

Trattamento chirurgico del rettocele

G. Meurette, A. Vénara, P.-A. Lehur

Il rettocele è definito da un'ernia della parete anteriore del retto. Il più delle volte questa protrusione avviene attraverso il setto rettovaginale. Eccezionalmente, è possibile che la protrusione sia laterale attraverso i muscoli elevatori oppure anteriore nell'uomo dopo prostatectomia, nella loggia prostatica. Le manifestazioni cliniche associate al rettocele sono molteplici: ginecologiche, tipo tumefazione vaginale, eventualmente associata a un prolasso urogenitale, o digestive, tipo ostruzione alla defecazione e, in questo caso, è spesso associato a un prolasso interno del retto. La decisione chirurgica si basa su un bilancio pelvico clinico completo, su un bilancio funzionale e morfologico basato su una valutazione precisa dei sintomi riferiti dai pazienti, su un bilancio radiologico anorettale (defecografia con opacizzazione delle anse del tenue e/o defeco-risonanza magnetica [RM]), su una manometria anorettale e su un bilancio urodinamico. La correzione del rettocele isolato può essere realizzata per via bassa, perineale. La via transanale tradizionale (Sullivan, Khubchandani) permette una plicatura endoluminale della muscolatura rettale e una resezione della mucosa rettale distesa dal rettocele. Essa tende a subire la concorrenza delle tecniche di resezione rettale transanale con graffe (STARR e trans-STARR), anche se questi approcci restano limitati a casi selezionati. L'accesso perineovaginale aggredisce il rettocele dalla sua faccia vaginale (il colpocele): delle borse concentriche e la rimessa in tensione della fascia rettale la riducono; una miorrafia dei muscoli elevatori dell'ano, rispettando il calibro della vagina, rinforza la riparazione e rimette in tensione il pavimento pelvico. La sospensione vaginale al legamento sacrospinoso (Richter) può completare il montaggio chirurgico in caso di associazione a un elitrocele. L'uso di protesi di rinforzo del setto rettovaginale per via perineale è oggetto di dibattiti non ancora risolti a causa di una valutazione ancora frammentaria del rischio di erosione, di infezione e di esposizione del materiale impiantato. Queste tecniche hanno una morbilità essenzialmente locale. I loro risultati funzionali, complessivamente buoni, rimangono dipendenti dal contesto clinico e dalla scelta dell'indicazione chirurgica. La via alta addominale è un accesso alternativo che può essere preferibile quando sono necessarie procedure associate sulla filiera urinaria e/o genitale, per un rettocele che si associa ad altri elementi di prolasso. Essa consente, dopo clivaggio rettovaginale e douglassectomia, di rinforzare il setto rettovaginale con una protesi non riassorbibile e di sospendere senza tensione la faccia anteriore del retto e posteriore della vagina al promontorio lombosacrale. L'approccio laparoscopico è, ora, lo standard per la realizzazione di questa procedura chirurgica di sospensione del piano posteriore della pelvi. Il trattamento chirurgico è indicato davanti a un rettocele sintomatico, quando la rieducazione mediante biofeedback di una dissincronia addomino-finterica e il trattamento medico della stipsi non hanno corretto la compromissione funzionale. In assenza di fattori predittivi del risultato postoperatorio, le pazienti devono essere informate del rischio di correzione incompleta dei sintomi o di insuccesso. Le anomalie associate della statica pelvipereineale devono essere identificate durante la gestione di un rettocele e trattate contemporaneamente.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Ano; Retto; Vagina; Pavimento pelvico; Rettocele; Prolasso; Stipsi; Incontinenza; Resezione rettale transanale; Sospensione vaginale; Laparoscopia

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	2	■ Trattamento chirurgico del rettocele anteriore della donna	2
■ Obiettivi terapeutici	2	Trattamento del rettocele per via transanale	3
■ Gestione perioperatoria	2	Trattamento del rettocele per via trans-perineo-vaginale	7
Preparazione alla chirurgia	2	Trattamento del rettocele per via addominale	8
Anestesia	2	Gesti associati al trattamento del rettocele	8
Cure postoperatorie	2	■ Indicazioni chirurgiche del rettocele anteriore della donna	9
		Scelta della tecnica chirurgica	10
		■ Caso particolare del rettocele nell'uomo	10
		■ Conclusioni	10

■ Introduzione

Il rettocele è una manifestazione anatomica frequente, definita dall'ernia della parete anteriore del retto attraverso il setto rettovaginale. Appartiene allo stesso tempo ai disturbi della statica rettale (di cui rappresenta una forma clinica) e, più in generale, ai disturbi della statica pelviperineale. È, in effetti, una delle componenti abituali dei prolassi genitali, dove il rettocele si incontra associato ad anomalie della statica dei piani pelvici, anteriore (urinario) e medio (genitale). Il rettocele, anche importante all'esame fisico, può essere completamente asintomatico. Non esiste, in effetti, alcuna correlazione anatomico-clinica tra l'entità di un'anomalia anatomica e i suoi sintomi funzionali. Esso non deve, quindi, essere corretto sistematicamente. L'espressione clinica dei rettoceli può essere duplice. Possono essere responsabili di manifestazioni, da un lato, digestive e, dall'altro, ginecologiche, associate in grado variabile. Questa dualità influenza le modalità del bilancio e della gestione chirurgica dei pazienti, che dipendono dal fatto che l'accento sia posto sul versante digestivo o ginecologico dei disturbi. L'attuale migliore conoscenza dei disturbi della statica pelviperineale e il loro approccio multidisciplinare rendono le pratiche più omogenee ^[1].

Questo lavoro si limita al trattamento chirurgico del rettocele anteriore della donna: saranno menzionati i rari rettoceli che si verificano nell'uomo (dopo prostatectomia) o i rettoceli posteriori della donna, che si esteriorizzano attraverso la parte posteriore del pavimento pelvico, ma il loro trattamento chirurgico è meno consensuale.

■ Obiettivi terapeutici

Quattro obiettivi devono essere raggiunti nel trattamento chirurgico del rettocele anteriore della donna:

- il primo obiettivo è la correzione duratura dell'ernia rettale, al fine di ripristinare una funzione anorettale vicina al normale. Il criterio di giudizio, qui, è essenzialmente funzionale e non anatomico: è la normalizzazione dell'evacuazione;
- il secondo obiettivo è una gestione pelviperineale globale che ricerca la correzione contemporanea, nello stesso intervento, delle anomalie associate al rettocele e responsabili di altri sintomi specifici: incontinenza urinaria eventualmente mascherata dal rettocele, prolasso uterino associato, incontinenza anale;
- il terzo obiettivo è di evitare di creare altri disturbi. Il trattamento deve evitare di smascherare altri disturbi della statica pelviperineale, come l'elitrocele e il cistocele, suscettibili di scompensarsi nel postoperatorio e di richiedere un nuovo intervento;
- infine, il quarto obiettivo è di non provocare delle sequele, sia dolorose, legate alle incisioni, che anali, con la comparsa di un'incontinenza postoperatoria, o, ancora, sessuali, con una dispareunia secondaria ^[2].

Per rispondere a queste specifiche, occorre realizzare una valutazione clinica e funzionale completa e lasciare ampio spazio a una pratica multidisciplinare, per garantire un risultato funzionale all'altezza delle aspettative ^[1, 2].

■ Gestione perioperatoria

Preparazione alla chirurgia

La chirurgia del rettocele richiede solo una preparazione limitata. Un clisma evacuativo la sera prima e la mattina dell'intervento è, abitualmente, sufficiente a garantire la vacuità del retto necessaria al comfort del chirurgo. Può essere consigliata una dieta povera di fibre durante la settimana prima del ricovero. Non vi sono indicazioni a una preparazione colica, indipendentemente dalla via d'accesso utilizzata. La preparazione vaginale è, viceversa, importante. Essa è modellata sulle raccomandazioni per la chirurgia vaginale e ha lo scopo di migliorare il trofismo vaginale e di limitare il rischio di infezione. Si

possono prescrivere degli ovuli di Colpotrophine® per tre settimane prima dell'intervento nelle pazienti anziane. Una doccia vaginale con Betadine® diluito è realizzata il giorno prima e la mattina dell'intervento. Si deve eseguire una preparazione cutanea addominale meticolosa con lavaggio con sapone. La rasatura addominale non è sistematica e, in caso di accesso addominale con posizionamento di una protesi non riassorbibile, dipende dall'entità della pelosità. La rasatura del perineo è limitata alla zona operatoria ed è realizzata solo dopo anestesia e installazione in posizione operatoria della paziente.

In questa chirurgia, sono raccomandate una prevenzione del rischio tromboembolico adattata al terreno e una profilassi antibiotica. Si esegue una profilassi antibiotica che comporta un'iniezione singola, all'induzione. Un catetere vescicale, posizionato al momento dell'installazione e mantenuto in sede durante l'intervento, può essere rimosso in sala risveglio, in funzione della presenza o meno di un gesto specifico urinario associato.

Anestesia

Per il trattamento del rettocele sono possibili diverse modalità anestetiche. In caso di accesso perineale isolato, l'anestesia peridurale locoregionale rappresenta un'opzione interessante per questa chirurgia, generalmente di breve durata (meno di 1 h in media), poco invasiva e non emorragica. L'anestesia locoregionale è raccomandata quando, per l'intervento, è richiesta la posizione prona (via transanale), perché facilita la mobilizzazione e l'installazione della paziente. Tuttavia, essa non è sempre ben tollerata e l'anestesia generale rimane un'opzione standard. La rotazione in posizione prona della paziente sotto anestesia generale si esegue con cautela, in presenza del chirurgo. La via addominale, in particolare laparoscopica, richiede un'anestesia generale.

Cure postoperatorie

In caso di intervento per via bassa, la degenza è breve, di due-quattro giorni. Il ricorso al trattamento ambulatoriale occupa un posto crescente nella gestione di questo tipo di chirurgia. Il catetere vescicale può essere rimosso lo stesso giorno dell'intervento. Occorre cercare di realizzare una ripresa facile del transito e limitare gli sforzi di spinta usando lassativi osmotici. Le cure locali (doccia e pulizia non sterile) non giustificano una gestione infermieristica a domicilio. Il dolore postoperatorio è, generalmente, limitato, nettamente minore rispetto, per esempio, a un'emorroidectomia. È ben controllato dagli analgesici di livello 2 e dagli antinfiammatori. Le infiltrazioni intraoperatorie di Naropina® forniscono un comfort supplementare. In caso di accesso addominale, la durata della degenza era tipicamente dell'ordine di quattro-sei giorni, mentre l'approccio laparoscopico permette di ridurre il tempo di ricovero a durate molto brevi. Anche in questo caso, la chirurgia ambulatoriale è stata sperimentata con risultati promettenti. I postumi sono quelli della chirurgia dei prolassi.

■ Trattamento chirurgico del rettocele anteriore della donna

Sono state descritte numerose tecniche per la correzione chirurgica dei rettoceli. A lungo trattati dai chirurghi ginecologi, il primo accesso a questa patologia è stato vaginale o perineale. Con lo sviluppo di indagini funzionali anorettali efficienti e il riconoscimento del ruolo del rettocele nei disturbi dell'evacuazione rettale negli anni 1980, è stato sviluppato e progressivamente adottato dai chirurghi digestivi un accesso transanale dei rettoceli. Attualmente, si privilegia la gestione multidisciplinare dei disturbi della statica pelviperineale. Il trattamento dei rettoceli si integra in una strategia globale di correzione delle varie anomalie identificate o potenziali.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8725533>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8725533>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)