



Associazione
Tecnico-Scientifica
di Stomaterapia
e Riabilitazione
del Pavimento Pelvico

4^o CONGRESSO BIENNALE
È TUTTO UN ALTRO AIOSS
RIMINI • 26-29 OTTOBRE 2023

Dall'anatomia e fisiologia del tratto colon-rettale, alle patologie che portano all' incontinenza fecale



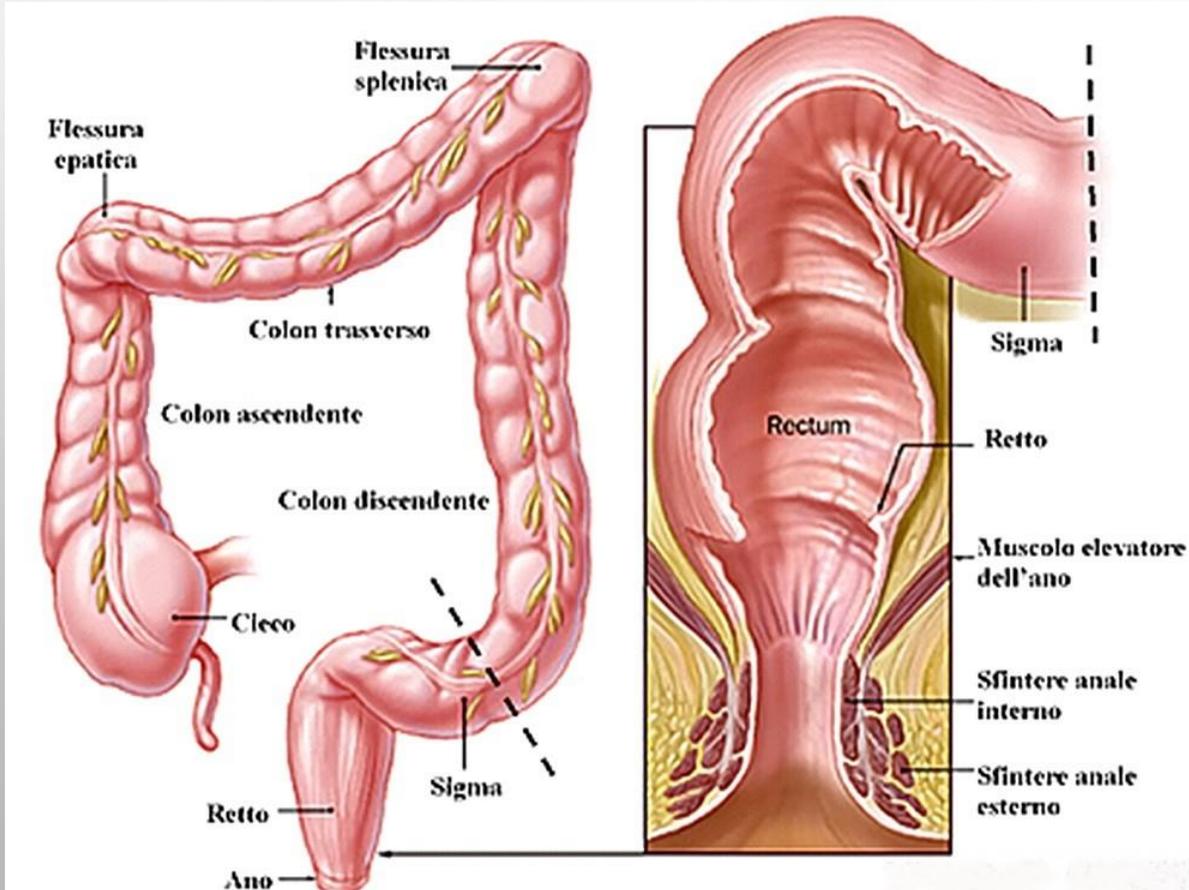
Roberto Dino Villani



I.R.C.C.S. Policlinico
San Donato

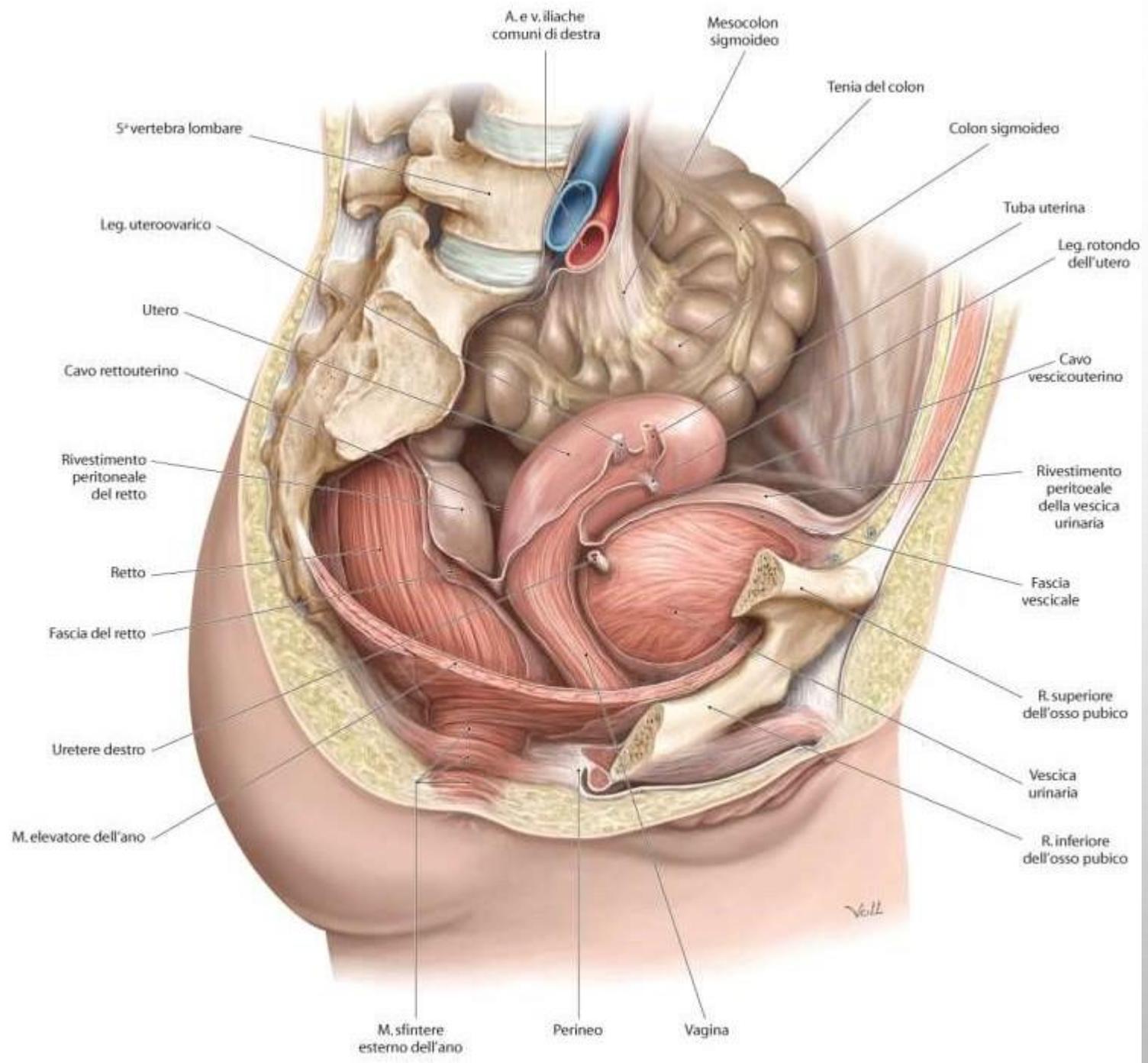
Gruppo San Donato

Il colon retto è un segmento essenziale dell'apparato digerente umano, con una struttura complessa e funzioni vitali.



Il colon retto è situato nell'addome inferiore, formando l'ultima parte del tratto gastrointestinale. È un tubo muscolare che misura circa 12-15 cm di lunghezza. Nella parte superiore, si collega al colon sigmoideo, mentre nella parte inferiore si apre nell'ano.

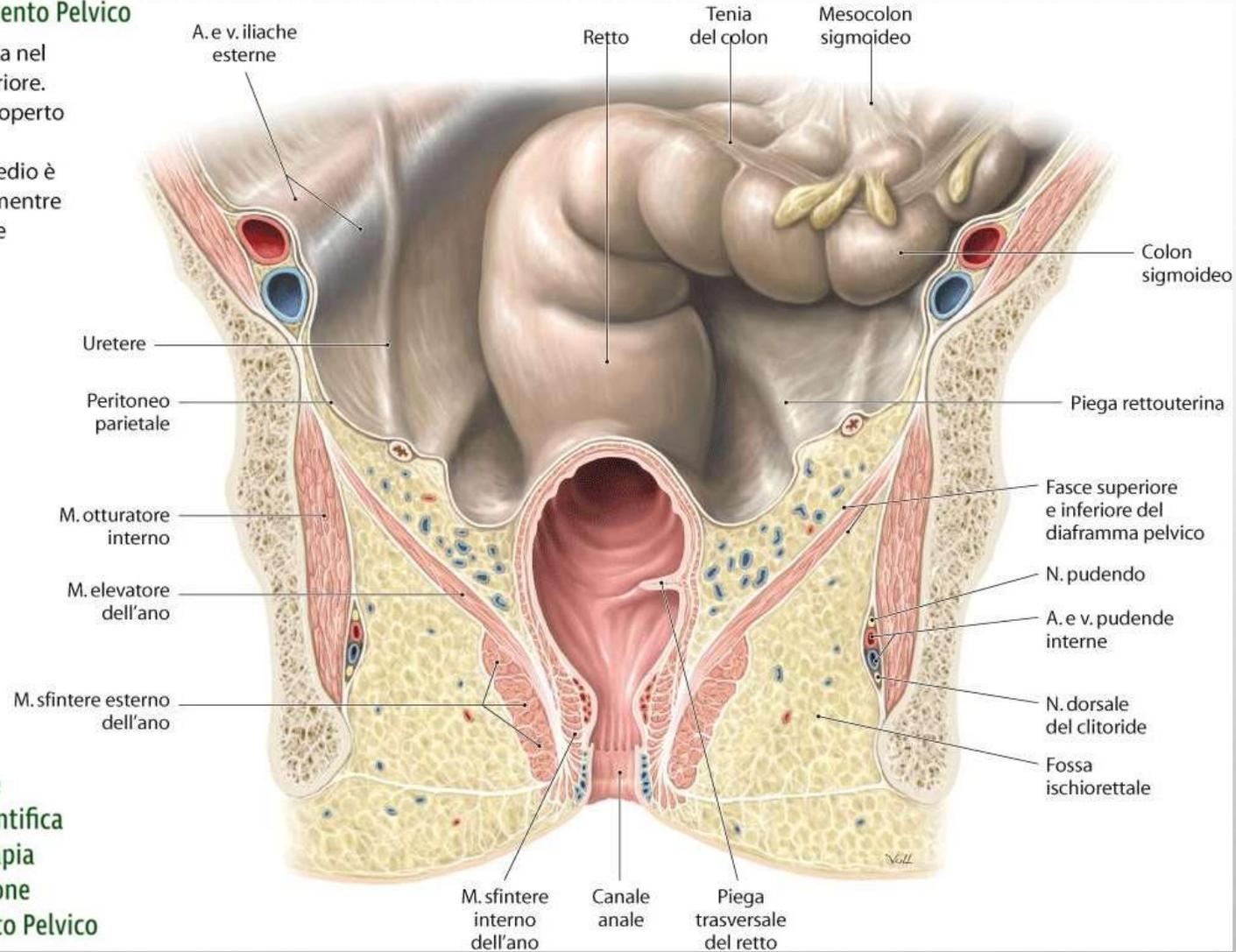






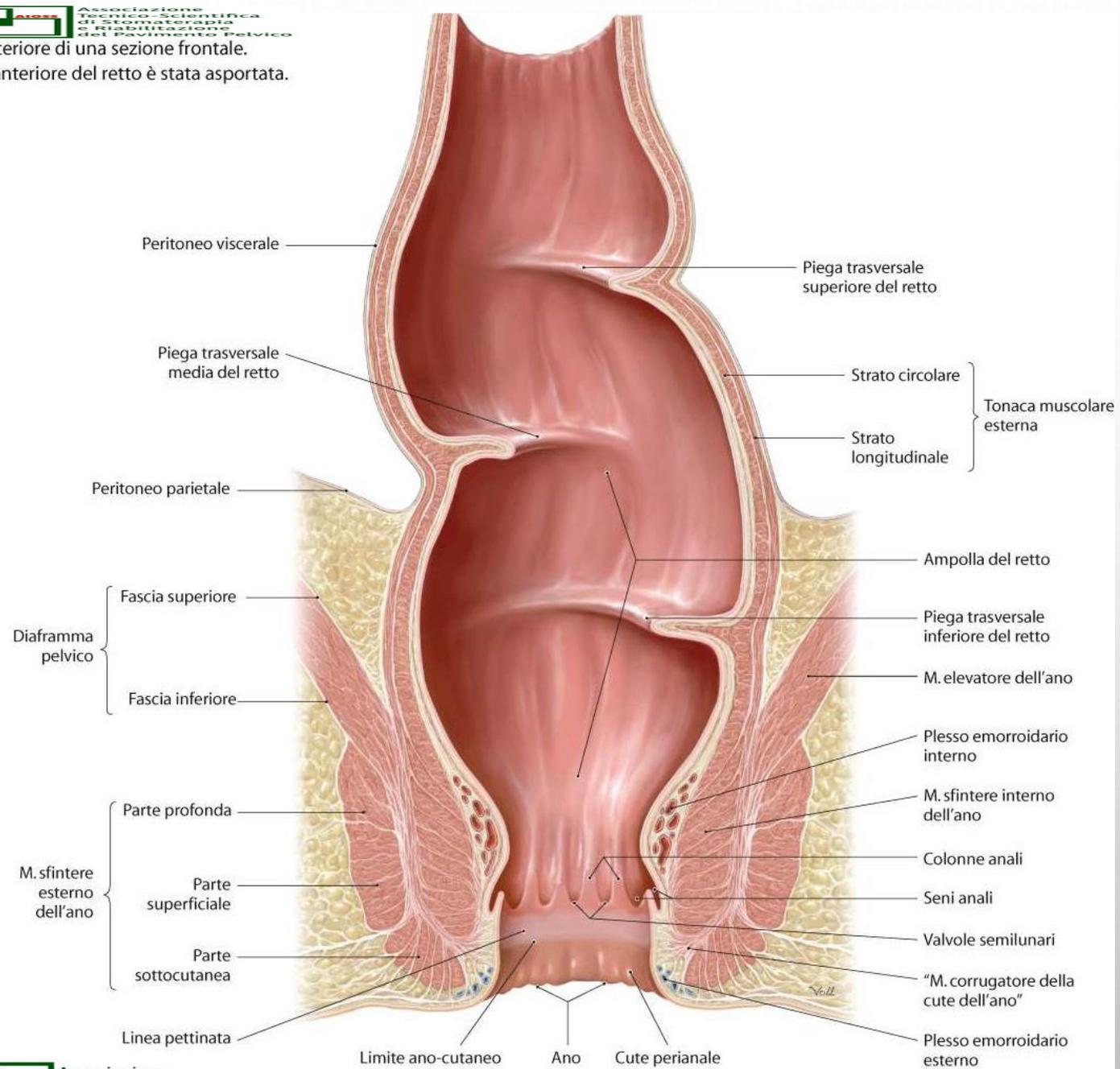
Associazione
Tecnico-Scientifica
di Stomaterapia
e Riabilitazione
del Pavimento Pelvico

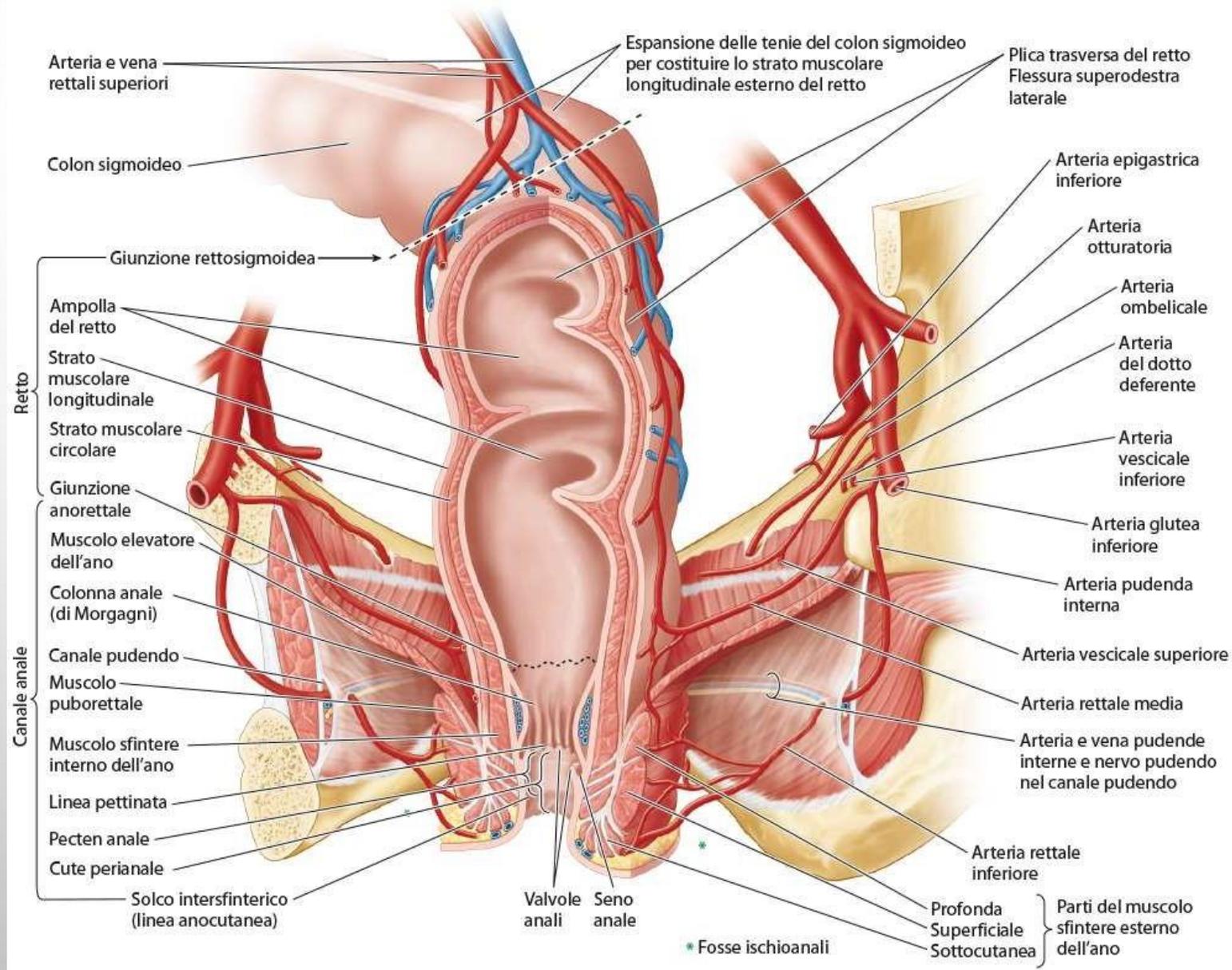
Sezione frontale, cavità pelvica nel sesso femminile, visione anteriore. Il terzo superiore del retto è coperto da peritoneo sulle sue facce anteriore e laterale. Il terzo medio è coperto solo anteriormente, mentre il terzo inferiore è in posizione sottoperitoneale.



Associazione
Tecnico-Scientifica
di Stomaterapia
e Riabilitazione
del Pavimento Pelvico

Visione anteriore di una sezione frontale.
 La parete anteriore del retto è stata asportata.





Veduta posteriore della parte anteriore della pelvi e del perineo



Associazione Tecnico-Scientifica di Stomaterapia e Riabilitazione del Pavimento Pelvico

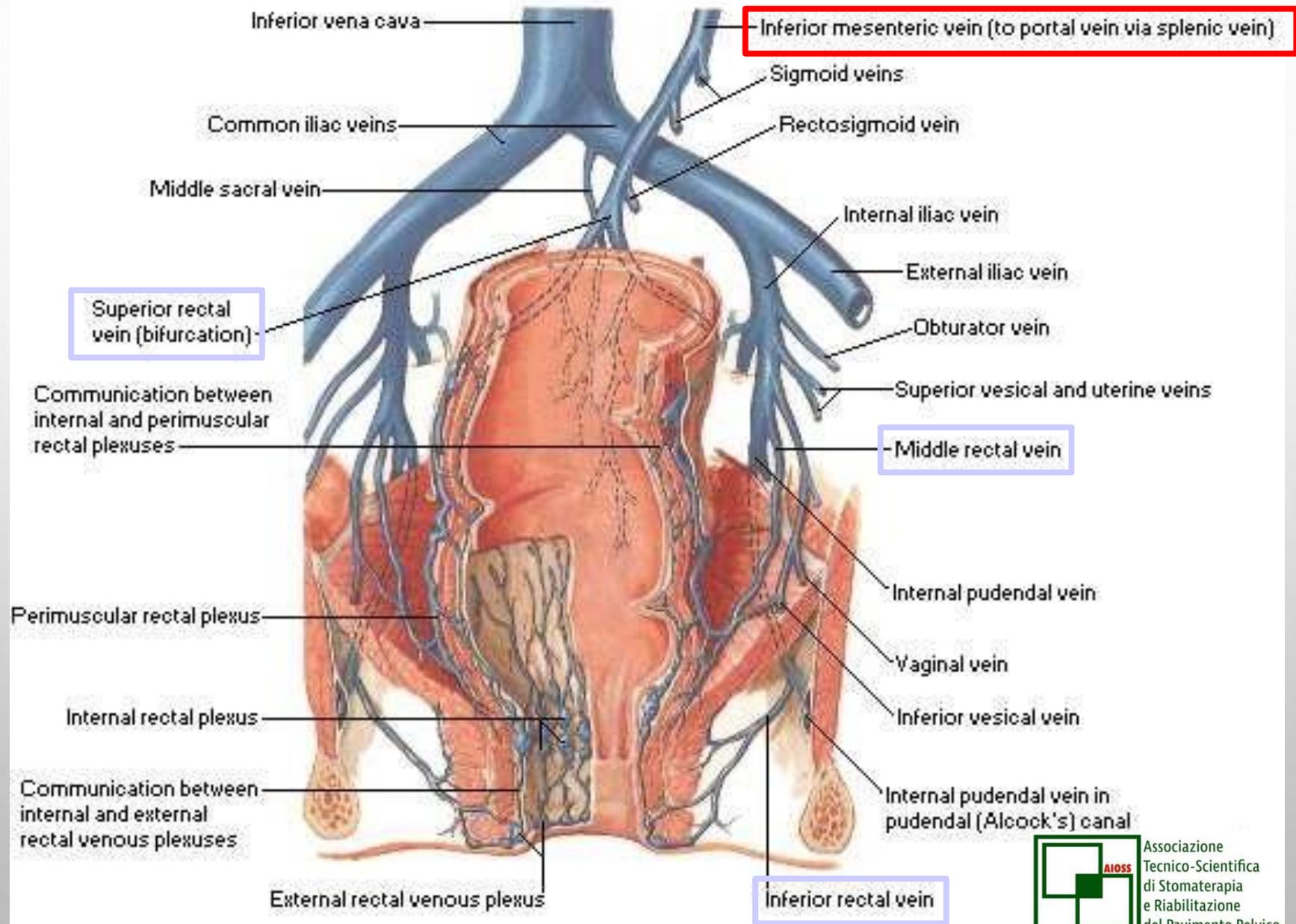


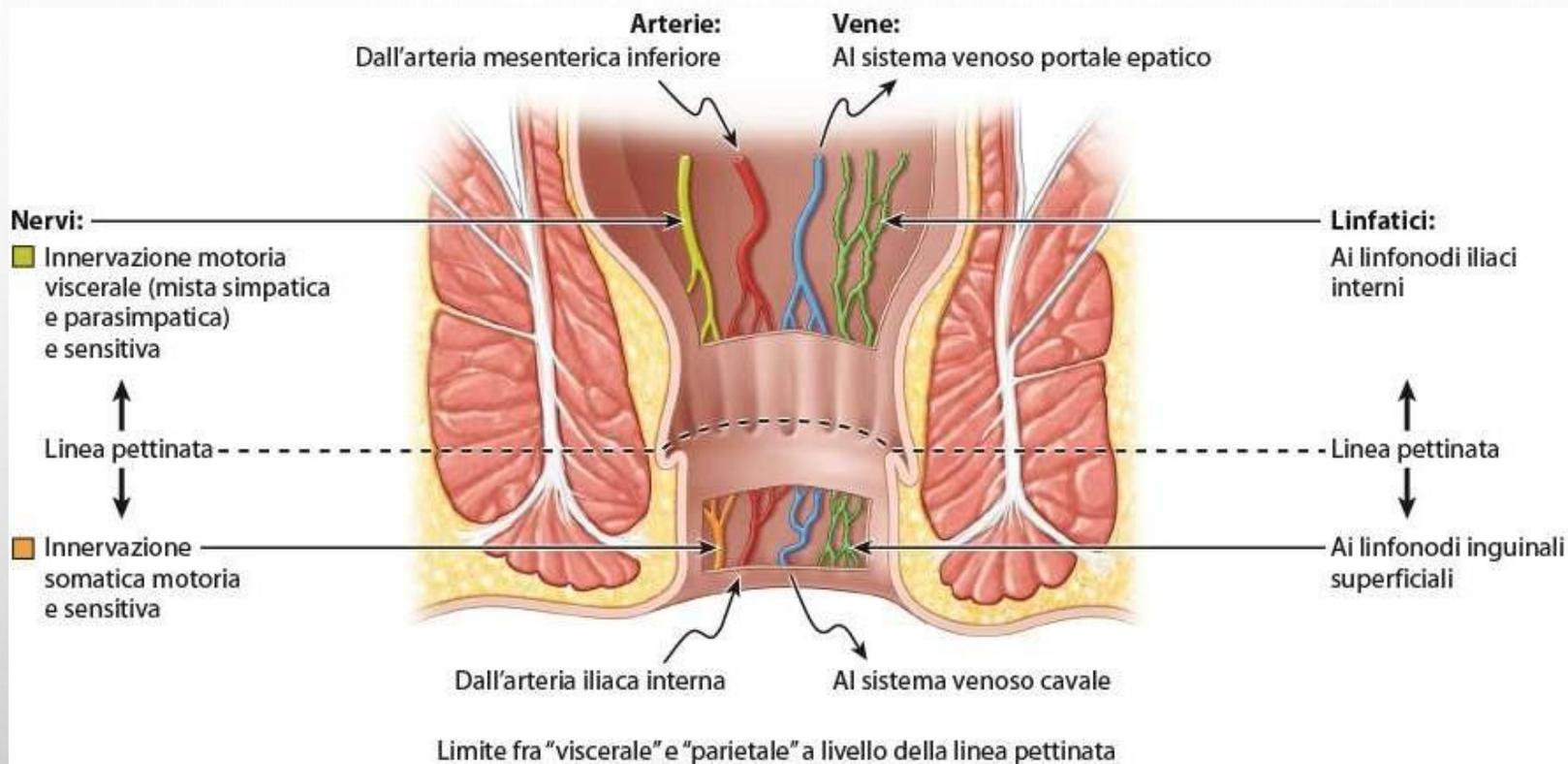
Associazione Tecnico-Scientifica di Stomaterapia e Riabilitazione del Pavimento Pelvico



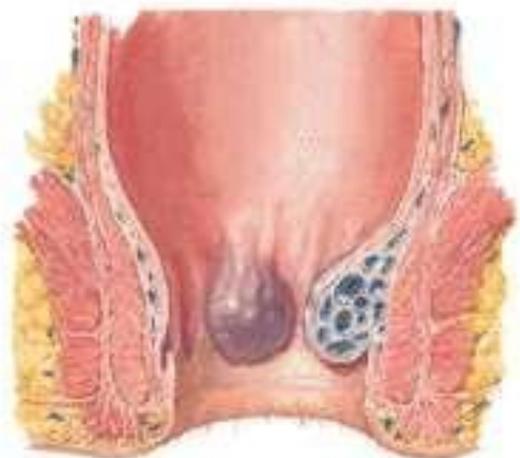
Associazione Tecnico-Scientifica di Stomaterapia e Riabilitazione del Pavimento Pelvico

Anterior View





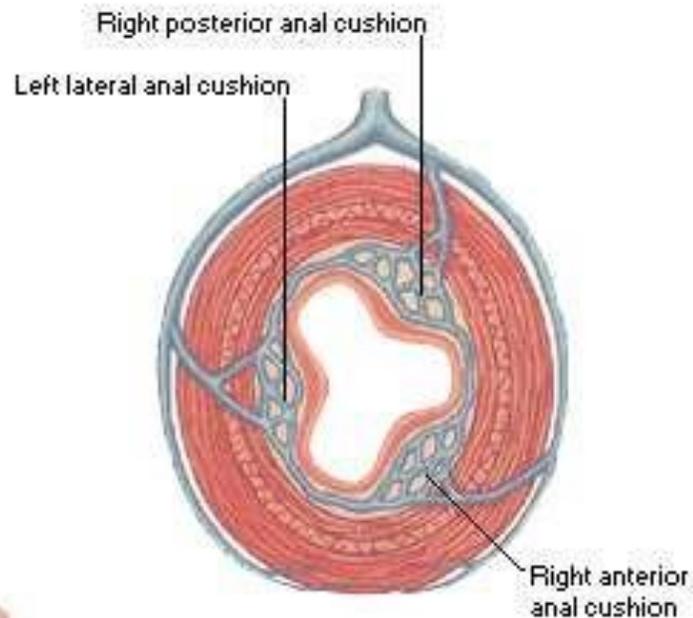
Internal Hemorrhoids



Enlarged anal cushions



Prolapsed "rosette" of internal hemorrhoids

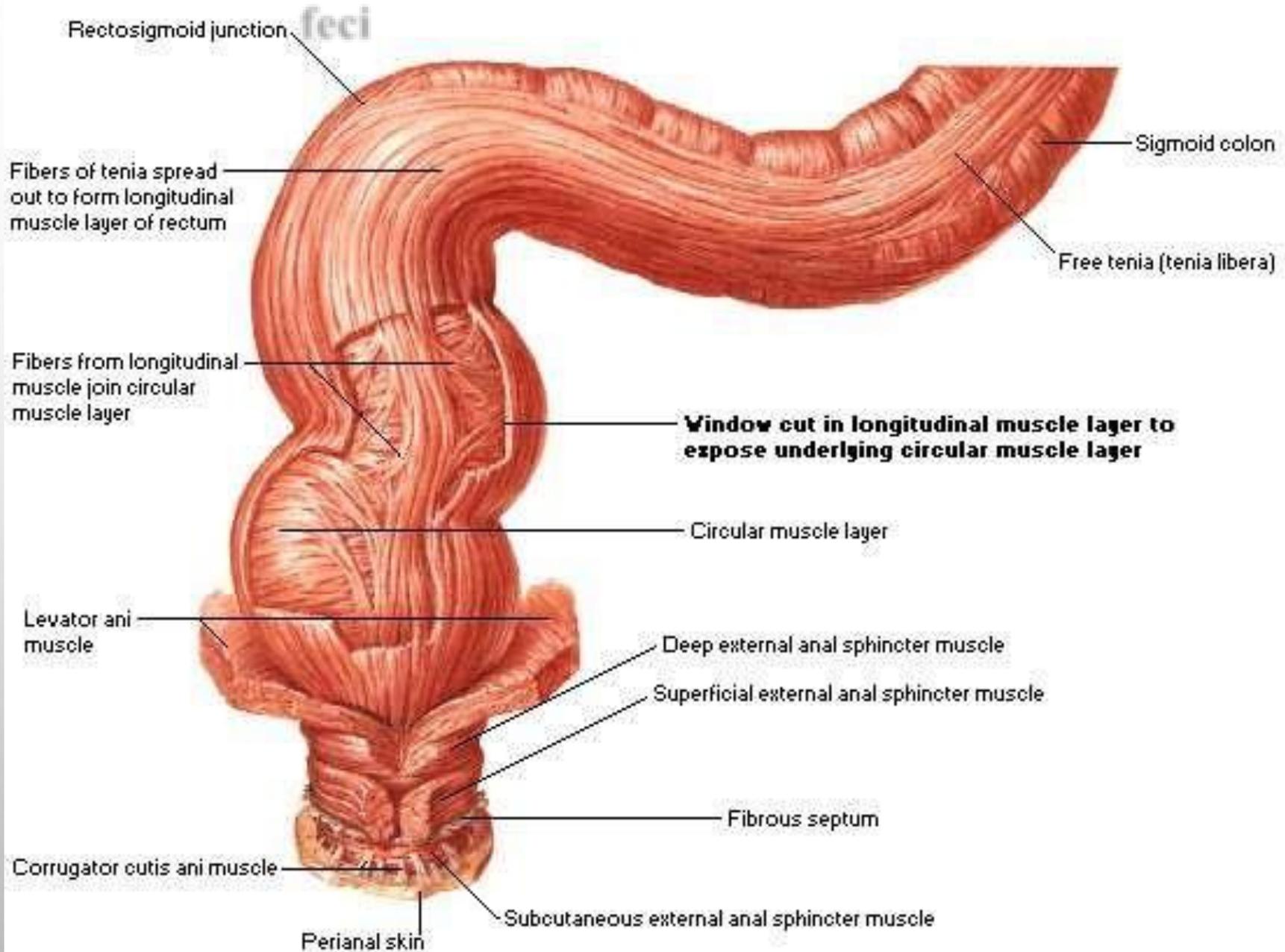


Usual position of anal cushions and sites of prolapse for internal hemorrhoids

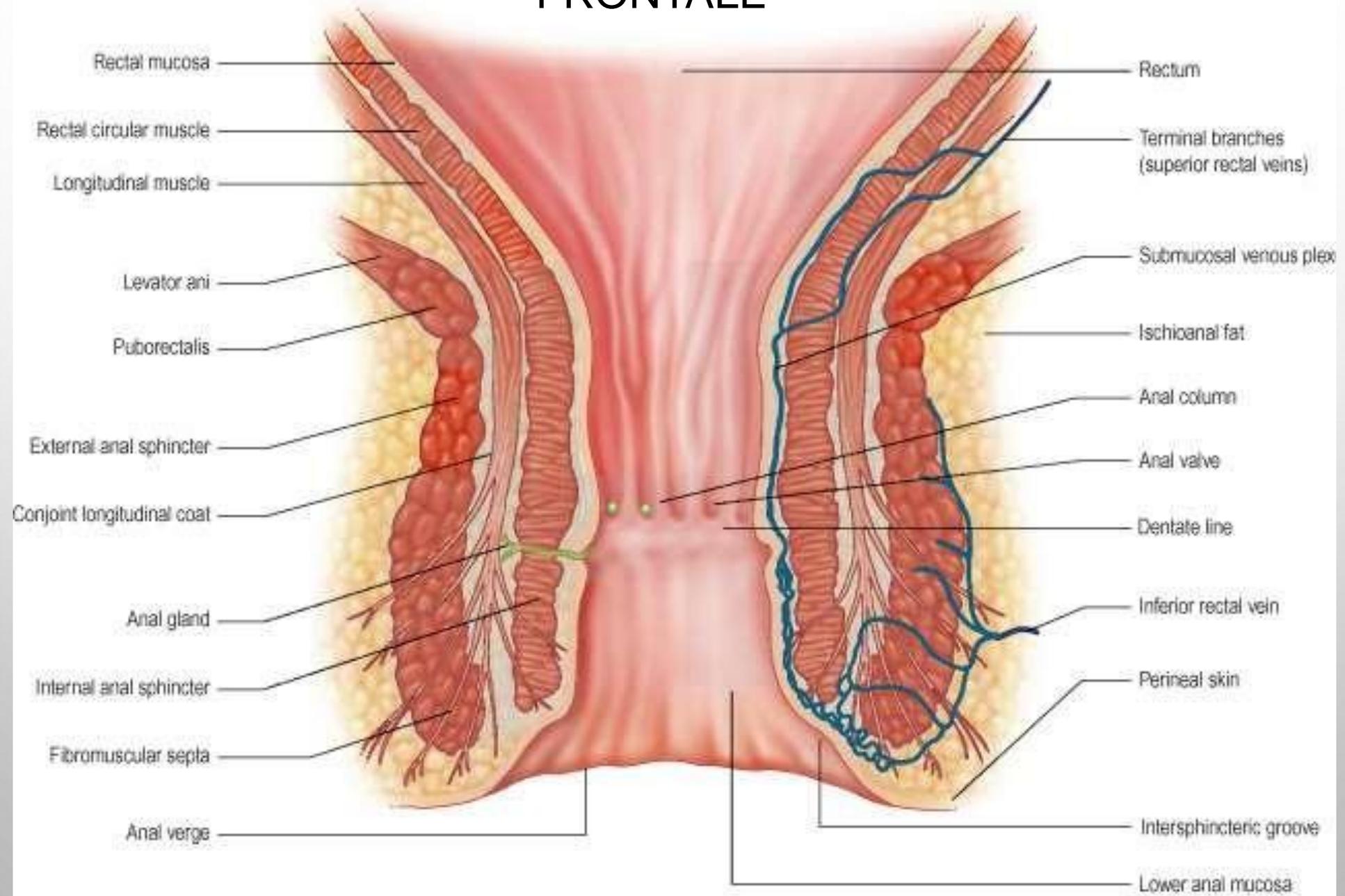


Associazione
Tecnico-Scientifica
di Stomatoterapia
e Riabilitazione
del Pavimento Pelvico

ACCUMULO E CONTINENZA DELLE FECI



SEZIONE FRONTALE



SFINTERI ANALI

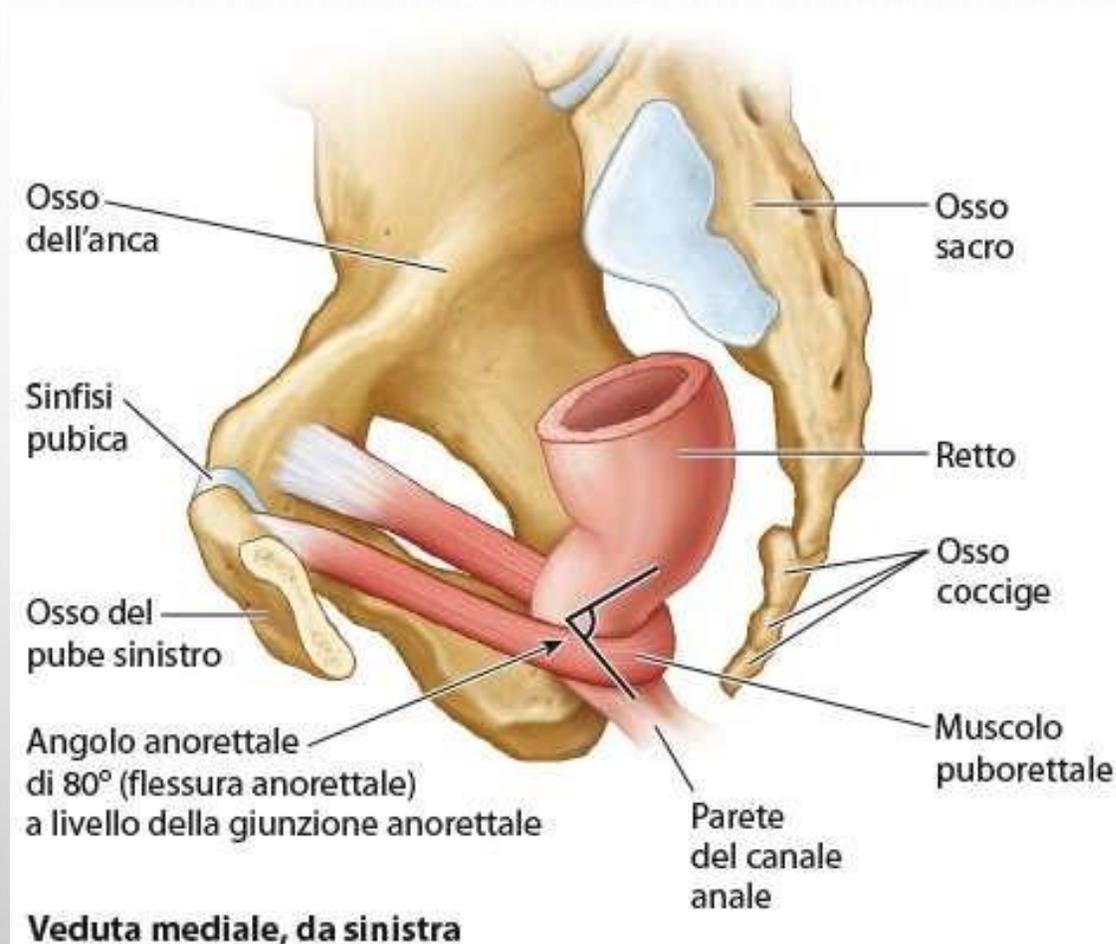
Lo sfintere anale interno

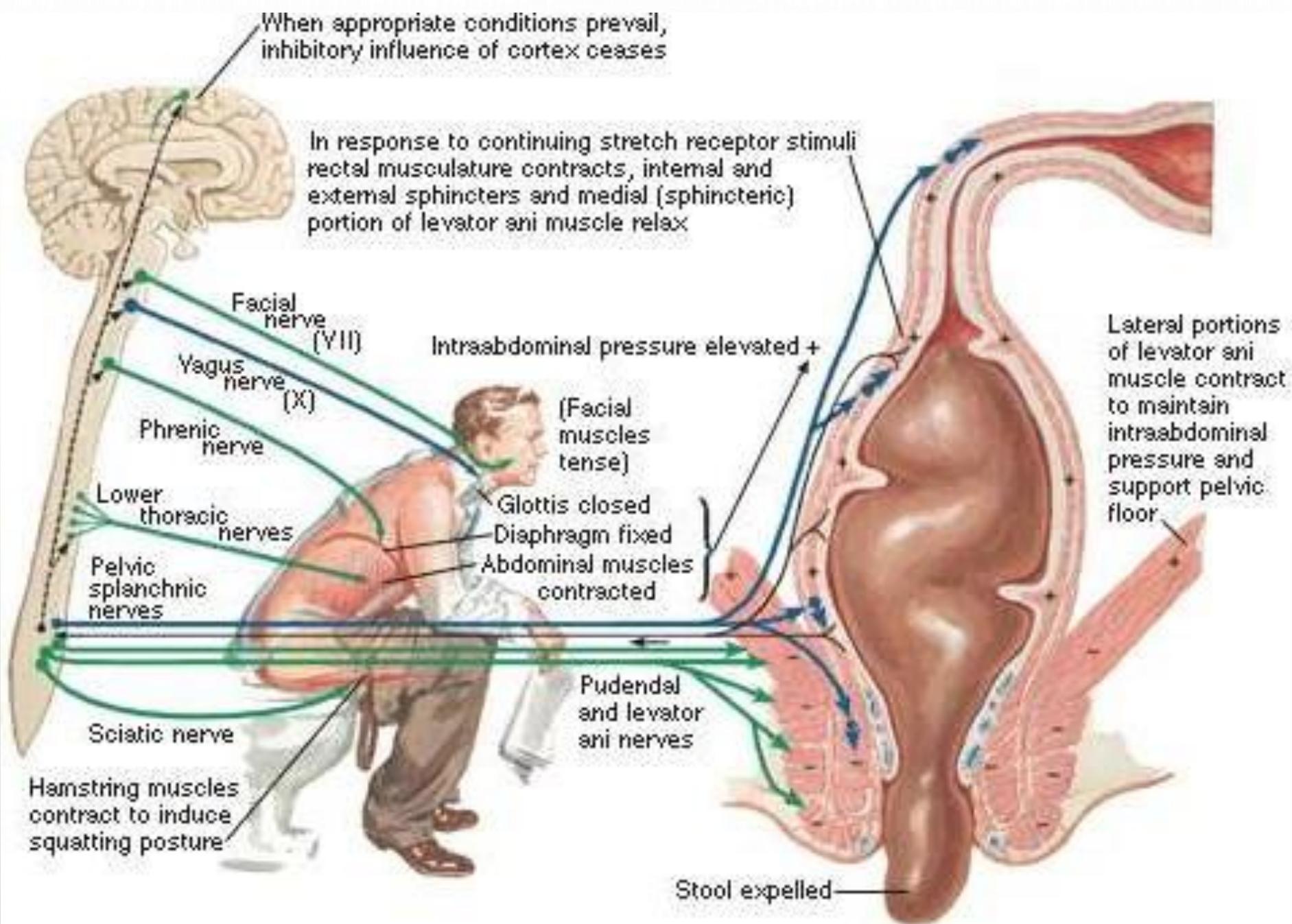
- E' uno sfintere involontario che circonda i due terzi superiori del canale anale
- È un ispessimento dello strato di muscolatura circolare
- E' innervato da fibre parasimpatiche che raggiungono lo sfintere attraverso i *nervi splanchnici pelvici*
- Questo sfintere è, di norma, tonicamente contratto per prevenire flatulenze o perdite di liquidi e solidi
- Si rilassa in risposta alla pressione esercitata dalle feci o dai gas che distendono l'ampolla rettale, richiedendo una contrazione volontaria del muscolo puborettale e dello sfintere anale esterno per evitare la defecazione o la perdita di liquidi e gas

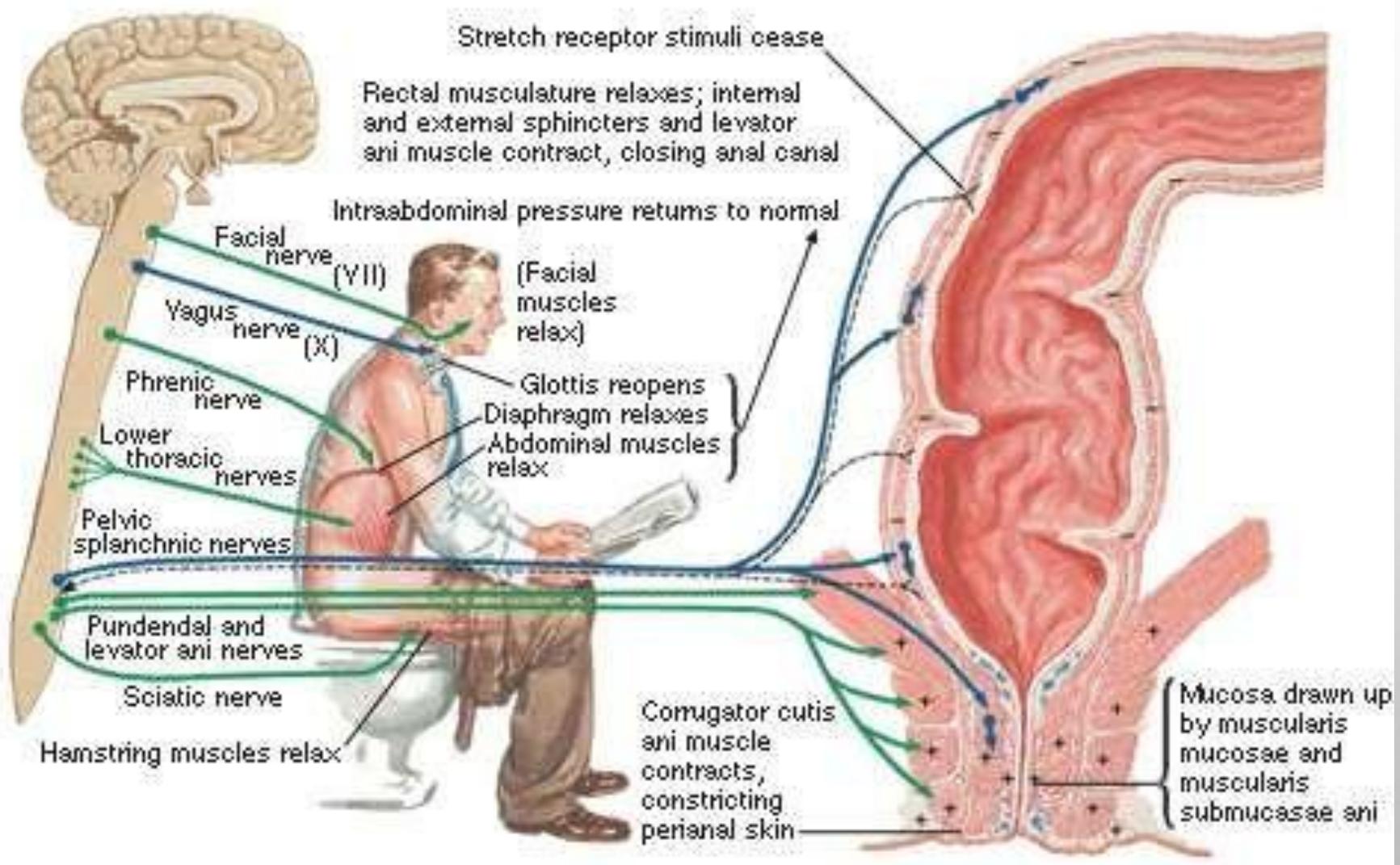
SFINTERI ANALI

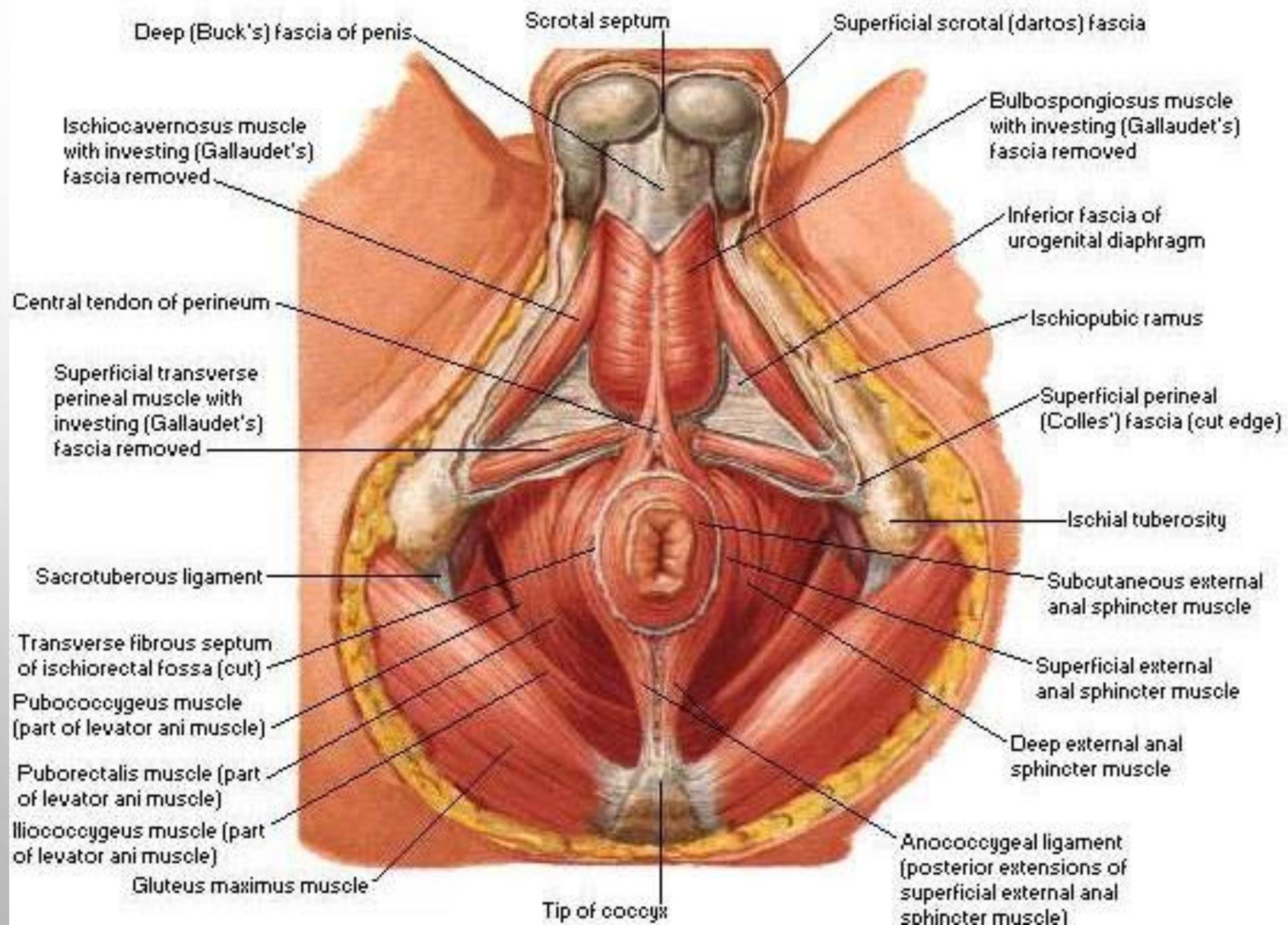
- ***LO SFINTERE ANALE ESTERNO***
- **È UN SFINTERE VOLONTARIO**
- **FORMA UN ESTESO NASTRO MUSCOLARE SU CIASCUN LATO DEI DUE TERZI INFERIORI DEL CANALE ANALE**
- **SI UNISCE SUPERIORMENTE CON IL MUSCOLO PUBORETTALE**
- **È INNERVATO PRINCIPALMENTE DA S4 ATTRAVERSO IL NERVO RETTALE**
- **INFERIORE (RAMO DEL PUDENDO)**

ACCUMULO E CONTINENZA DELLE FECI CONTRIBUTO IMPORTANTE DL MUSCOLO PUBORETTALE

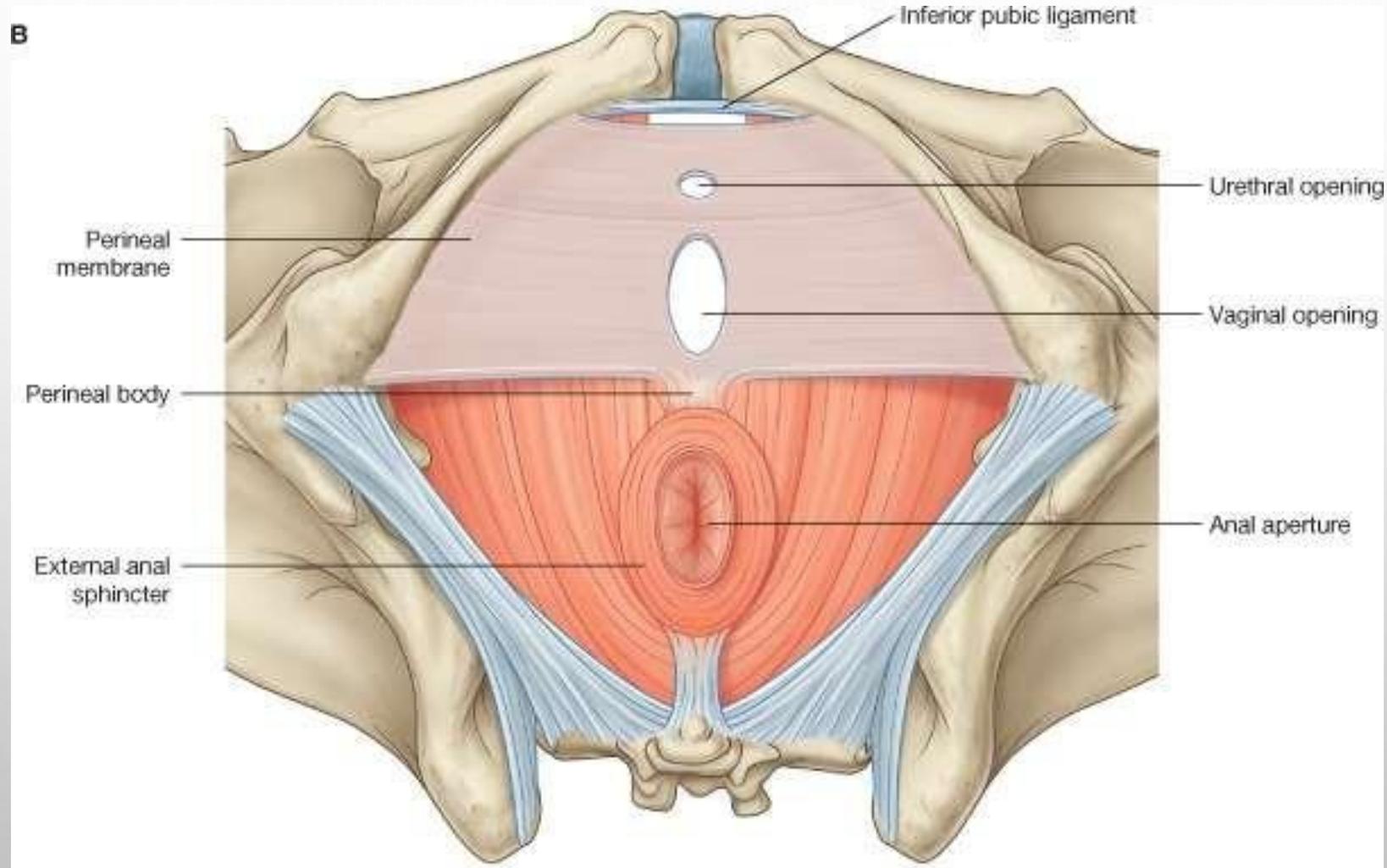




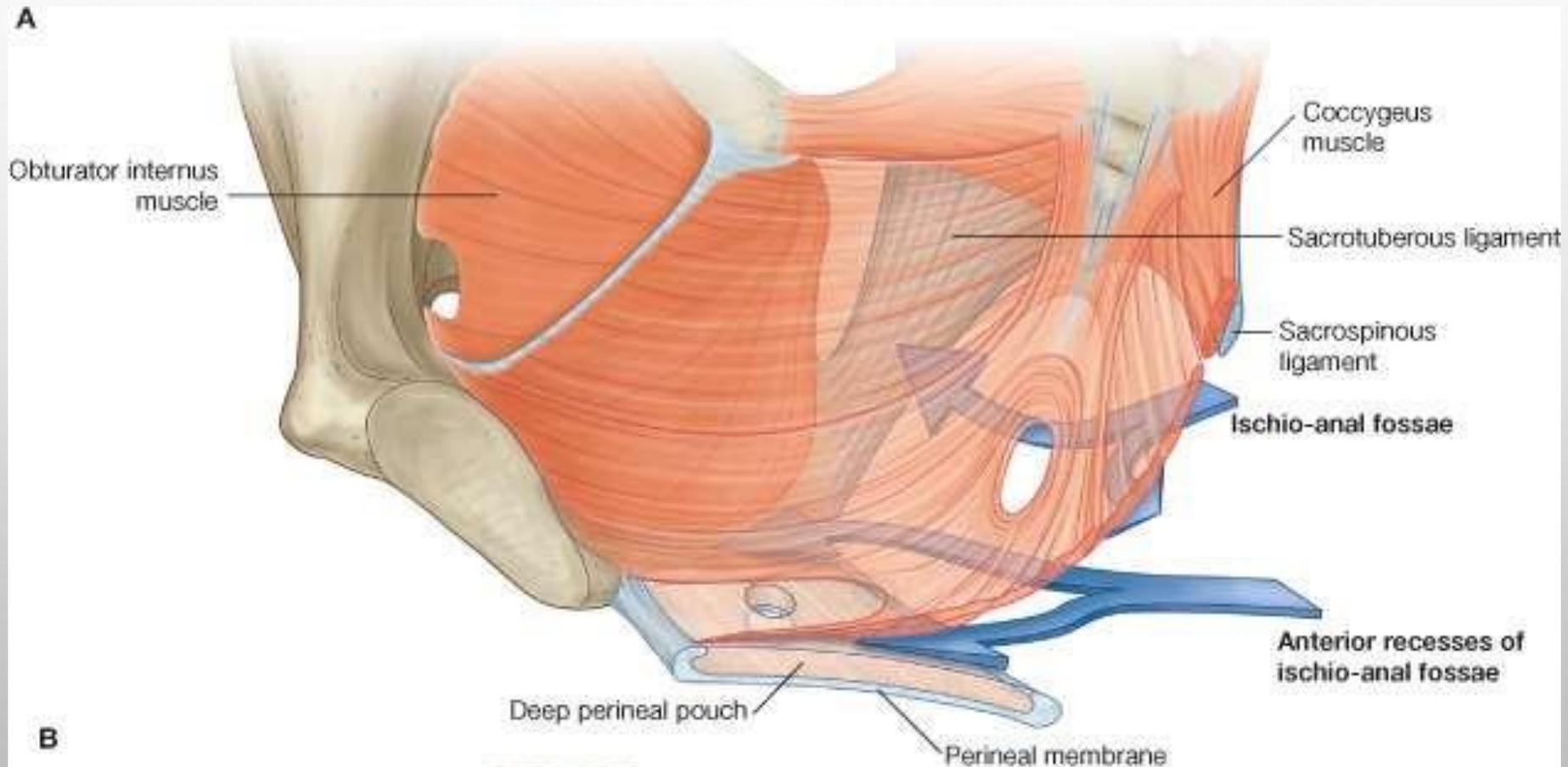


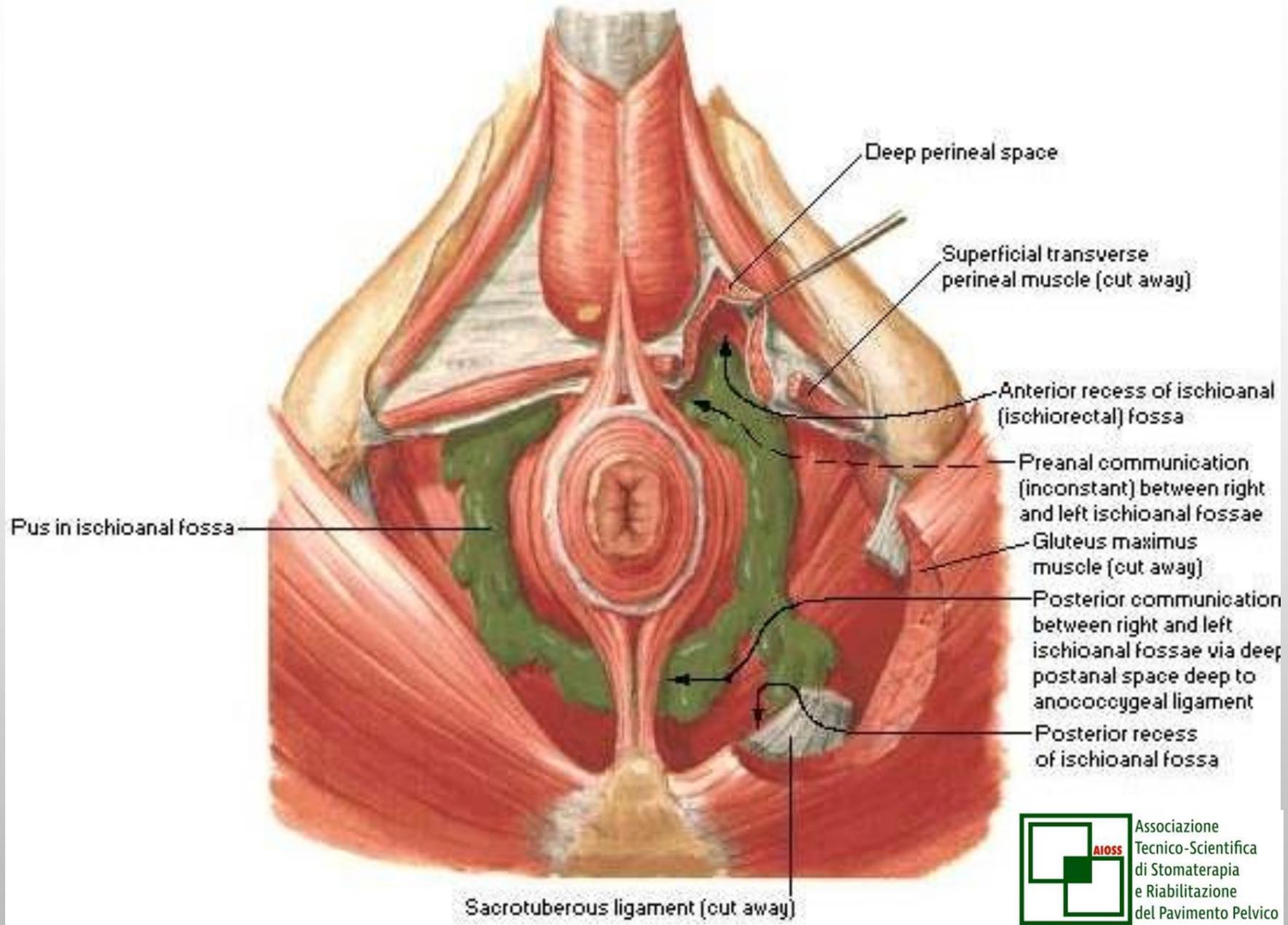


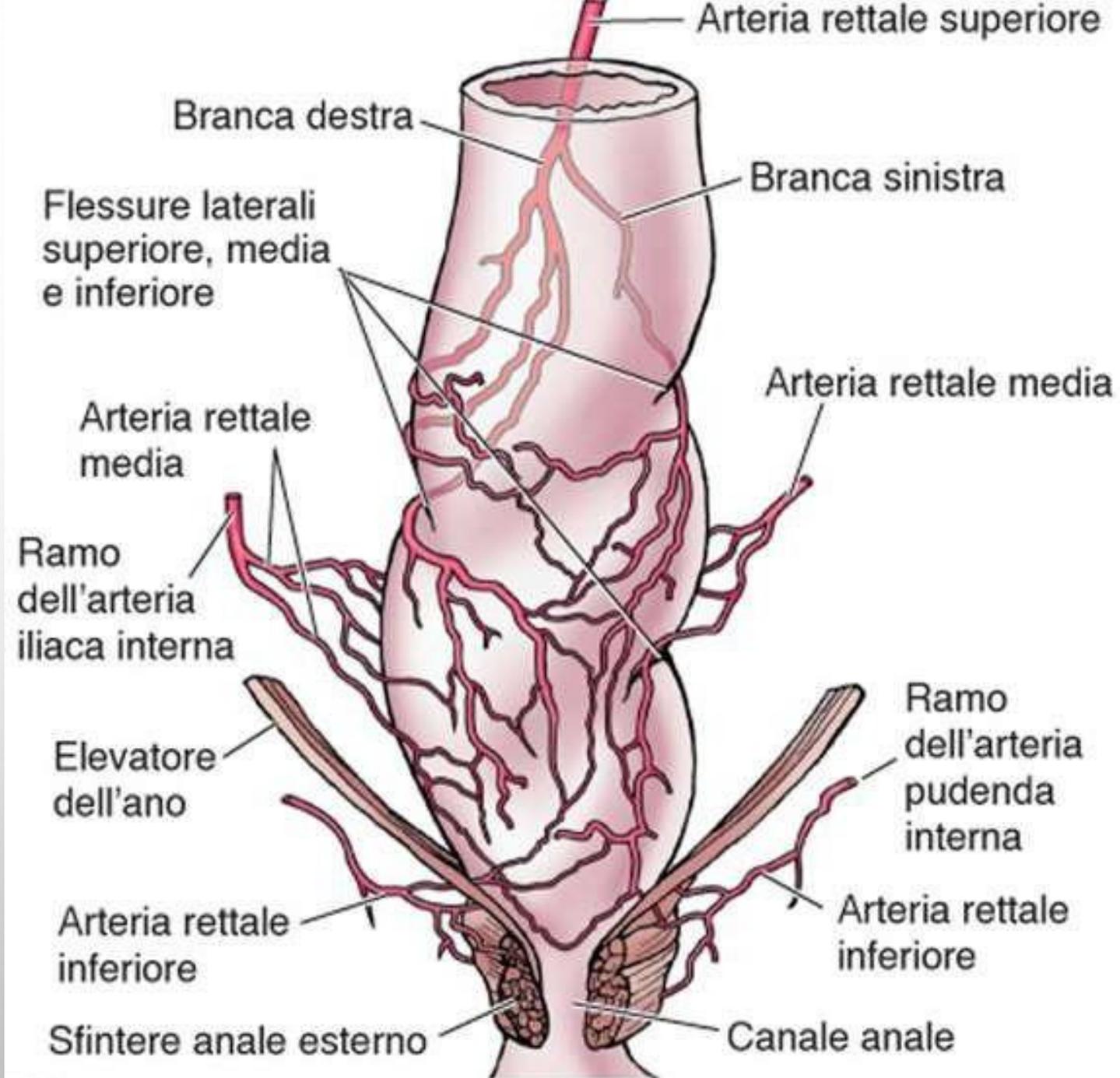
FOSSE ISCHIOANALI (ISCHIORETTALI)



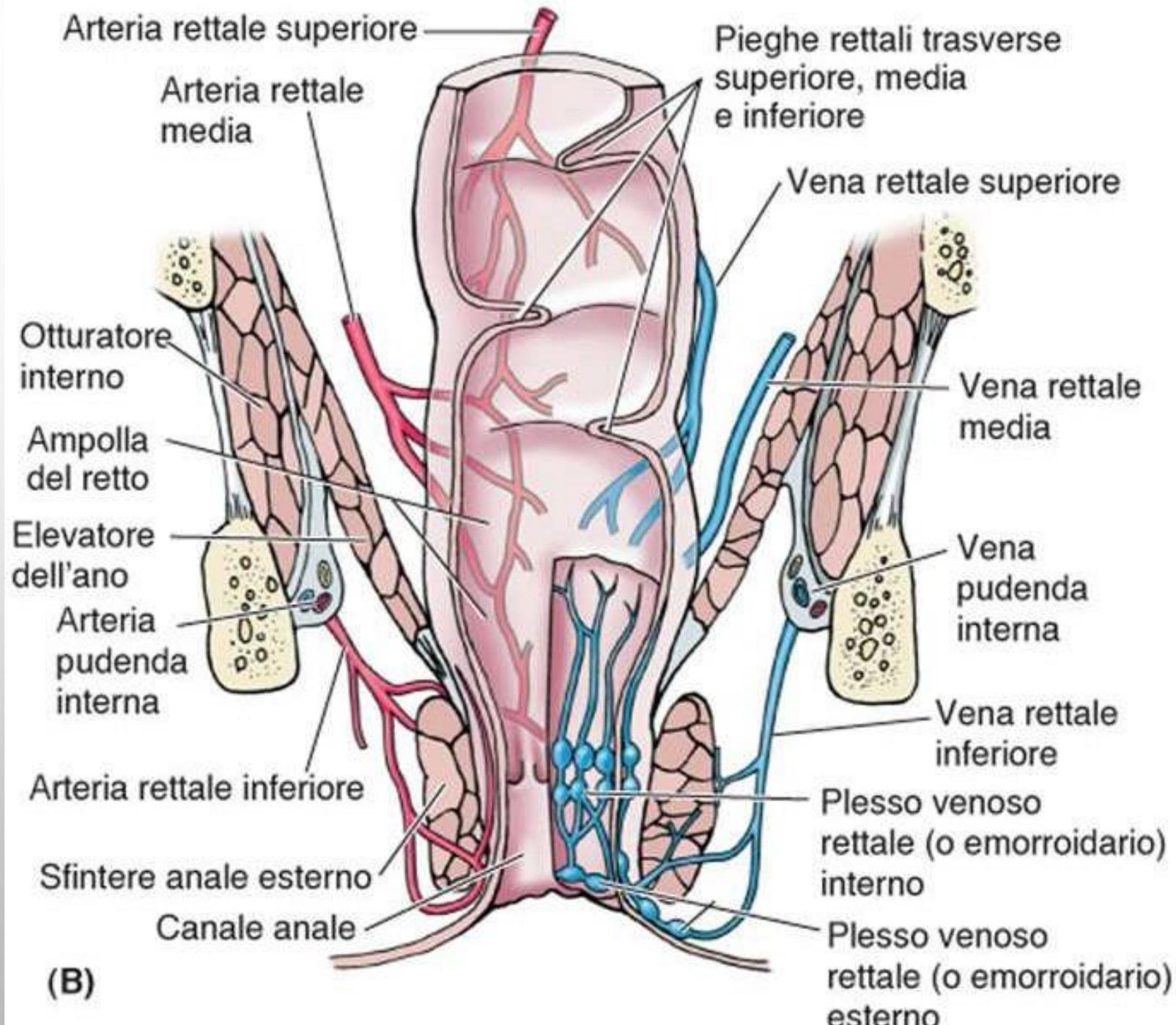
FOSSE ISCHIOANALI (ISCHIORETTALI)



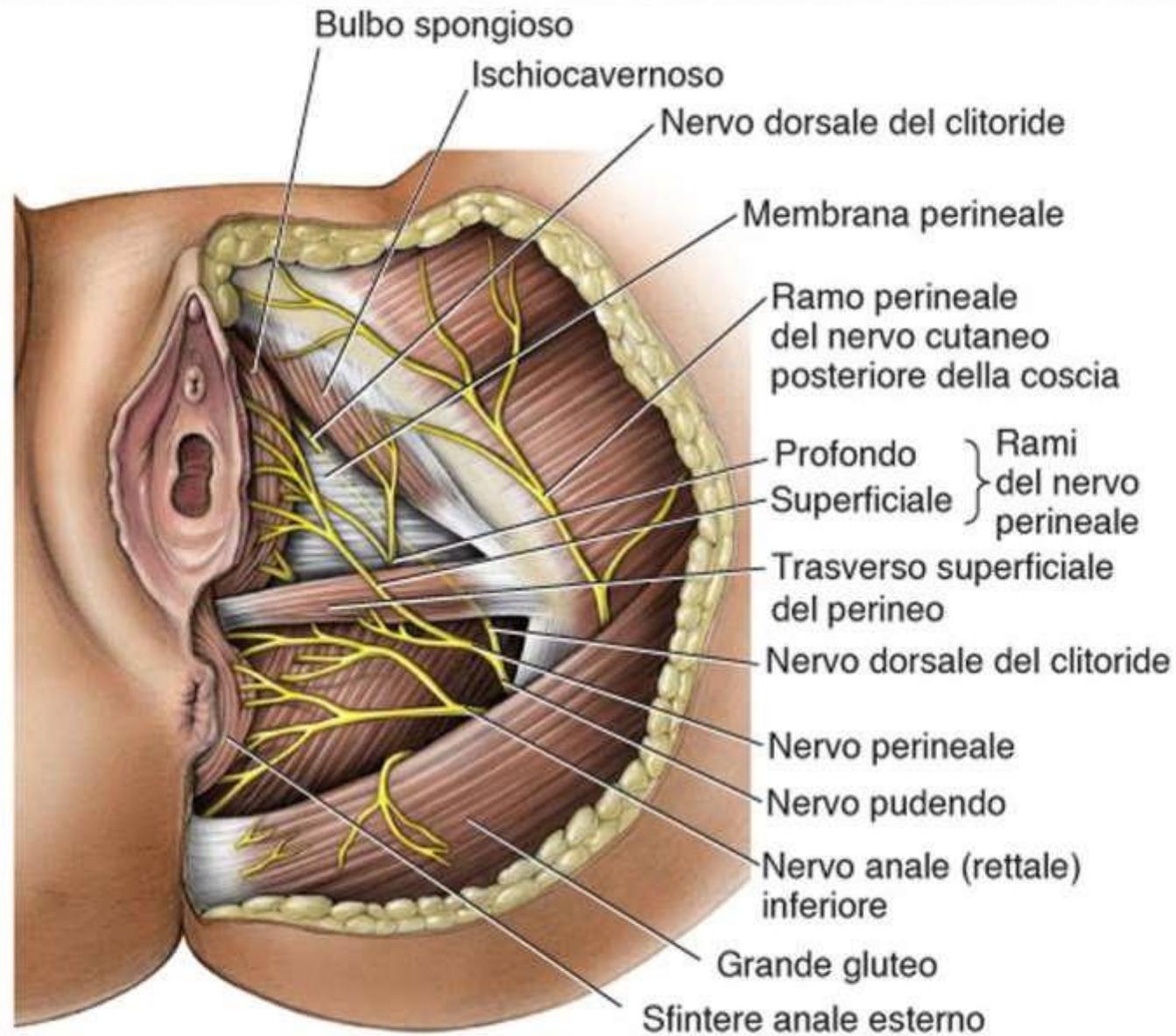




(A)



(B)



Veduta inferiore (posizione litotomica)

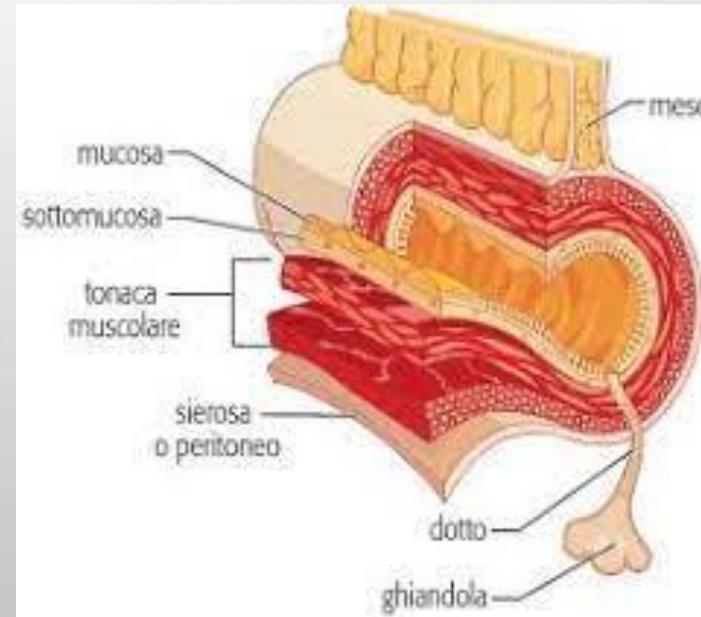




Il colon retto è situato nell'addome inferiore, formando l'ultima parte del tratto gastrointestinale. È un tubo muscolare che misura circa 12-15 cm di lunghezza. Nella parte superiore, si collega al colon sigmoideo, mentre nella parte inferiore si apre nell'ano.

- Le pareti del colon retto sono costituite da quattro strati: mucosa, sottomucosa, muscolare e sierosa.
- La presenza di pieghe, note come haustra, che consentono l'espansione e la contrazione.
- Gli osti ileocolici, attraverso i quali il colon retto si connette al colon sigmoideo.

- La mucosa, che riveste internamente il colon e aiuta nell'assorbimento di sostanze nutritive.
- La sottomucosa, che contiene vasi sanguigni e linfatici.
- La muscolatura, responsabile del movimento del materiale fecale.
- La sierosa, che è uno strato di tessuto connettivo che riveste esternamente il colon retto.





Il colon retto svolge diverse funzioni cruciali, tra cui:

- **L'assorbimento di acqua e sali.**
- **La formazione e il mantenimento delle feci.**
- **La regolazione della defecazione.**

La motilità del colon retto è essenziale per spingere le feci attraverso il tratto intestinale. La muscolatura del colon retto è responsabile di contrazioni e rilassamenti coordinati che muovono le feci verso il retto.

Il colon retto è coinvolto nell'assorbimento finale di acqua e sali, rendendo le feci più solide e consentendo il riciclo di nutrienti nel corpo.

Il retto è l'ultima parte del colon retto ed è responsabile della conservazione delle feci fino alla defecazione. È dotato di sfinteri che controllano il passaggio delle feci nell'ano.

La defecazione è controllata dal sistema nervoso, che regola l'apertura e la chiusura dei sfinteri. Il riflesso della defecazione è essenziale per un controllo adeguato.

Il colon retto svolge un ruolo fondamentale nell'apparato digerente umano. La sua anatomia e fisiologia sono complesse, e le patologie associate richiedono diagnosi e trattamento tempestivi.





Con il termine d'incontinenza fecale s'intende l'incapacità di un individuo a procrastinare la defecazione in un tempo ed in un luogo socialmente utile.

Il pudore delle persone nei confronti di tutti i fenomeni interessanti la regione anatomica del tronco al di sotto dell'ombelico, induce le stesse a non svelare tale condizione né al Medico di Medicina Generale, né allo specialista. Per tale motivo in Italia, come in tutto il mondo, non esistono dati statistici precisi sull'incidenza dell'incontinenza fecale.

L'Italia si pone nei confronti di tale problematica, intervenendo con la fornitura dei pannoloni, ma solo a favore di quei soggetti, in cui l'incontinenza è inserita nel contesto di una di disabilità più complessiva; perciò tale dato (a parte il fatto che è difficilmente separabile da quello dell'incontinenza urinaria), non comprende quelle persone con un'incontinenza fecale (definiamola semplice)



Secondo stime approssimative, ed in base ad un'indagine condotta dall'Istituto Epidemiologico Europeo, che ha intervistato campioni omogenei di popolazione, suddivisi per fasce d'età, ed appartenenti a diverse regioni, circa il 3% degli italiani, al di sopra dei dieci anni, è affetto da incontinenza fecale.

Questo studio è abbastanza sovrapponibile a quanto riporta la letteratura internazionale, che riferisce l'incidenza di questo sintomo, in tutta la popolazione, compresa tra lo 0,5% ed il 5%, con picchi del 32% nella popolazione geriatrica e del 56% fra i pazienti anziani con turbe neuropsichiche.

In particolare, è interessante sottolineare che nelle donne, con un'età compresa fra i quaranta ed i cinquanta anni, l'incidenza dell'incontinenza fecale è circa sette volte maggiore, rispetto agli uomini della stessa età.



Secondo stime approssimative, ed in base ad un'indagine condotta dall'Istituto Epidemiologico Europeo, che ha intervistato campioni omogenei di popolazione, suddivisi per fasce d'età, ed appartenenti a diverse regioni, circa il 3% degli italiani, al di sopra dei dieci anni, è affetto da incontinenza fecale.

Questo studio è abbastanza sovrapponibile a quanto riporta la letteratura internazionale, che riferisce l'incidenza di questo sintomo, in tutta la popolazione, compresa tra lo 0,5% ed il 5%, con picchi del 32% nella popolazione geriatrica e del 56% fra i pazienti anziani con turbe neuropsichiche.

In particolare, è interessante sottolineare che nelle donne, con un'età compresa fra i quaranta ed i cinquanta anni, l'incidenza dell'incontinenza fecale è circa sette volte maggiore, rispetto agli uomini della stessa età.



**CAUSE
E
CARATTERISTICHE
DELL'INCONTINENZA
FECALE**



ALTERATA CONSISTENZA FECALE

- **sindrome del colon irritabile;**
- **rettocolite ulcerosa;**
- **morbo di Crohn;**
- **infezione e/o infestazione intestinale;**
- **abuso di lassativi;**
- **sindrome da malassorbimento;**
- **sindrome da intestino corto;**
- **enteriti attiniche**



RIDOTTA CAPACITA' DI RESERVOIR RETTALE O RIDOTTA COMPLIANCE

- **rettocolite ulcerosa;**
- **morbo di Crohn;**
- **interventi chirurgici di exeresi del retto;**
- **ischemia rettale;**
- **sclerodermia;**
- **dermatomiosite;**
- **amiloidosi;**
- **neoplasie rettali;**
- **compressioni estrinseche;**
- **fecalomi;**
- **etc...**



RIDOTTA SENSIBILITA' RETTALE

- demenza
- malattie cerebrovascolari;
- tabe dorsale;
- sclerosi multipla;
- neoplasie e traumi del midollo spinale;
- cauda equina;
- neuropatie sensoriali;
- fecaloma;
- psicofarmaci;
- farmaci antidiarroici;
- etc....

ALTERAZIONI SFINTERIALI E/O DEL PAVIMENTO PELVICO

- lacerazioni da parto;
- episiotomia complicata;
- trauma da forcipe;
- interventi di Chirurgia ano-rettale (fistola, ragadi, emorroidi, neoplasie anali);
- infiammazioni anali;
- neuropatia del pudendo;
- stipsi cronica;
- sindrome del perineo discendente;
- denervazione da parto;
- traumi e tumori spinali e dei nervi pelvici;
- neuropatia diabetica;
- spina bifida;
- ano imperforato;
- mielomeningocele;
- prolasso rettale;
- età avanzata;
- etc...





Per quanto detto in precedenza quindi, ai fini del trattamento, è fondamentale una corretta diagnosi; il protocollo diagnostico prevede i seguenti interventi:

- anamnesi;
- esame obiettivo generale e proctologico;
- valutazioni emato-chimiche
- endoscopia;
- ecografia trans-anale degli sfinteri;
- manometria anale;
- elettromiografia del pavimento pelvico e mappaggio degli sfinteri;
- videodefecografia.



Nella maggior parte dei casi, basta un accurata anamnesi ed un altrettanto accurato esame obiettivo, per effettuare una corretta diagnosi sulla/e causa/e di incontinenza fecale, per quest'eventuali esami strumentali sono consigliabili solo nei casi di difficile interpretazione.



Da un punto di vista clinico si riconoscono due forme d'incontinenza: parziale e totale. La prima determina l'imbrattamento anale continuo o periodico e la perdita incontrollata di materiale gassoso e/o liquido; la seconda dà luogo alla perdita incontrollata di materiale fecale normo-consistente.



INCONTINENZA PARZIALE:

- lesioni dello sfintere interno (interventi chirurgici, prolasso rettale, emorroidi);
- fecaloma (anziani, deficit mentali, neuropatie del pavimento pelvico).



INCONTINENZA TOTALE:

- **anomalie congenite dell'ano-retto;**
- **traumi;**
- **prolasso rettale totale;**
- **carcinoma ano-rettale;**
- **infezioni ano-rettale;**
- **incontinenza idiomatica;**
- **lesioni del neurone alto;**
- **lesioni del neurone basso.**



Associazione
Tecnico-Scientifica
di Stomaterapia
e Riabilitazione
del Pavimento Pelvico

4^o CONGRESSO BIENNALE
È TUTTO UN ALTRO AIOSS
RIMINI • 26-29 OTTOBRE 2023



**GRAZIE
PER L'ATTENZIONE
E...
CONTINUE A BATTERE
LE MANI**

....se volete!!!

Salus Hospital
Reggio Emilia



I.R.C.C.S. Policlinico
San Donato

Gruppo San Donato