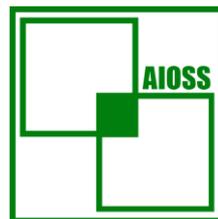
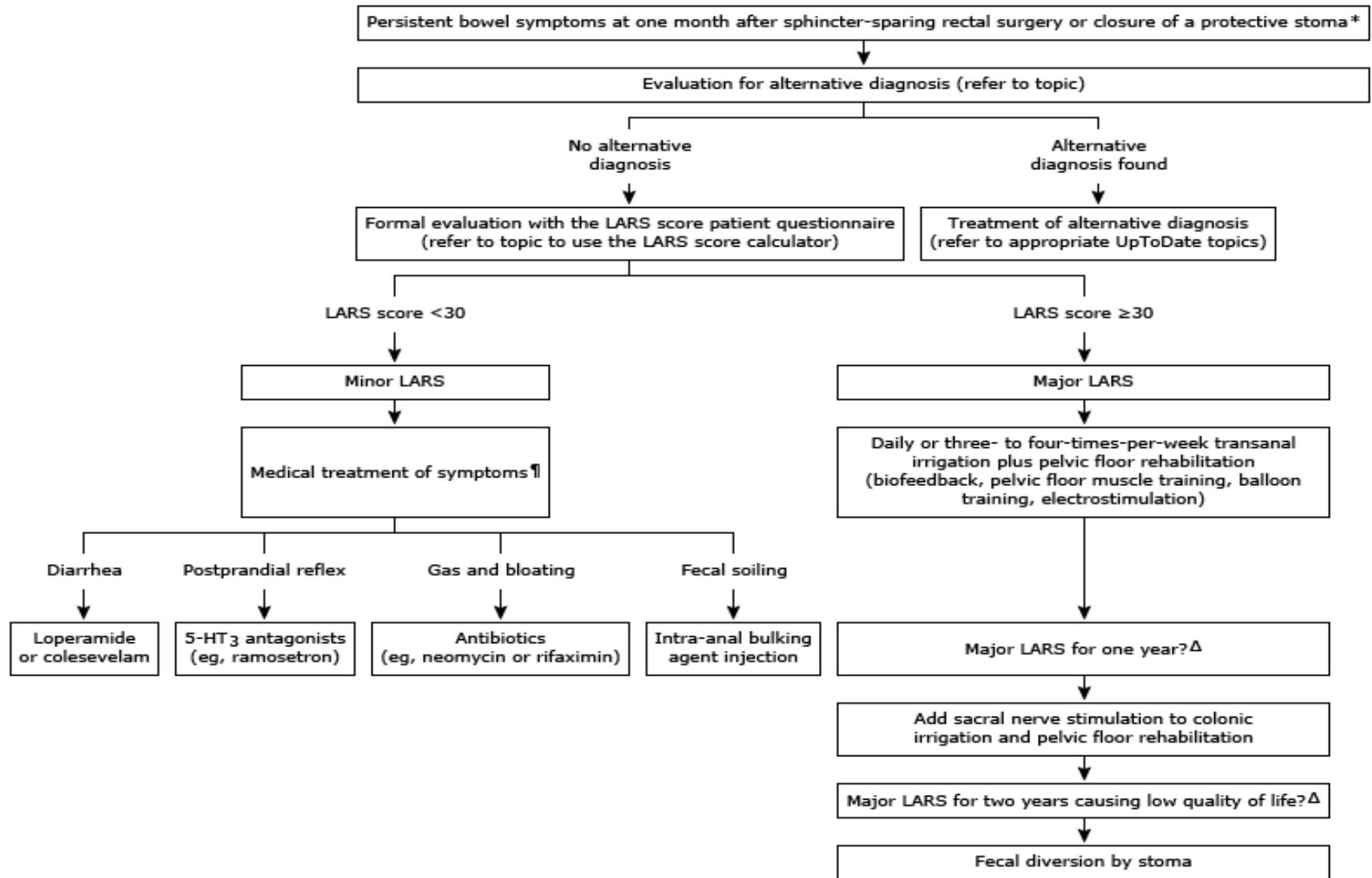


LARS, SINDROME DA RESEZIONE ANTERIORE DEL RETTO: MULTIDISCIPLINARIETÀ, PERCORSI E CURA DELLA PERSONA; OLTRE LA STOMIA



La riabilitazione del pavimento pelvico per i pazienti
con sindrome da resezione anteriore del retto:
strumenti, percorsi e timing

Lucia Mensi
Infermiera Stomaterapista
Asl 3 P.O. Villa Scassi



* Symptoms suggestive of LARS include fecal incontinence or urgency, frequent or fragmented bowel movements, emptying difficulties, and increased intestinal gas.

¶ Treatments may be combined if patients have more than one symptom.

Δ Patients who have minor LARS on reassessment can be treated medically. Refer to the "Minor LARS" section for details.



I pazienti che hanno un punteggio LARS ≥ 30 hanno un LARS maggiore, con un impatto negativo significativo sulla qualità della vita dei pazienti.

I soggetti con LARS maggiore in genere richiedono una terapia multimodale piuttosto che un trattamento medico per i singoli sintomi come descritto sopra (algoritmo 1).

La terapia multimodale per LARS prevede:

- irrigazione transanale
- riabilitazione del pavimento pelvico
 - ◇ biofeedback
 - ◇ allenamento muscolare del pavimento pelvico
 - ◇ training con palloncino
 - ◇ elettrostimolazione



I pazienti con LARS maggiore dovrebbero ricevere tale trattamento da sei mesi a un anno, prima di essere rivalutati con il punteggio LARS.

I pazienti che non presentano più una LARS maggiore alla valutazione successiva possono essere trattati farmacologicamente, per eventuali sintomi che persistono.

I pazienti che continuano ad avere una LARS maggiore dopo un anno di terapia multimodale devono essere trattati con neurostimolazione (p. es., stimolazione del nervo sacrale).

Ai pazienti che non rispondono alla neurostimolazione e continuano ad avere una LARS importante e una qualità della vita gravemente compromessa, dovrebbe essere proposta (dopo due anni dall'inizio della terapia multimodale) una stomia derivativa.

STRUMENTI x la valutazione



QUESTIONARI



ISPEZIONE



ESPLORAZIONE



Questionario di anamnesi infermieristica

Scala di Bristol

Scala di Wexner (Cleveland Clinic Florida Fecal Incontinence)

Diario delle evacuazioni

Scala di Rockwood

Scala di LARS

La riabilitazione del pavimento pelvico per i pazienti con LARS: strumenti, percorsi e timing



Questionario di anamnesi infermieristica (ausilio per consulenti/terapisti)

Quali sono attualmente i suoi principali sintomi

Da quando li avverte? Come si sono sviluppati dopo l'intervento?

Frequenza

Attuale frequenza delle defecazioni (nei giorni migliori e peggiori): precedente frequenza delle defecazioni (prima dell'intervento)

Consistenza

Attuale consistenza delle feci (Bristol Stool Score, vedi capitolo Consistenza). Precedente consistenza delle feci (prima dell'intervento): la consistenza delle feci è variabile? Ha notato le cause/i motivi di queste variazioni? Presenza di sangue? Muco?

Incontinenza

*Riesce a distinguere tra fuoriuscita di gas e feci?
Soffre di una forte fuoriuscita di gas?*



Riesce a controllare la fuoriuscita di gas? (Sempre, qualche volta, mai)

Ha mai avuto una fuoriuscita incontrollata di feci? Sì/No

Se sì, con quale frequenza? In quale quantità? Durante quale attività? Cosa favorisce la fuoriuscita incontrollata di feci?



Se soffre di incontinenza fecale, qual è la consistenza delle feci (Bristol Stool Score vedi capitolo Consistenza)?



*Avverte lo stimolo a defecare prima della perdita incontrollata di feci? Sì/No
Quanto tempo ha per recarsi in bagno dopo lo stimolo?*

Riesce a rimandare la defecazione? Se sì, per quanto tempo?



La riabilitazione del pavimento pelvico per i pazienti con LARS: strumenti, percorsi e timing



*Con quale frequenza soffre di incontinenza da urgenza? Mai, raramente, qualche volta, spesso
Ha dolori all'addome o flatulenza?*

*Le capita in imbrattarsi la biancheria intima? Sì/no/qualche volta
Problemi intestinali di notte?*

Si sveglia di notte: per incontinenza o per andare in bagno?

Sensazione di evacuazione incompleta

*Sente lo stimolo a tornare in bagno entro un'ora dall'ultima defecazione?
Le succede di imbrattare la biancheria intima dopo la defecazione?*

*Quanto tempo dopo la defecazione Le succede di imbrattare la biancheria intima? Usa protezioni
contro l'incontinenza? Altri ausili (pannoloni, pannoloni a mutandina, assorbenti, tamponi anali)?
Nome del prodotto, consumo al giorno?*

Abitudini di defecazione prima dell'intervento

E prima della chemioterapia e/o radioterapia (prima della diagnosi)



La riabilitazione del pavimento pelvico per i pazienti con LARS: strumenti, percorsi e timing



Misure precedenti

C'è stata una visita del proctologo? Risultato?

Attuali farmaci contro i problemi intestinali: (verificare la corretta assunzione dei farmaci)

Quali farmaci ha già provato per regolare l'intestino? Quali effetti hanno avuto?

Altri farmaci?

Anamnesi

Resezione intestinale: distanza dallo sfintere? Insufficienza dell'anastomosi? Tecnica chirurgica (anastomotica)

Chemioterapia/radioterapia? Effetti collaterali?

Sussiste un'incontinenza urinaria?

Sì/no

Se sì: incontinenza da urgenza / da sforzo / combinata

Condizioni nutrizionali generali

L'asportazione o l'accorciamento di un tratto intestinale può ridurre o impedire l'assorbimento di sostanze nutritive vitali

Limitata assunzione di sostanze nutritive, stato dentale, mucose orali

Alimentazione

Bevande gassate

Edulcoranti artificiali

Caffeina/teina al giorno

Fumo

BMI

Variazione del peso dopo l'intervento?

Peso

multidisciplinarietà

ANAMNESI SPECIALE

dedicata e delicata

Dati privati e talvolta
imbarazzanti
Dati celati o
riferiti "a rate"





Per rilevare in modo più obiettivo l'alterazione dell'evacuazione, sarebbe auspicabile realizzare un'anamnesi delle funzioni defecatorie già al momento della diagnosi, quindi prima della chemioterapia e/o radioterapia e prima della resezione del retto e del confezionamento della stomia.

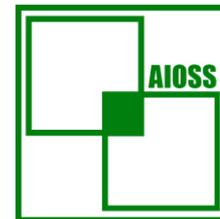
Ciò può avvenire anche dopo l'operazione.

SCALA di BRISTOL

- ASPETTO
- CONSISTENZA
- FORMA

Tipo 1		Grumi duri e separati, simili a noci (difficili da espellere)
Tipo 2		A forma di salsiccia, ma grumosa
Tipo 3		Simile ad una salsiccia, ma con crepe sulla superficie
Tipo 4		A forma di salsiccia o serpente, liscia e morbida
Tipo 5		Grumi morbidi con bordi ben definiti (si espelle facilmente)
Tipo 6		Pezzi lanuginosi con bordi frastagliati, feci pastose
Tipo 7		Acquosa, senza pezzi solidi. Interamente liquida

La riabilitazione del pavimento pelvico per i pazienti con LARS: strumenti, percorsi e timing

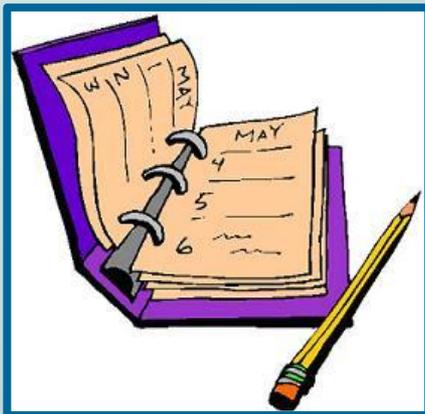


Cleveland Clinic Florida Fecal Incontinence Score (Wexner-Score)
Consegnare il questionario al paziente senza punteggio e valutazione

Classificazione dell'incontinenza	Frequenza				
	Mai	Meno di una volta al mese	1 o più volte al mese però meno di una volta a settimana	1 o più volte alla settimana però meno di una volta al giorno	Più di una volta al giorno
Feci solide	0	1	2	3	4
Feci liquide	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Uso di pannoloni	0	1	2	3	4
Peggioramento della qualità di vita	0	1	2	3	4
Continenza = 0 punti, incontinenza massima = 20 punti					

La riabilitazione del pavimento pelvico per i pazienti con LARS: strumenti, percorsi e timing

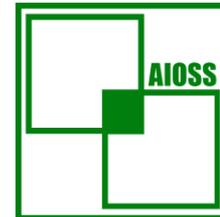
Diario delle evacuazioni



Nome Data		Diario delle feci					
Ora	Apporto idrico Tipo di bevanda	Quantità di feci: abbondante/scarsa	Stimolo a defecare sì/no	Qualità delle feci	Emissione d'aria	Perdita di feci *Vedi in basso	Ausili Farmaci
07.__							
08.__							
09.__							
10.__							
11.__							
12.__							
13.__							
14.__							
15.__							
16.__							
17.__							
18.__							
19.__							
20.__							
21.__							
22.__							
23.__							
24.__							
01.__							
02.__							
03.__							
04.__							
05.__							
06.__							

*Perdita di feci: 0=nessuna, 1=imbrattamento (soiling) 2=perdita di feci liquide 3=perdita di feci solide

La riabilitazione del pavimento pelvico per i pazienti con LARS: strumenti, percorsi e timing



9.4. Rockwood-Score (qualità di vita)



Scala di Rockwood						
Consegnare il questionario al paziente senza punteggio						
I valori dello score variano da 1 a 4: 1 indica un debole stato funzionale della qualità di vita.						
Domanda 1: In generale come definirebbe la sua salute:						
1	eccellente					
2	molto buona					
3	buona					
4	discreta					
5	pessima					
Domanda 2: Risponda alle seguenti domande indicando come vengono limitate le sue attività a causa dell'incontinenza alle feci. (Se le attività vengono limitate da problemi diversi da quelli dell'incontinenza faccia una croce su "non mi riguarda").						
A causa dell'incontinenza:	La maggior parte delle volte	Alcune volte	Poche volte	Mai	Non mi riguarda	
a	Ho paura di uscire di casa	1	2	3	4	
b	Evito di far visita agli amici	1	2	3	4	
c	Evito di star fuori di notte lontano da casa	1	2	3	4	
d	Mi è difficile uscire di casa per andare al cinema o in chiesa	1	2	3	4	
e	Mangio meno quando devo uscire di casa	1	2	3	4	
f	Quando sono fuori casa cerco sempre di avere un bagno vicino	1	2	3	4	

Domanda 3: In base al modo in cui l'incontinenza interferisce sulla sua vita, scelga la risposta che meglio descrive quanto siano vere o false le seguenti affermazioni. (Se le attività vengono limitate da problemi diversi da quelli dell'incontinenza faccia una croce su "non mi riguarda").

A causa dell'incontinenza:	Certamente vero	Quasi vero	Quasi falso	Falso	Non mi riguarda	
a	Provo vergogna della mia incontinenza	1	2	3	4	
b	Non riesco a fare molte delle cose che vorrei	1	2	3	4	
c	Sono preoccupato di non riuscire a trattenere le feci (e di sporcarmi)	1	2	3	4	
d	Mi sento depresso	1	2	3	4	
e	Sono preoccupato che gli altri sentano odore di feci su di me	1	2	3	4	
f	Sento come se non fossi una persona sana	1	2	3	4	
g	Gusto meno i piaceri della vita	1	2	3	4	
h	Ho meno rapporti sessuali di quanto vorrei	1	2	3	4	
i	Mi sento diverso rispetto agli altri	1	2	3	4	



Il **Wexner Score** è molto breve e facile, ma non tiene conto della consistenza delle feci né della frequenza defecatoria, che sono invece importanti fattori nella sintomatologia LAR

Può essere utile tenere un **diario delle evacuazioni** per diversi giorni, ciò richiede un'elevata compliance del paziente.

La versione italiana del **questionario Rockwood** sulla qualità di vita in caso di incontinenza fecale è stata validata da Donato F. Altomare e altri (Chirurgia italiana 2005, vol. 57, n. 2)
Poiché il questionario è molto dettagliato, è opportuno riflettere su come utilizzarlo.

La riabilitazione del pavimento pelvico per i pazienti con LARS: strumenti, percorsi e timing



Il punteggio "LARS" è il più appropriato per misurare la gravità dell'ARS e il suo impatto sulla qualità della vita.

Questo punteggio include cinque item:

- 1) incontinenza ai gas,
- 2) incontinenza per feci liquide,
- 3) frequenza,
- 4) frammentazione
- 5) urgenza

Il punteggio distingue:

assenza di ARS	(0-20)
ARS minore	(21-29)
ARS maggiore	(30-42).

Appendix A. LARS score: scoring instructions

Add the scores from each 5 answers to one final score.

Do you ever have occasions when you cannot control your flatus (wind)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, never | 0 |
| <input type="checkbox"/> Yes, less than once per week | 4 |
| <input type="checkbox"/> Yes, at least once per week | 7 |

Do you ever have any accidental leakage of liquid stool?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, never | 0 |
| <input type="checkbox"/> Yes, less than once per week | 3 |
| <input type="checkbox"/> Yes, at least once per week | 3 |

How often do you open your bowels?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> More than 7 times per day (24 hours) | 4 |
| <input type="checkbox"/> 4-7 times per day | 2 |
| <input type="checkbox"/> 1-3 times per day | 0 |
| <input type="checkbox"/> Less than once per day per day | 5 |

Do you ever have to open your bowels again within one hour of the last bowel opening?

- | | |
|---|----|
| <input type="checkbox"/> No, never | 0 |
| <input type="checkbox"/> Yes, less than once per week | 9 |
| <input type="checkbox"/> Yes, at least once per week | 11 |

Do you ever have such a strong urge to open your bowels that you have to rush to the toilet?

- | | |
|---|----|
| <input type="checkbox"/> No, never | 0 |
| <input type="checkbox"/> Yes, less than once per week | 11 |
| <input type="checkbox"/> Yes, at least once per week | 16 |

Total Score:

Interpretation:

- 0-20: No LARS
- 21-29: Minor LARS
- 30-42: Major LARS

SCALA DI LARS**1. LE SUCCEDE DI NON CONTROLLARE L'EMISSIONE DI ARIA?**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No, mai | 0 |
| <input type="checkbox"/> Sí, meno di una volta a settimana | 4 |
| <input type="checkbox"/> Sí, almeno una volta a settimana | 7 |

2. LE SUCCEDE DI PERDERE FECI LIQUIDE?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No, mai | 0 |
| <input type="checkbox"/> Sí, meno di una volta a settimana | 3 |
| <input type="checkbox"/> Sí, almeno una volta a settimana | 3 |

3. CON CHE FREQUENZA SVUOTA L'INTESTINO?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> più di 7 volte al giorno (24 ore) | 4 |
| <input type="checkbox"/> da 4 a 7 volte al giorno (24 ore) | 2 |
| <input type="checkbox"/> da 1 a 3 volte al giorno (24 ore) | 0 |
| <input type="checkbox"/> Meno di 1 volta al giorno | 5 |

4. LE CAPITA DI DOVER DEFECARE PRIMA DI UN'ORA DALLA PRECEDENTE EVACUAZIONE?

- | | |
|--|----|
| <input type="checkbox"/> No, mai | 0 |
| <input type="checkbox"/> Sí, meno di una volta a settimana | 9 |
| <input type="checkbox"/> Sí, almeno una volta a settimana | 11 |

5. LE CAPITA DI AVERE UNA NECESSITA' COSI' URGENTE DI DEFECARE DA DOVER CORRERE PER ARRIVARE IN BAGNO?

- | | |
|--|----|
| <input type="checkbox"/> No, mai | 0 |
| <input type="checkbox"/> Sí, meno di una volta a settimana | 11 |
| <input type="checkbox"/> Sí, almeno una volta a settimana | 16 |

Interpretation:

0—20: No LARS

21—29: Minor LARS

30—42: Major LARS



**Il questionario LARS validato e tradotto
(Emmertsen & Laurberg, 2012)
è composto da cinque domande
è semplice e offre un primo spunto
sull'entità e la natura dei sintomi..**

STRUMENTI x la valutazione



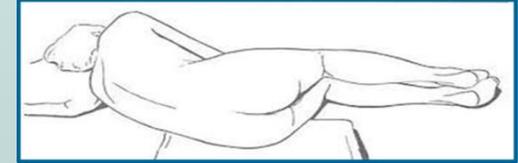
QUESTIONARI



ISPEZIONE



ESPLORAZIONE



Un esame obiettivo dettagliato è una componente essenziale nella valutazione dei pazienti con incontinenza fecale

Elementi per una completa valutazione di questi pazienti include l'ispezione esterna del perineo.

A livello della cute perineale è importante identificare la presenza di feci, irritazione cutanea o escoriazioni, cicatrici chirurgiche, ispessimenti del perineo, ano beante, o patologie come l'apertura di una fistola all'esterno o di un prolasso rettale.

Così come andrebbe sempre valutata la sensibilità perineale.

La riabilitazione del pavimento pelvico per i pazienti con LARS: strumenti, percorsi e timing

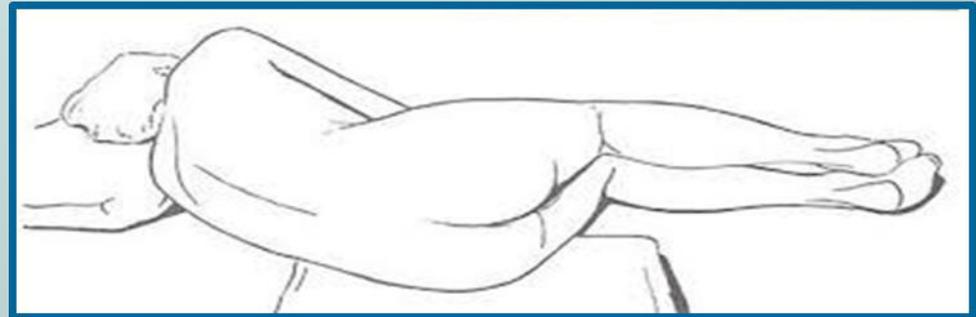
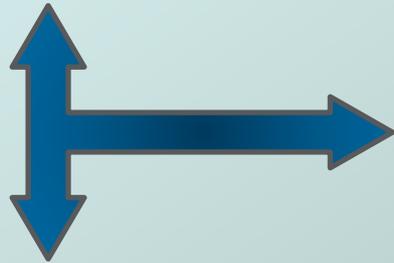


Problemi cutanei anali

Lesione/irritazione cutanea

Prurito

Attuale trattamento cutaneo



Esame clinico

Ispezione

Come si presenta l'ano? Cicatrici? Ragadi? Irritazione cutanea?

IRRITAZIONE CUTANEA

La diarrea frequente e l'umidità danneggiano il manto protettivo acido della cute.

Definizione:

Dermatite associata a incontinenza (IAD) – sinonimo di eczema

La dermatite associata a incontinenza è una tipologia specifica di dermatite irritativa da contatto, che si manifesta con un arrossamento o edemi della cute perianale o perigenitale (Gray et al., 2007). La IAD può essere accompagnata da vescicole, erosioni o gravi infezioni cutanee. La dermatite danneggia la funzione di barriera della cute, provocando complicanze come infezioni o micosi. La IAD è spesso accompagnata da dolore e bruciore.

Diagnosi differenziale:

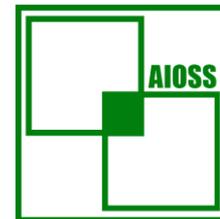
Il danno cutaneo della zona anale deve essere distinto dal decubito di grado uno e dalle micosi. Lo scopo è di escludere eventuali patologie dermatologiche, che richiedono il trattamento di un dermatologo e non sono da considerarsi conseguenze dirette della resezione rettale.



Prodotti topici contro le irritazioni cutanee

	Ingredienti	Indicazioni	Applicazione
	Dimeticone, polietilenglicole Glicerina Povidone Alcol stearilico	Terapia e profilassi della dermatite. Favorisce l'umidificazione naturale della pelle.	Pulire accuratamente l'area interessata. Stendere uno strato di 2-3 mm. Lavabile con acqua tiepida. Non penetra nella pelle. Non si attacca ai tessuti.
	Non contiene coloranti né profumi Chlorexidina Dexpantenolo	Da impiegare per piccole lesioni superficiali.	Applicabile più volte al giorno. Coprire la ferita e cambiare regolarmente.
	Film protettivo cutaneo a base di terpolimero acrilico	Cura della stomia Dermatite associata a incontinenza	Agisce fino a 72 ore Ripulire regolarmente Traspirante Applicare al massimo 2 volte a settimana. Lasciare asciugare completamente.
	Estratti di oliva	Irritazioni cutanee	Spalmare uno strato sottile
	Polimeri	Utilizzabile anche su pelle danneggiata	La pellicola polimerica consente di eliminare facilmente lo sporco
	Senza lanolina, parabeni, profumi e silicone Aloe Vera, ceramide, olio di cartamo, glicerina, olio di jojoba, solfato di magnesio, olio di mais, olio di enotera, pantenolo, burro di shea, urea, ossido di zinco, stearato di zinco, complesso di vitamine A, C ed E	Ha effetto stabilizzante su pelle fortemente danneggiata e sensibile nonché su pelle irritata, macerata e secca. Forma una pellicola protettiva.	Forma una pellicola protettiva biancastra. Protegge dalla macerazione e al contempo cura le zone cutanee secche e sensibili. Sotto alla fasciatura il film protettivo a tre fasi si assottiglia dopo tre giorni, ma mantiene la sua azione curante. Può essere rimosso facilmente nella fase bagnata.

sindrome da resezione anteriore del retto:
 multidisciplinarietà, percorsi e cura della persona;
 oltre la stomia



Prodotti topici contro le irritazioni cutanee

<p>Senza conservanti e profumi Ottima tollerabilità</p> <p>Emulsione olio-acqua</p>	<p>Per pelli fortemente danneggiate e irritate</p>	
<p>Creatina</p>	<p>Incontinenza fecale/lesioni</p>	<p>Pulire senza acqua</p>
<p>Esiste una crema protettiva senza ossido di zinco. Entrambe le creme contengono: creatina, bisabololo, acidi grassi essenziali, aminoacidi e olio di mandorle. Emulsione acqua/olio pH-neutra sulla pelle</p>	<p>Dermatite associata a incontinenza</p>	<p>Spalmare uno strato sottile. Forma una barriera protettiva trasparente. Il bisabololo rigenera e cura la pelle.</p>
<p>Senza lattice Senza profumi pH-neutra sulla pelle</p> <p>Manuca e zinco</p>	<p>Dermatite associata a incontinenza</p>	

STRUMENTI x la valutazione



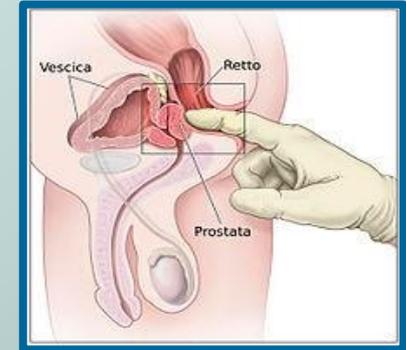
QUESTIONARI



ISPEZIONE



ESPLORAZIONE



L'esplorazione rettale può permettere anche una stima grossolana delle pressioni a riposo del canale anale e durante contrazione volontaria, oltre alla valutazione della coordinazione dei muscoli, l'eventuale uso dei muscoli accessori dei glutei e dell'integrità dello sfintere. E' importante inoltre escludere la presenza di stenosi o impatto di feci nel retto, che possano suggerire altri meccanismi dell'incontinenza.

La riabilitazione del pavimento pelvico per i pazienti con LARS: strumenti, percorsi e timing

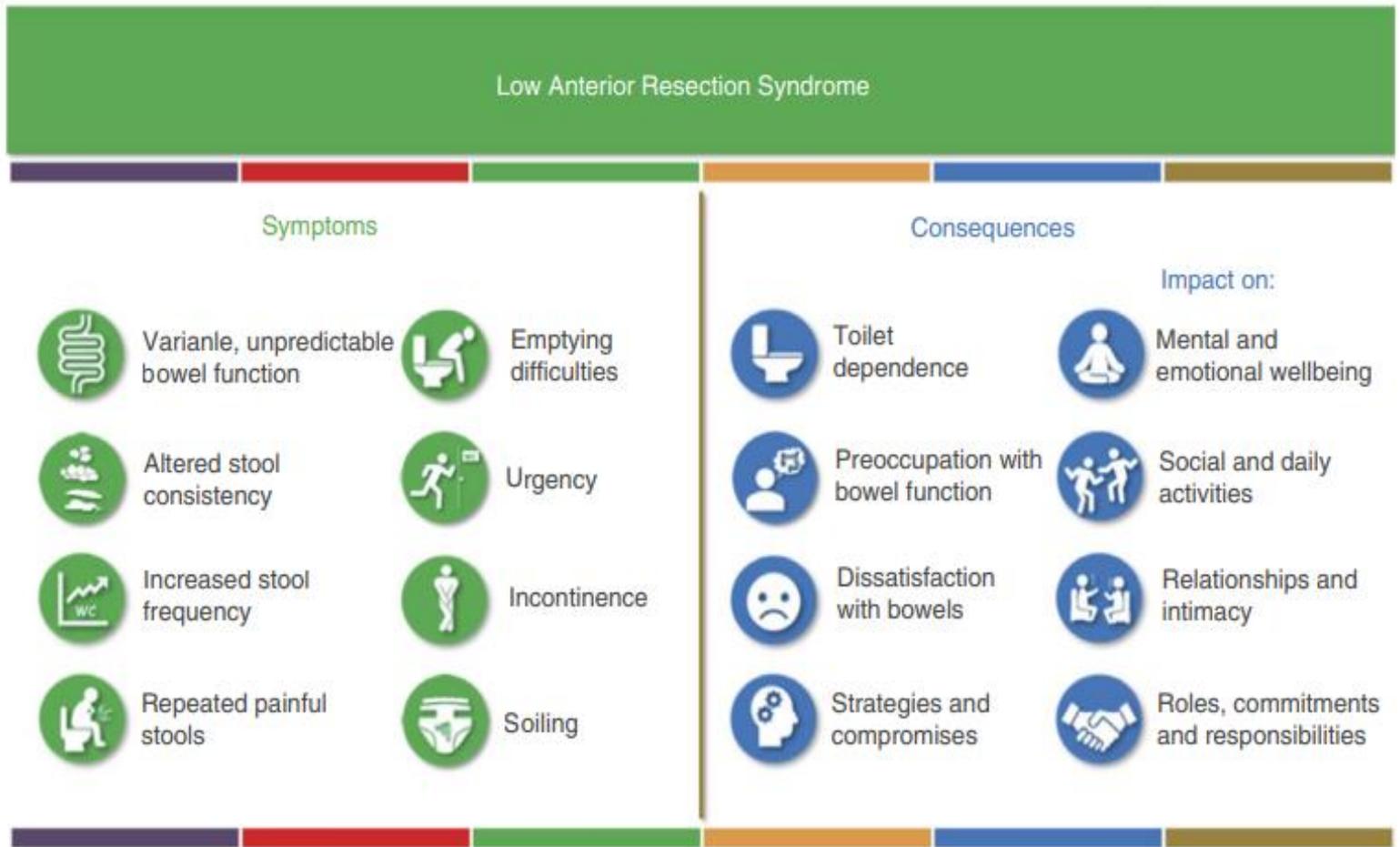


FIGURA 2 Definizione di consenso internazionale della sindrome della resezione anteriore bassa (LARS). LARS è definito come uno o più sintomi con una o più conseguenze a seguito di resezione anteriore [6]

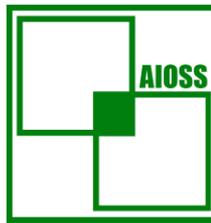


STRUMENTI PER LA RIABILITAZIONE



La riabilitazione del pavimento pelvico
è stata accettata
come tecnica standard
per il trattamento
dell'incontinenza fecale.

La riabilitazione del pavimento pelvico per i pazienti con LARS: strumenti, percorsi e timing



Component	Acronym	Expected benefit
Pelvic floor muscle training	PFMT	May reduce leakage by improving the structural support, timing and strength of automatic contractions
Biofeedback training	BF	Can help patients by optimizing their motor response through visual and hearing signals, lowering the threshold for the discrimination of a rectal sensation of distension and synchronizing voluntary contraction of the external anal sphincter in response to such distension
Rectal balloon training	RBT	May improve rectal sensitivity by stepwise reductions in rectal balloon distension, in order to distinguish smaller rectal volumes, tolerate urgency by using progressive distension or using a voluntary anal squeeze to counteract the recto-anal inhibitory reflex in response to rectal filling

TABELLA 2

Riabilitazione del pavimento pelvico: possibili benefici per i pazienti con sindrome da resezione anteriore bassa

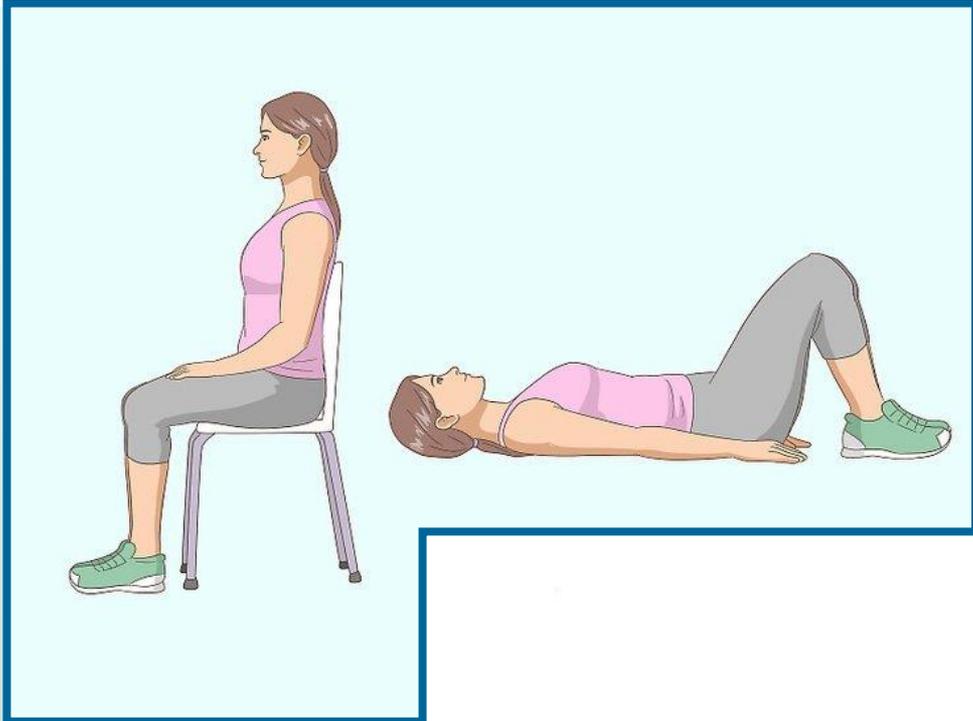
P. Christensen et al. Management guidelines for low anterior resection syndrome – the MANUEL project. Colorectal Disease. 2021;23:461–475

Tipologia	Acronimo	Beneficio atteso
Training muscolare del pavimento pelvico	PFMT	Può ridurre le perdite migliorando il supporto strutturale, i tempi e la forza delle contrazioni automatiche
Training con biofeedback	BFB	Può aiutare i pazienti ottimizzando la loro risposta motoria attraverso segnali visivi e uditivi, abbassando la soglia per la discriminazione di una sensazione di distensione rettale e sincronizzando la contrazione volontaria dello sfintere anale esterno in risposta a tale distensione.
Training rettale con palloncino	RBT	Può migliorare la sensibilità rettale mediante riduzioni graduali della distensione del palloncino rettale, al fine di distinguere volumi rettali più piccoli, tollerare l'urgenza utilizzando la distensione progressiva o utilizzando una compressione anale volontaria per contrastare il riflesso inibitorio retto-anale in risposta al riempimento rettale



Traning muscolare del pavimento pelvico esercizi di Kegel

La riabilitazione del pavimento pelvico per i pazienti con LARS: strumenti, percorsi e timing



La riabilitazione del pavimento pelvico per i pazienti con LARS: strumenti, percorsi e timing



Esercizi per il pavimento pelvico



**Risveglio
della muscolatura**

Gamba a 90 gradi



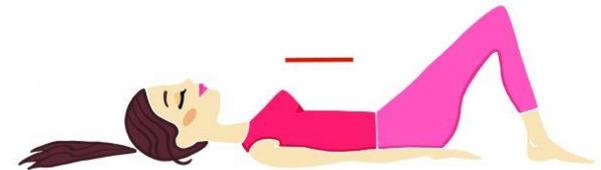
Da sdraiata



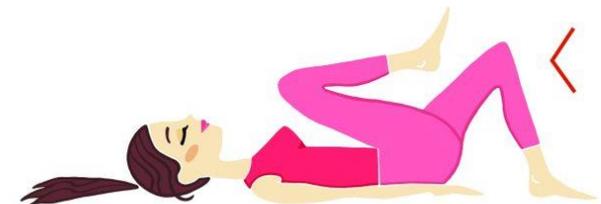
In piedi



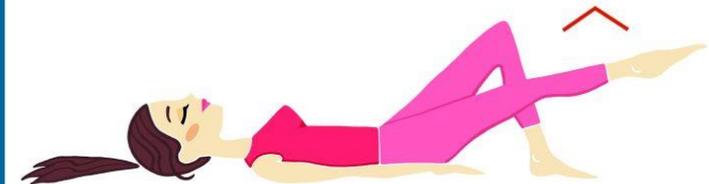
Da terra



Distendersi schiena a terra con le gambe piegate e i piedi ben appoggiati al suolo.



Portare il ginocchio destro al petto, facendo aderire ancora meglio la zona lombare al pavimento. Espirando, contrarre l'addome tirando dentro la pancia (come per allacciare un paio di pantaloni stretti in vita) e contemporaneamente distendere la gamba in avanti, senza staccare la schiena da terra.



Riportarla flessa al petto e poi distenderla nuovamente avanti. Eseguire 10 ripetizioni e poi cambiare gamba.



In uno studio, i pazienti che hanno eseguito regolarmente gli esercizi di Kegel dopo resezione con risparmio dello sfintere, hanno riportato punteggi di qualità della vita più elevati rispetto ai pazienti che non l'hanno fatto



BIOFEEDBACK (B.F.B)

DEFINIZIONE:

tecnica in cui le informazioni relative ad un processo fisiologico sono presentate al paziente con un segnale visivo ed acustico.

Il segnale è dato da un dato misurabile che viene usato per avere un miglioramento terapeutico.

Il dato è modificabile e autovalutativo.

E' UNA STRATEGIA DI APPRENDIMENTO

La riabilitazione del pavimento pelvico per i pazienti con LARS: strumenti, percorsi e timing



LARS

sindrome da resezione anteriore del retto:
multidisciplinarietà, percorsi e cura della persona;
oltre la stomia



BIOFEEDBACK (B.F.B) IN CONTRAZIONE



VID-20220901-WA0001.mp4

LARS

sindrome da resezione anteriore del retto:
multidisciplinarietà, percorsi e cura della persona;
oltre la stomia



BIOFEEDBACK (B.F.B) IN RILASCIAMENTO



VID_20230224_104255.mp4

La riabilitazione del pavimento pelvico per i pazienti con LARS:
strumenti, percorsi e timing



BFB PRESSORIO CON SONDA A PALLONCINO



PALLONCINO RETTALE

E' un dispositivo utilizzabile
per simulare la distensione
rettale, andando a ricreare
per il paziente, la sensazione
di ripienezza fecale nel retto,
l'attivazione del riflesso
retto anale inibitorio
e la necessita' di defecare





ELETTROSTIMOLAZIONE S.E.F

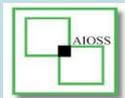
DEFINIZIONE

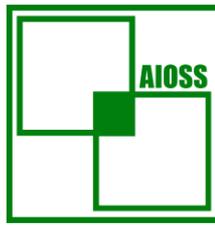
Stimolazione passiva che stimola i muscoli del pavimento pelvico mediante l'utilizzo di corrente elettrica alternata bifasica attraverso una sonda vaginale o rettale e mediante elettrodi di superficie.

OBIETTIVI

favorire il recupero di forza, resistenza, tono e trofismo muscolare.

- **Controindicazione assoluta:** pregressa radioterapia
- **Controindicazione relativa:** proctiti, ragadi
- **Consigliata come propriocezione**





Sebbene siano stati pubblicati pochi studi sulla riabilitazione in pazienti affetti da LARS, i risultati sono incoraggianti. La maggior parte degli studi ha riportato un miglioramento della frequenza delle evacuazioni, degli episodi di incontinenza, della gravità dell'incontinenza fecale e della HRQoL dopo l'allenamento dei muscoli del pavimento pelvico e il biofeedback.

Inoltre, i pazienti irradiati mostrano risultati a breve e lungo termine paragonabili a quelli dei pazienti non irradiati, nonostante il più alto grado di incontinenza iniziale.



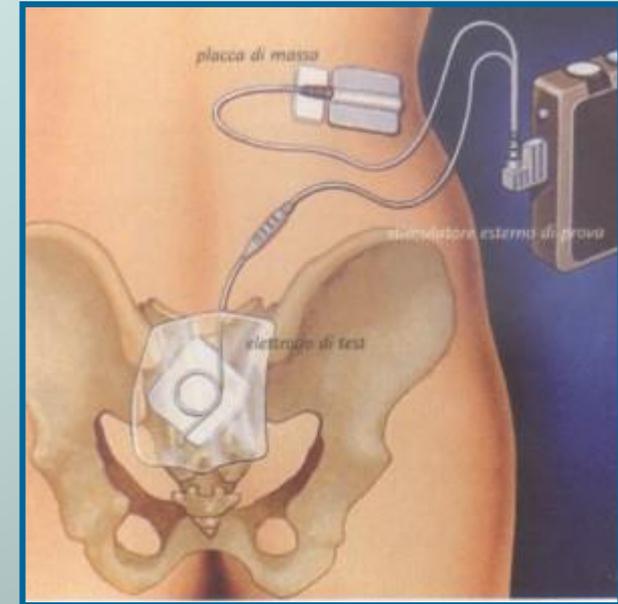
NEUROMODULAZIONE SACRALE

La stimolazione del nervo sacrale comporta il posizionamento di un elettrodo temporaneo nel forame sacrale per fornire una stimolazione elettrica di basso grado.

I pazienti che rispondono a una prova di due settimane con un elettrodo temporaneo vengono quindi sottoposti a posizionamento di un elettrodo permanente collegato a un generatore di stimolazione del nervo sacrale incorporato per via sottocutanea. È stato dimostrato che la stimolazione del nervo sacrale migliora l'incontinenza fecale e la capacità di differire la defecazione nei pazienti con sindrome della resezione anteriore bassa.

NEUROMODULAZIONE SACRALE

Tuttavia, tutti gli studi che sono stati condotti fino ad oggi sono piccoli, retrospettivi ed eterogenei; sono necessarie prove di alta qualità per convalidare SNS come trattamento standard per LARS.



Altre tecniche di neurostimolazione (p. es., la stimolazione del nervo tibiale posteriore [PTNS] e l'elettroagopuntura) sono in fase di studio come potenziali trattamenti per la LARS, ma non sono ancora disponibili per un uso clinico diffuso

STIMOLAZIONE TIBIALE

La stimolazione del nervo tibiale (PTNS) consiste nella stimolazione del nervo tibiale alla caviglia in sessioni di 30 minuti. La stimolazione del nervo tibiale può essere percutanea o transcutanea



È meno invasivo, più semplice ed economico del SNS.
Tuttavia, i risultati sono meno promettenti rispetto a SNS.



L'irrigazione transanale o irrigazione retrograda del colon (TAI) è una pratica ideata per assistere l'evacuazione delle feci dall'intestino tramite l'introduzione di acqua nel colon attraverso l'ano.



Si esegue inserendo nel retto un catetere rettale con un palloncino o con un dispositivo conico.

Il palloncino viene gonfiato nel retto e mantiene il catetere in posizione mentre viene instillata l'acqua.

Quando l'acqua è stata instillata e il catetere è stato rimosso, l'intestino può essere svuotato



La procedura viene eseguita sul w.c.

Eseguendo questa procedura regolarmente, l'intestino si svuota e resta vuoto fino alla successiva irrigazione.

Questo consentirà di scegliere l'ora e il luogo in cui svuotare l'intestino.



CONCLUSIONI



Le tecniche specifiche sono selezionate
in base alle esigenze individuali
di ciascun paziente,
sebbene sia stato dimostrato
che una combinazione di tecniche
migliora significativamente i risultati
rispetto alle sole tecniche individuali.



I diversi protocolli utilizzati per quanto riguarda la durata della formazione, il metodo e le modalità di applicazione non consentono ancora conclusioni certe, in particolare rispetto alla selezione dei pazienti.

Tuttavia, un approccio multimodale, gestendo tutte le tecniche riabilitative secondo le esigenze individuali del paziente, potrebbe migliorare significativamente i sintomi più di una singola tecnica da sola



(...)l'allenamento della muscolatura del pavimento pelvico (esercizi casalinghi di Kegel) dovrebbe essere proposto ad ogni paziente alla dimissione.

Un mese dopo la resezione anteriore (in assenza di stoma) o dopo la chiusura dello stoma, la funzione dei pazienti deve essere valutata con punteggi specifici (...punteggio LARS).



Se un LARS grave viene clinicamente rilevato e confermato dal punteggio, dovrebbero essere proposti trattamenti riabilitativi.

L'irrigazione transanale retrograda potrebbe essere eseguita per circa 6 mesi, seguita da un programma riabilitativo multimodale, con biofeedback, elettrostimolazione e training con palloncino volumetrico.



Per i pazienti con LARS maggiore (punteggio LARS ≥ 30) suggeriamo una terapia multimodale intensiva che includa l'irrigazione transanale e la riabilitazione del pavimento pelvico (Grado 2C).

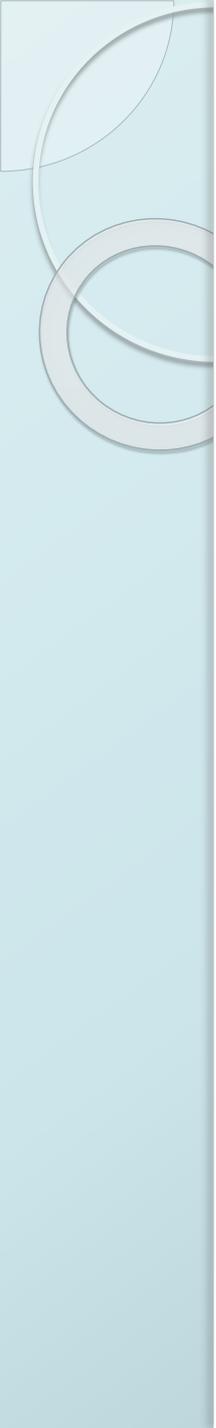
Ad un anno, ai pazienti che continuano ad avere un LARS importante dovrebbe essere offerta una prova di stimolazione del nervo sacrale (SNS) oltre all'irrigazione transanale continua e alla riabilitazione del pavimento pelvico.

A due anni, o un anno dopo che è stata tentata la stimolazione del nervo sacrale, ai pazienti che continuano ad avere una LARS maggiore associata a una bassa qualità della vita dovrebbe essere offerta la diversione fecale mediante stomia.

La riabilitazione del pavimento pelvico per i pazienti con LARS:
strumenti, percorsi e timing



**GRAZIE
PER
L'ATTENZIONE**



Bibliografia