



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

**La presa in carico del paziente con
incontinenza fecale:
dalla diagnosi alla riabilitazione**



Associazione
Tecnico-Scientifica
di Stomaterapia
e Riabilitazione
del Pavimento Pelvico

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

**L' incontinenza fecale:
vicini alla persona,
dalla diagnosi alla riabilitazione**

Lucia Mensi

Inf. Stomaterapista

P.O. Villa Scassi - GE ASL 3 Liguria



Associazione
Tecnico-Scientifica
di Stomaterapia
e Riabilitazione
del Pavimento Pelvico

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

Dalla manometria ano –rettale alla risposta riabilitativa

Lucia Mensi

Inf. Stomaterapista

P.O. Villa Scassi - GE ASL 3 Liguria

Dalla manometria ano rettale alla risposta riabilitativa

La manometria ano-rettale è l'esame diagnostico attraverso cui è possibile valutare gli aspetti motori e sensitivi che presiedono ai meccanismi della defecazione e della continenza fecale.

Nello specifico, permette di studiare la contrazione degli sfinteri anali interno ed esterno, il riflesso retto- anale inibitorio e la sensibilità rettale, sia a riposo sia durante la contrazione volontaria.



Dalla manometria ano rettale alla risposta riabilitativa

Durante l'esecuzione della manometria anorettale il paziente è sdraiato sul lettino in decubito laterale sinistro con le gambe flesse sulle cosce e le cosce flesse sull'addome.

Il medico specialista introduce un catetere per alcuni centimetri nell'ano e chiede al paziente di contrarre i muscoli dell'ano e in seguito di tentare di espellere il cateterino simulando l'atto dell'espulsione delle feci.

Prima del tentativo di espulsione, sulla punta del catetere viene gonfiato con aria un palloncino che ha la funzione di simulare il volume del bolo fecale al fine di analizzare le risposte del retto e dell'ano a questo stimolo.



Tra le fasi indispensabili dell'esame si distinguono:

1. studio del profilo pressorio basale, che consiste nella valutazione della pressione anale a riposo
2. studio del profilo pressorio dinamico, che consiste nella valutazione delle pressioni nel canale anale durante la contrazione massima volontaria e il ponzamento massimale

3. studio della sensibilità rettale alla distensione e del riflesso retto-sfinterico inibitore, che consiste nella valutazione della sensibilità che si ottiene registrando a quale volume di distensione del palloncino gonfiato nel retto si avverte la prima sensazione, qual è la sua durata e a quanto corrisponde lo stimolo di urgenza
4. studio della compliance rettale, che consiste nella misurazione della pressione del retto durante la sua distensione graduale.

Quali sono i rischi connessi alla mancata esecuzione dell'esame?

Perdita di importanti informazioni diagnostiche e prognostiche, di comprovata utilità in termini di gestione della salute del paziente, soprattutto nell'ambito delle successive scelte terapeutiche da intraprendere.

Caso clinico 1

Femmina di aa 23

In data 04/10/21 trauma perineale esteso alla vulva
(incidente stradale)

Frattura anello pelvico tipo C con ampia lacerazione vaginale

Posizionamento di fissatore per frattura bacino

Confezionamento di colostomia sinistra

Preso in carico per la gestione della stomia

Alla dimissione viene data indicazione ad eseguire manometria
ano rettale

In data 08/03/22 eseguita manometria pre ricanalizzazione

SFI 27mm/Hg (VN 40-103mmHg nella donna)

SFE 47mmHg (VN > 85 mmHg nella donna)

Contrazione 6,7 sec (VN > 5 sec)

Ponamento valori pressori nella norma

Caso clinico 1

Femmina di aa 23

La pz non esegue riabilitazione prima della chiusura della stomia

21/07/23 Ricanalizzazione. Esiti di urgenza defecatoria ed episodi di incontinenza. Consigliata riabilitazione pavimento pelvico

Marzo 2023 Eseguito ciclo riabilitativo con SEF BFB con discreta risposta alla continenza di feci solide. Permane incontinenza a feci liquide e gas

Maggio 2023 Suggesto ed eseguito ciclo riabilitativo con TAI senza risultati efficaci

Attualmente stabile, la pz ripeterà ciclo di riabilitazione

Caso clinico 2

Donna 35 aa

2013 Dopo 1 mese dal parto diastasi della cicatrice con soluzione di continuo tra forchetta vaginale e la porzione anteriore dello sfintere anale

2014 Intervento di plastica, senza successo per deiscenza
Viene inviata in ambulatorio per riabilitazione p.p.

2015 Ritentativo di plastica con confezionamento di
Colostomia

Preso in carico per la gestione della stomia

2015 Chiusura della colostomia

Caso clinico 2

Donna 35 aa

2022 La pz si rivolge nuovamente al servizio con questa situazione:

- Comparto anteriore: nessuna alterazione
- Comparto medio: permanenza di dolore alla penetrazione e durante l'intero rapporto sessuale (assenza di orgasmo vaginale)
- Comparto posteriore: incontinenza fecale a gas e feci solide. Evacuazione frazionata. Percezione limitata e alterata dello stimolo

Indossa costantemente protezioni assorbenti

Caso clinico 2

Donna 35 aa

Esplorazione rettale: beanza dell'ano, discreta
contrazione sfinteriale, adeguata percezione dei punti
pressori

Alla forchetta vaginale evocazione di forte dolorabilità

Dieta limitatissima (Kg 42 x 162 cm)

Si suggerisce valutazione ginecologica e nutrizionale

Si programma ciclo di riabilitazione strumentale BFB e

SEF previa **manometria ano rettale**

Caso clinico 2

Donna 35 aa

Manometria anorettale

Pressioni basali a riposo inferiori alla norma
mmHg 3,5 (vn 50-120)

Mantenimento del premito 4,9 sec (> 20 sec)

Percezione palloncino a 25ml, stimolo a 50, urgenza a
100/150 (v.n > 200)

Eseguita riabilitazione (BFB e SEF) con esito scarso

Proposta ed eseguita TAI senza soddisfacente
miglioramento

La pz attualmente segue attento regime dietetico

Caso clinico 3

Maschio di 73aa

In anamnesi: seminoma testicolo, psoriasi cutanea ed artrite psoriasica (29 aa)
trombosi venosa profonda a.i. sn (63 aa)
neoplasia vescicale (66 aa)

Febbraio 2017: confezionamento di neovescica rettale

Giugno 2018: riscontro di necrosi ansa intestinale, ricostruzione della neo vescica e ileostomia complicata da setticemia

Ottobre 2018: Tentativo di ricanalizzazione (senza studio del colon disabitato) fallito per sinechie

In trattamento con terapia marziale per anemizzazione cronica

Luglio 2020 presa in carico per gestione della stomia su richiesta dell'ematologo

Dicembre 2022 Biposia della mucosa ileale per presenza di tessuto iperproliferativo sanguinante (negativa)

Il paziente ci esprime la volontà di essere ricanalizzato

In sinergia con il chirurgo si programma studio dell'intestino disabitato

Caso clinico 3

Maggio 2023 clisma con gastrografin (negativa)
Maggio 2023 manometria anorettale
Settembre 2023 colonscopia (**colite da diversione**)

Risultato manometria

Pressione basale dello sfintere anale a riposo molto inferiore alla norma
14mm/Hg (VN 50-120mmHg nell'uomo)

Il premito può essere mantenuto per oltre 30 secondi

Lunghezza dello sfintere nella norma

Riflesso inibitorio rettoanale presente

Durante la fase di spinta ,regolare apertura dello sfintere anale

Il pz percepisce il palloncino a **40ml**, lo stimolo a 60 ml (VN > 20ml)

riferisce urgenza a **110 ml** (162-200ml) con tolleranza massima a **150ml** (> 200ml)

In considerazione del fatto che da anni il pz non evacua per via naturale, si rilevano alterazioni, probabilmente correggibili, con biofeedback

PROGRAMMATE ed ESEGUITE 10 SEDUTE DI BFB che il pz sta attualmente eseguendo con adeguata compliance e progressivo miglioramento

Prescritta terapia con mesalazina per via rettale

PROGRAMMATO NTERVENTO DI RICANALIZZAZIONE

PER IL MESE DI NOVEMBRE

Caso clinico 4

Maschio di aa 70

In anamnesi varicocele nel 2010

Ottobre 2021 colonscopia con diagnosi di ADK RETTO

Ch e RT neoadiuvante

Maggio 2022 Intervento chirurgico di RAR (T1G2N0)

Confezionamento di ileostomia di protezione

Luglio 2022 inizio Ch adiuvante

Luglio 2022 TAC di stadiazione (sospetta fistola nella sede del pregresso intervento e immagine solida pedunculata nel lume della flessura colica sin

02/09/23 TAC ADDOME E CLISMA CON GASTROGRAFAN

raccolta presacrale, lesione solida estesa per circa 6 cm tra flessura epatica e colon trasverso.

Ispessimento parietale concentrico della regione della valvola ileocecale esteso per 3 cm

Indicazione ad ulteriori accertamenti

Caso clinico 4

14/09/22 Preparazione meccanica alla colonscopia (15/09/22 in narcosi)

Introduzione difficoltosa dell'acqua da ano naturale

Introduzione impossibile dall'ansa efferente

Colonscopia esplorativa che evidenzia un fecaloma a livello della valvola ileocecale non amovibile, nonostante ripetuti lavaggi. Visualizzati i 2 polipi

Si decide di eseguire lavaggi da ansa efferente, in ambulatorio, a cadenza bisettimanale.

13/10/22 Ripetizione della colonscopia e polipectomia endoscopica

Valvola ileocecale: neoformazione a scodella

Flessura epatica: asportazione di polipo semipeduncolato di circa 7mm

Flessura splenica: asportazione di polipo semipeduncolato di circa **4 cm**

A causa di ginecolatura non si riesce a recuperare il polipo

Recupero differito, dopo 12 ore attraverso lavaggio isoperistaltico

Istologici negativi

25/11/22 Ricanalizzazione

Aprile 2023

punteggio LARS 32

esegue BFB

Ottobre 2023

punteggio LARS 39

programmata TAI

GRAZIE

A

TUTTI

Note

^ Brookes D. Cash, Curbside Consultation of the Colon: 49 Clinical Questions, SLACK Incorporated, 15 settembre 2008, pp. 67–, ISBN 978-1-55642-831-9. URL consultato il 10 novembre 2010.

^ SS. Rao, S. Singh, Clinical utility of colonic and anorectal manometry in chronic constipation., in J Clin Gastroenterol, vol. 44, n. 9, ottobre 2010, pp. 597-609, DOI:10.1097/MCG.0b013e3181e88532, PMID 20679903.

^ A. Bove, F. Pucciani; M. Bellini; E. Battaglia; R. Bocchini; DF. Altomare; G. Dodi; G. Sciaudone; E. Falletto; V. Piloni; D. Gambaccini, Consensus statement AIGO/SICCR: diagnosis and treatment of chronic constipation and obstructed defecation (part I: diagnosis)., in World J Gastroenterol, vol. 18, n. 14, aprile 2012, pp. 1555-64, DOI:10.3748/wjg.v18.i14.1555, PMID 22529683.

^ SS. Rao, K. Meduri, What is necessary to diagnose constipation?, in Best Pract Res Clin Gastroenterol, vol. 25, n. 1, febbraio 2011, pp. 127-40, DOI:10.1016/j.bpg.2010.11.001, PMID 21382584.

^ JM. Remes-Troche, SS. Rao, Diagnostic testing in patients with chronic constipation., in Curr Gastroenterol Rep, vol. 8, n. 5, ottobre 2006, pp. 416-24, PMID 16968610.

^ SS. Rao, Advances in diagnostic assessment of fecal incontinence and dyssynergic defecation., in Clin Gastroenterol Hepatol, vol. 8, n. 11, novembre 2010, pp. 910-9, DOI:10.1016/j.cgh.2010.06.004, PMID 20601142.

^ AE. Bharucha, Pro: Anorectal testing is useful in fecal incontinence., in Am J Gastroenterol, vol. 101, n. 12, dicembre 2006, pp. 2679-81, DOI:10.1111/j.1572-0241.2006.00900_1.x, PMID 17227512.

^ N. Andromanakos, D. Filippou; P. Skandalakis; V. Papadopoulos; S. Rizos; K. Simopoulos, Anorectal incontinence. pathogenesis and choice of treatment., in J Gastrointestin Liver Dis, vol. 15, n. 1, marzo 2006, pp. 41-9, PMID 16680232.

^ Eli Ehrenpreis, Anal and rectal diseases explained, Remedica, ottobre 2003, pp. 15–, ISBN 978-1-901346-67-1. URL consultato il 10 novembre 2010.

^ F. de Lorijn, LC. Kremer; JB. Reitsma; MA. Benninga, Diagnostic tests in Hirschsprung disease: a systematic review., in J Pediatr Gastroenterol Nutr, vol. 42, n. 5, maggio 2006, pp. 496-505, DOI:10.1097/01.mpg.0000214164.90939.92, PMID 16707970.

^ AJ. Smout, Manometry of the gastrointestinal tract: toy or tool?, in Scand J Gastroenterol Suppl, n. 234, 2001, pp. 22-8, PMID 11768557.

^ S. Karoui, J. Boubaker; A. Filali, [Technical aspects and indications of anorectal manometry]., in Tunis Med, vol. 83, n. 6, giugno 2005, pp. 315-9, PMID 16156403.

^ PD. Meunier, D. Gallavardin, Anorectal manometry: the state of the art., in Dig Dis, vol. 11, n. 4-5, Lug-Ott 1993, pp. 252-64, PMID 8222306.

Bibliografia