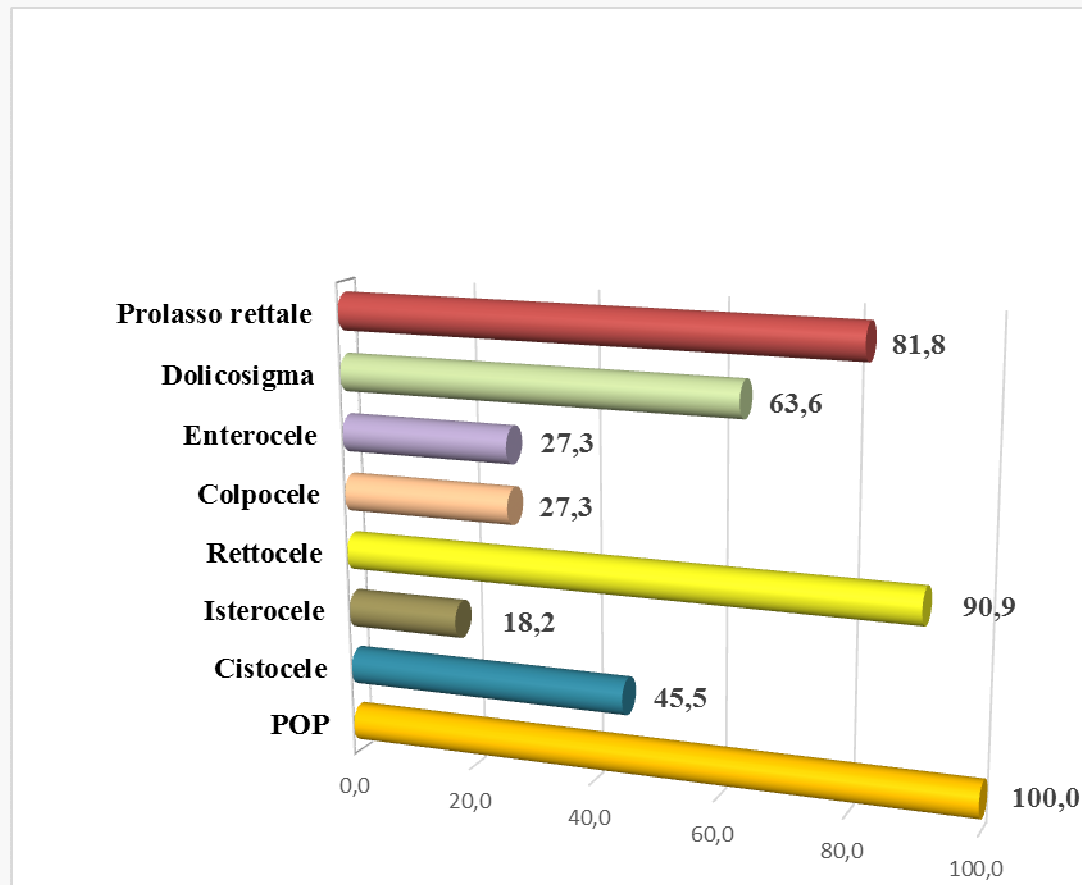


anterior wall	anterior wall	cervix or cuff
Aa	Ba	C
genital hiatus	perineal body	total vaginal length
gh	pb	tvl
posterior wall	posterior wall	posterior fornix
Ap	Bp	D

Rettopessi ventrale

La nostra esperienza

Multidisciplinare



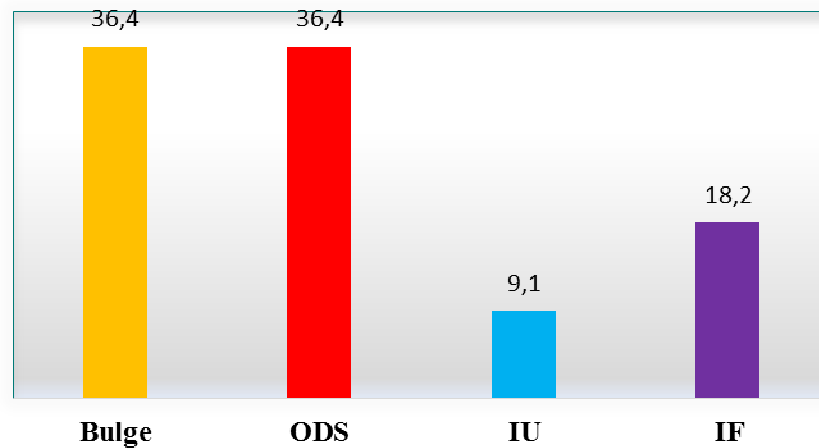
Quadro clinico alla
presentazione

Rettopessi ventrale

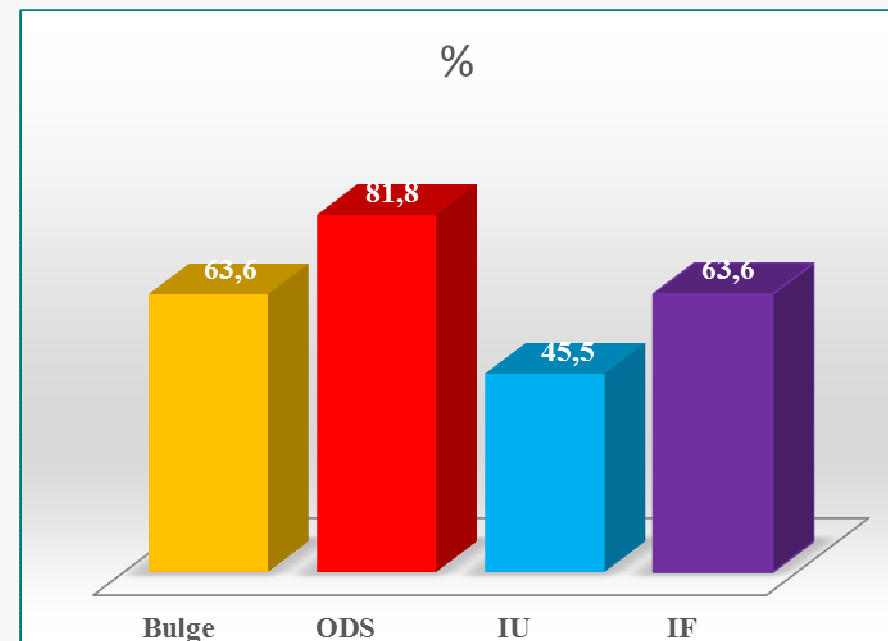
La nostra esperienza

Multidisciplinare

Sintomo principale



Frequenza dei sintomi



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)
Reintervento	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 coloretta e pelvica in toto (slow transit constipation, dissinergia retto-anale, 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 (anteporre 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

Come garantire un successo terapeutico?



*Un ringraziamento alla
Dr.ssa Silvia Severi ed ai
componenti del gruppo
multidisciplinare*

Grazie per l'attenzione!