



Associazione
Tecnico-Scientifica
di Stomaterapia
e Riabilitazione
del Pavimento Pelvico

4° 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**



Associazione
Tecnico-Scientifica
di Stomaterapia
e Riabilitazione
del Pavimento Pelvico

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

La resezione anteriore del retto: inquadramento clinico ed evidenze



Roberto Dino Villani



Cancro del colon-retto



- Tumore più frequente in Italia; terza neoplasia più frequente negli uomini e seconda nella donna
- Seconda causa di morte per neoplasia in entrambi i sessi
- Prognosi correlata allo stadio alla diagnosi
- Sopravvivenza a 5 anni: 63%

• FATTORI DI RISCHIO

- Diabete
- Pregressa RT su pelvi
- IBD
- Familiarità di primo grado
- Fattori comportamentali
 - Fumo
 - Scarsa attività fisica
 - Alto BMI
 - Elevato consumo di carni rosse e alcool e/o basso consumo di frutta e verdura



- Screening



- Ricerca del sangue occulto fecale (SOF); ogni 2 anni tra i 50 e i 69 anni → se positiva colonscopia totale
- Rettosigmoidoscopia; una sola volta nella vita tra i 55 e i 64 anni
- Colonscopia
- Marcatori fecali
- Colonscopia virtuale



- Diagnosi

- Esame clinico con esplorazione rettale

- Distanza dall'ano
- Versante interessato (ant., post., dx, sx)
- Presenza di sanguinamento
- Volume
- Stato sfinteriale
- Grado di fissità del tumore



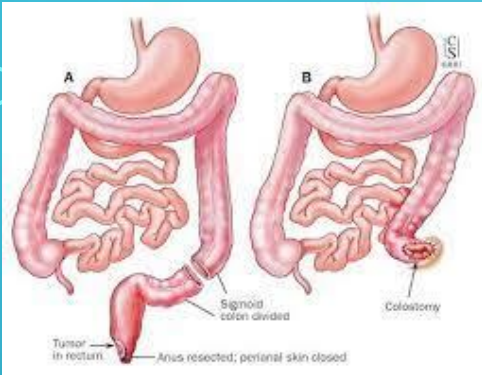
+

- Tecniche diagnostico-stadiative strumentali

+

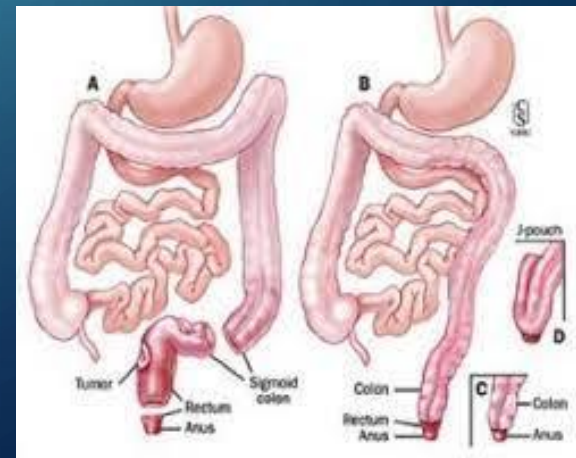
- Biopsia e diagnosi istologica

- Trattamento chirurgico

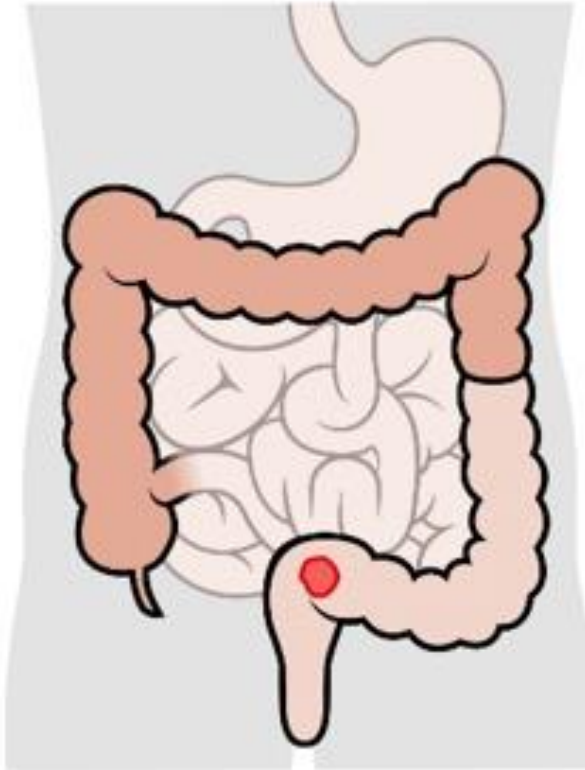


- ADK del retto localizzato fino a 5 cm dalla rima anale:
RESEZIONE ADDOMINO-PERINEALE (Sec. Miles) con stomia permanente

- ADK del retto localizzato oltre 5 cm dalla rima anale:
CHIRURGIA PRESERVANTE LO SFINTERE (+/- CCRT)
margine di resezione distale di 1 cm
sufficiente per ottenere resezione curativa



Abdominal perineal resection (rectal / anal cancer)

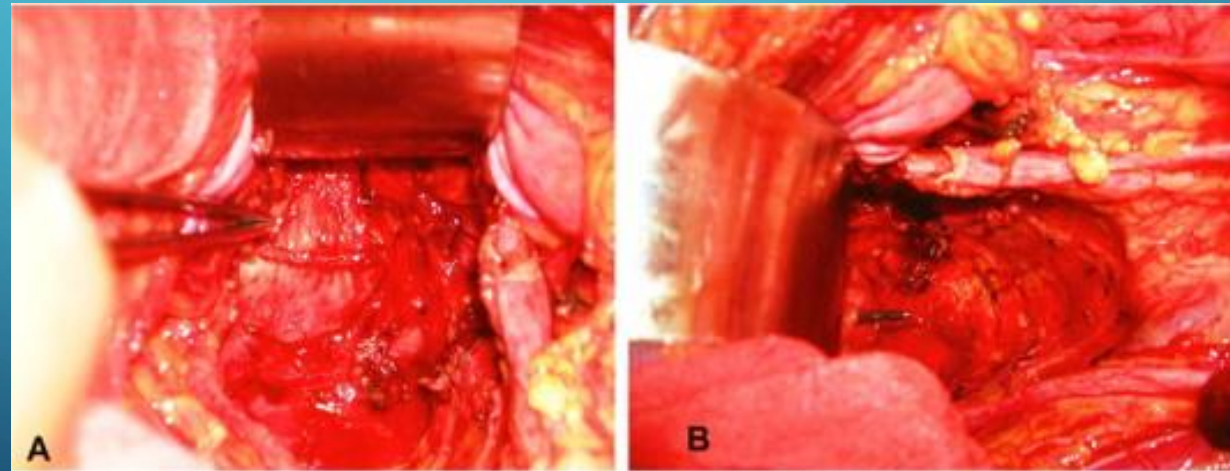


Anus, rectum,
and
sigmoid colon
removed

RESEZIONE ADDOMINO-PERINEALE (SEC. MILES)

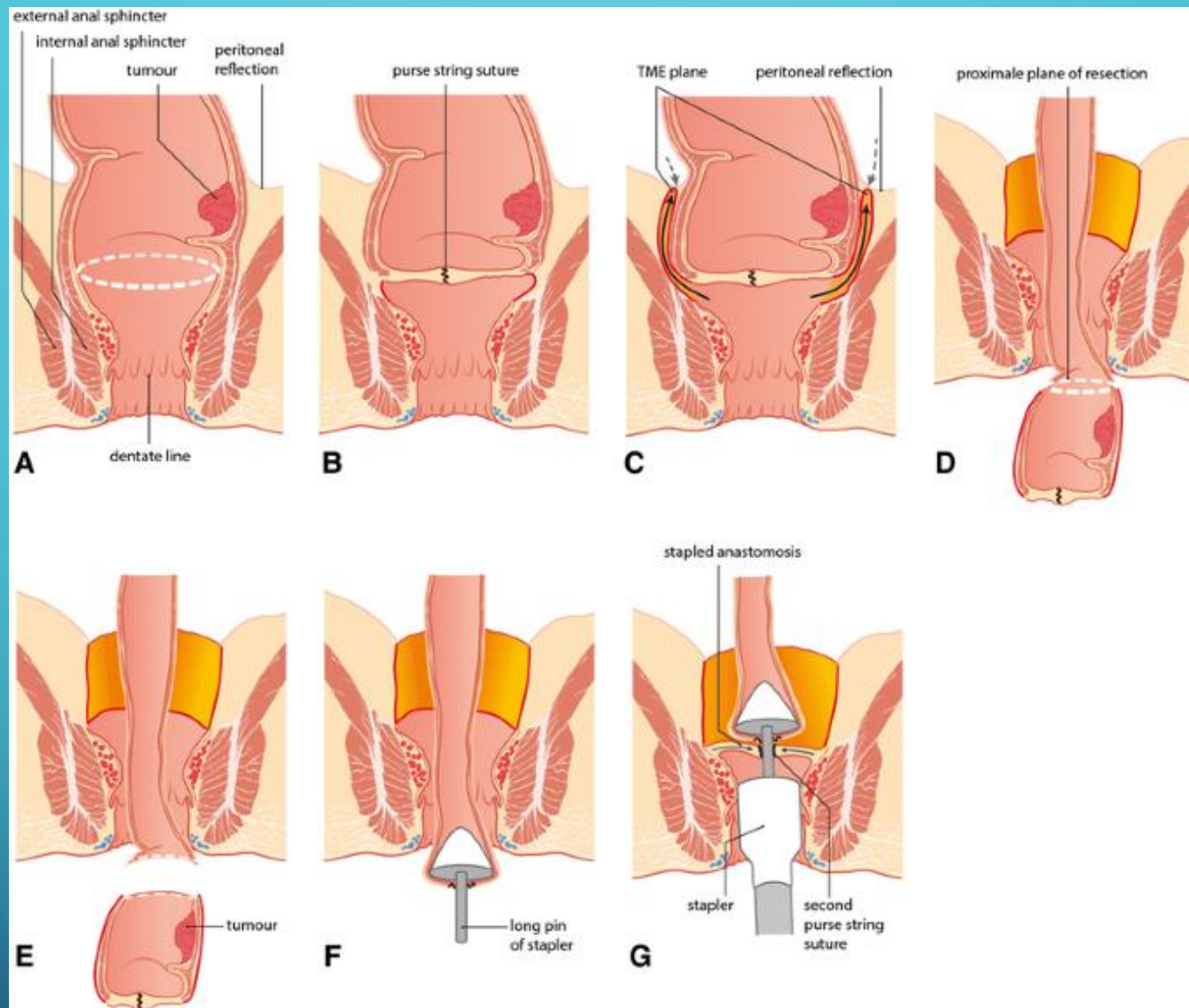
Tecniche chirurgiche di preservazione dello sfintere:
resezione in blocco del mesoretto (TME, Total Mesorectal Excision)

- RESEZIONE ANTERIORE BASSA / Low anterior resection (LAR) e anastomosi colo-anale: *tumori 1 cm o più prossimali alla linea pettinata*

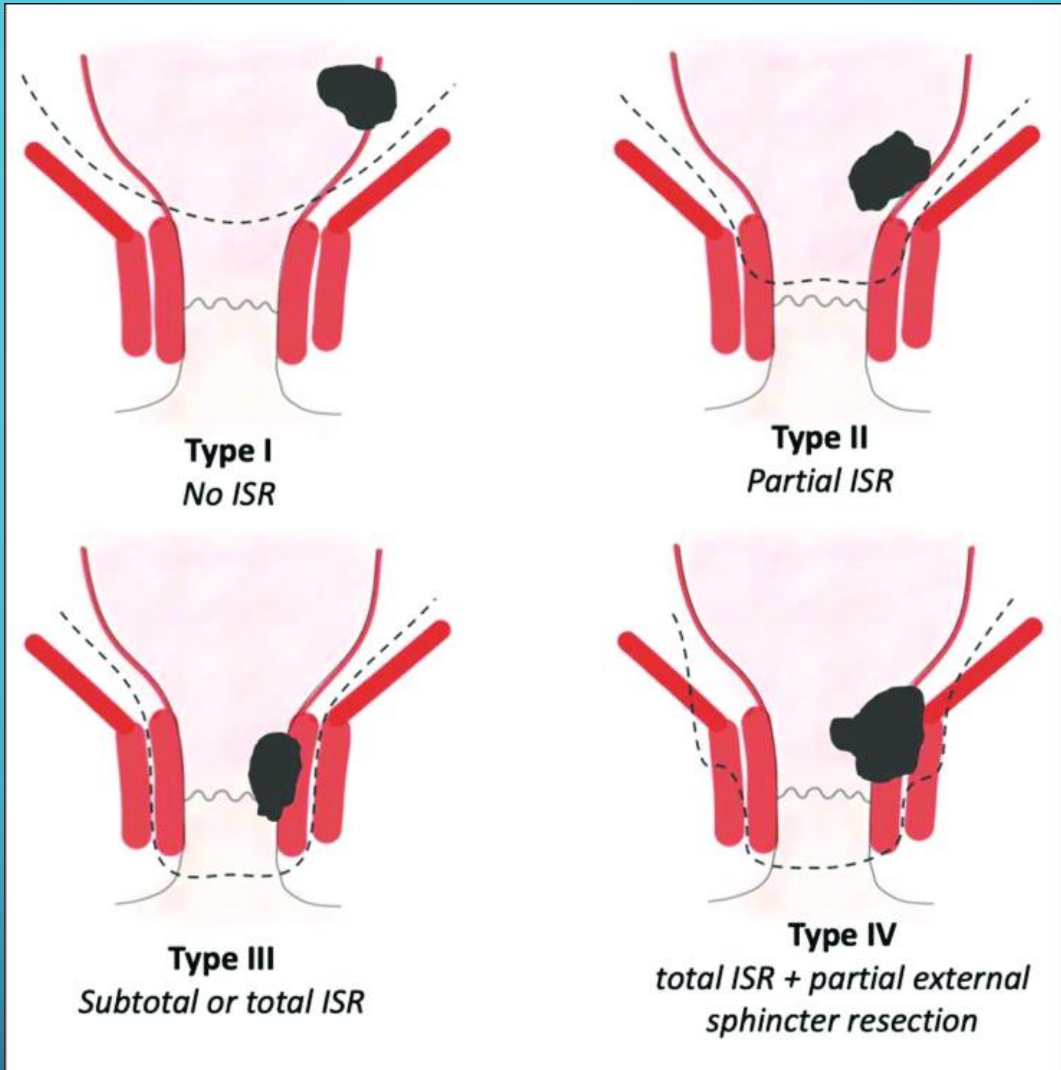


Resezione anteriore «ultra-bassa»

- RESEZIONE TRANSANALE e anastomosi pull-through (colon prossimale anastomizzato al margine distale dello sfintere esterno): *tumori all'interno del canale anale*
- RESEZIONE INTERSFINTERICA (IS) totale, subtotale, parziale e anastomosi colo-anale (margine distale di resezione al solco intersfinterico): *tumore che si estende oltre la linea pettinata*



Resezione transanale



RESEZIONE INTERSFINTERICA

Obiettivi:

Outcomes
oncologici

- sopravvivenza «overall»
- sopravvivenza «disease-free»

Outcome
funzionale

- risultato funzionale / qualità della vita

parte del trattamento primario

Chirurgia preservante lo sfintere sempre più comune in caso di cancro del retto basso avanzato (trattato con CT neoadiuvante)



LA PRESERVAZIONE DELLO SFINTERE RISOLVE TUTTI I PROBLEMI?



LARS: LOW ANTERIOR RESECTION SYNDROME

insieme di sintomi che si possono verificare in seguito a resezione parziale o totale del retto



- Incontinenza fecale
- Incontinenza ai gas
- soiling
- Urgenza nell'evacuazione, aumentata frequenza
- Feci liquide
- Tenesmo
- Disfunzione urinaria/sexuale



↓ **QUALITA' DELLA VITA**

Low Anterior Resection Syndrome

Symptoms



Variable, unpredictable bowel function



Emptying difficulties



Altered stool consistency



Urgency



Increased stool frequency



Incontinence



Repeated painful stools



Soiling

Consequences



Toilet dependence



Preoccupation with bowel function



Dissatisfaction with bowels



Strategies and compromises



Impact on:

Mental and emotional wellbeing



Social and daily activities



Relationships and intimacy

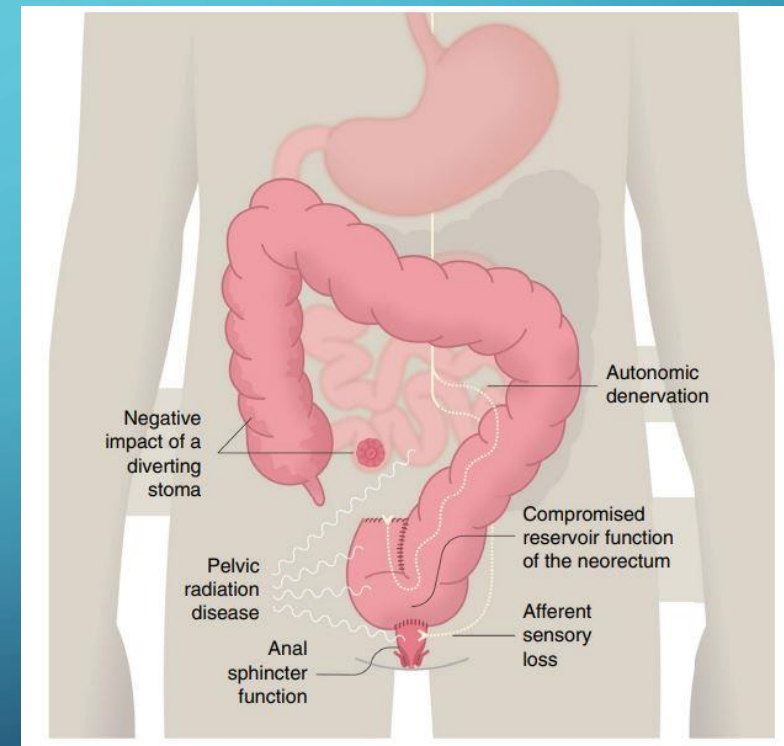


Roles, commitments and responsibilities

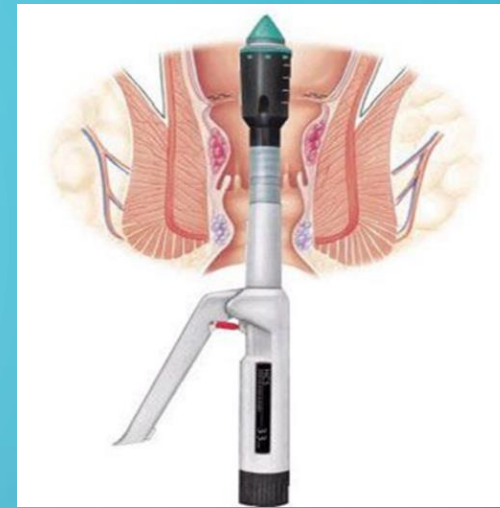
LARS: quali le cause?

Eziologia multi-fattoriale:

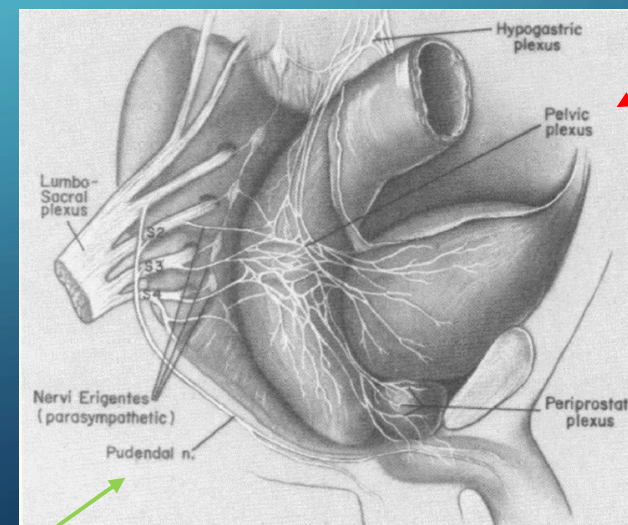
- Dismotilità del colon
- Disfunzione del reservoir neorettale
- Disfunzione dello sfintere anale



- Lacerazione meccanica dello sfintere interno durante l'introduzione della stapler

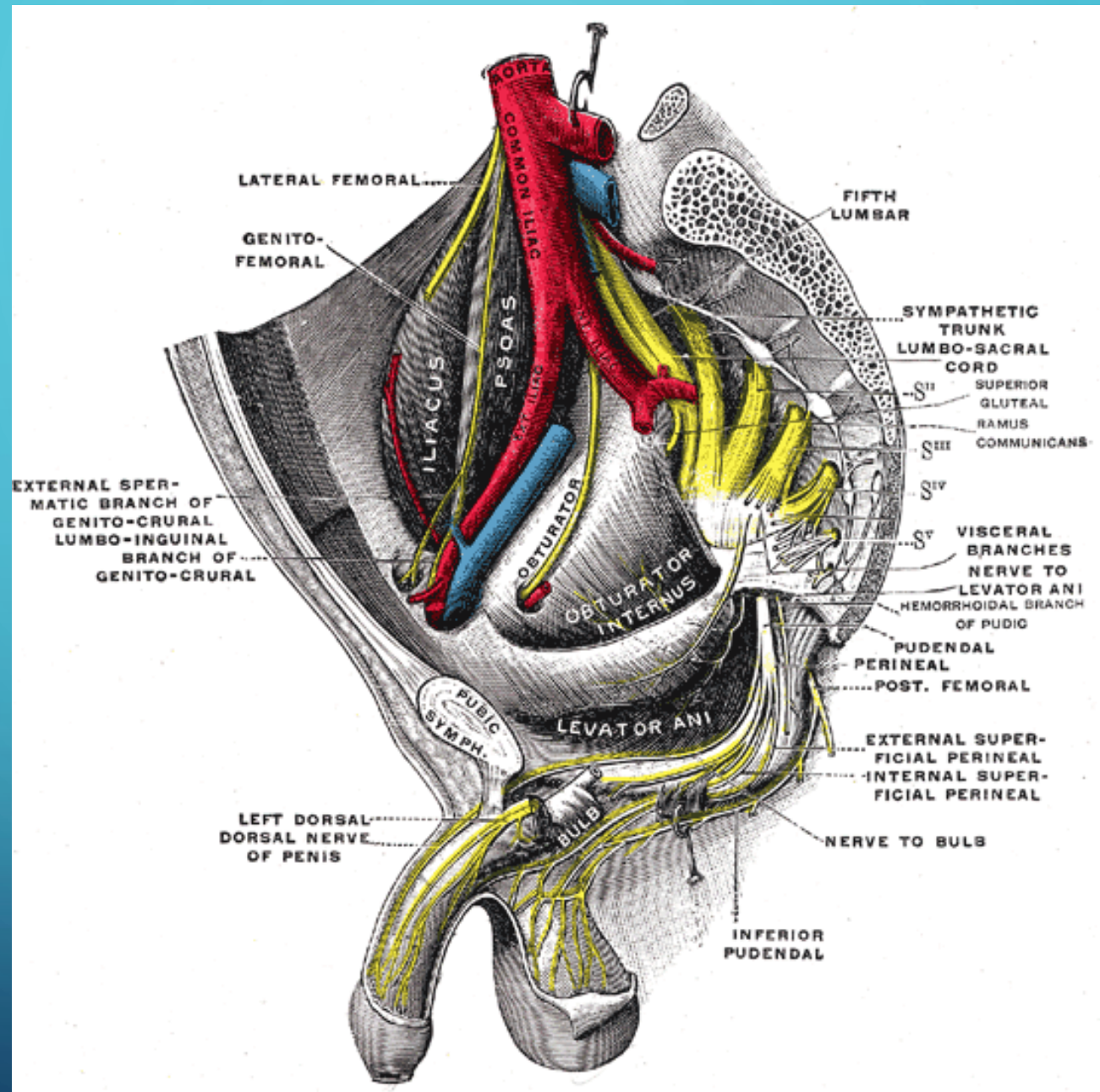


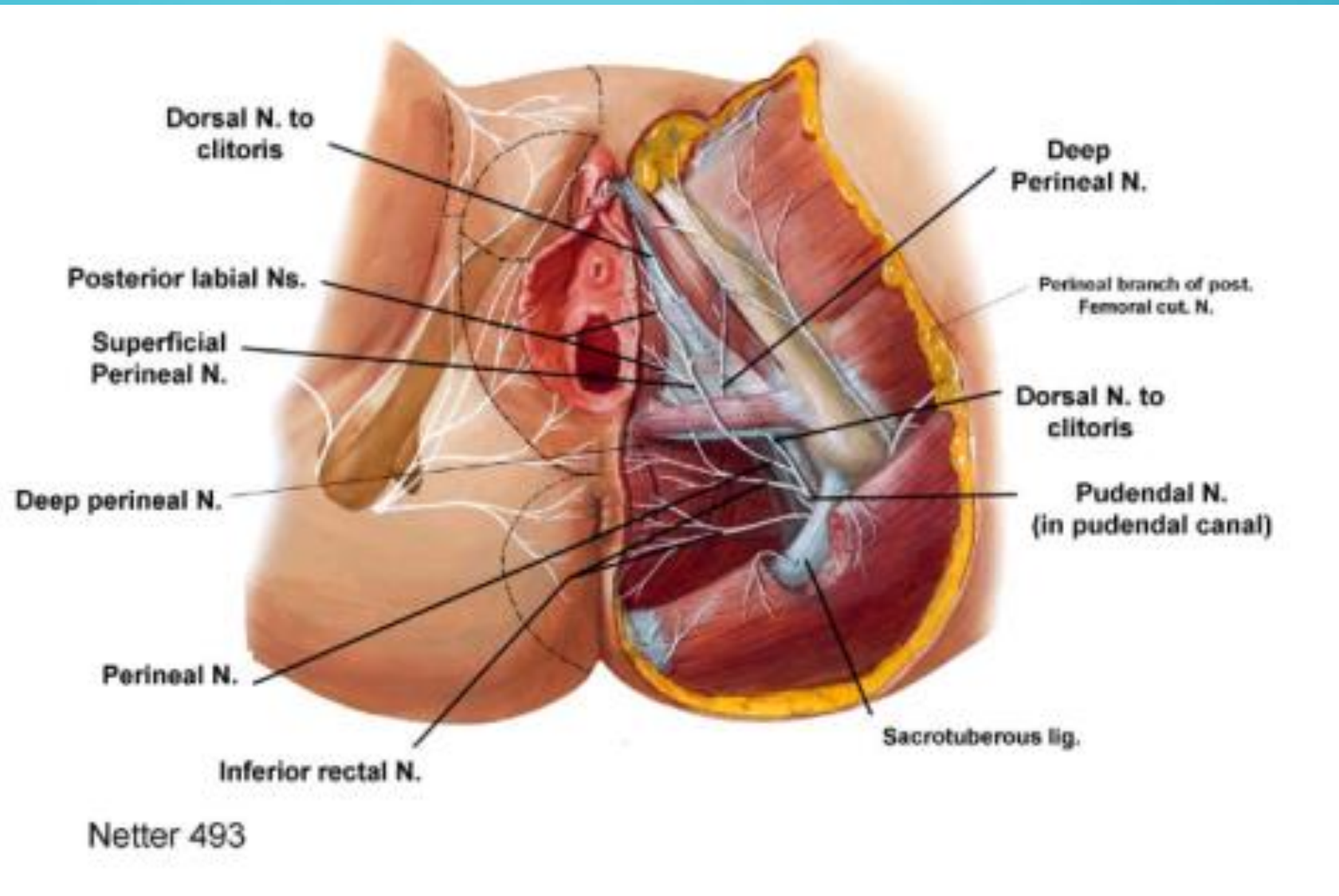
- Lesioni nervose (transitorie o permanenti) durante la TME (Total Mesorectal Excision)




Plesso pelvico

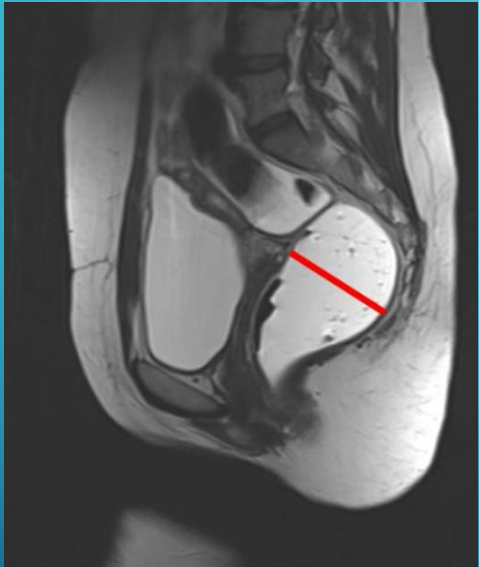
N. pudendo





- 
- Perdita della funzione di serbatoio dell'ampolla rettale

- 
- Defecazioni più frequenti e ravvicinate tra loro, ma con un minor volume fecale



Fattori di rischio

- Anastomosi BASSA colorettaie o colo-anale
- Anastomosi termino-terminale
- Leakage anastomotico (AL)
- RT adiuvante
- Sesso F
- Presenza di stomia
- Complicanze post-operatorie

Diagnosi

- Questionario
 - LARS Score
- Accertamenti diagnostici
 - ECO endorettale
 - Manometria anorettale/colica
 - Defecografia/Defeco-RM

LARS Score

1. Continenza ai gas

2. Continenza alle feci liquide

3. Frequenza delle evacuazioni

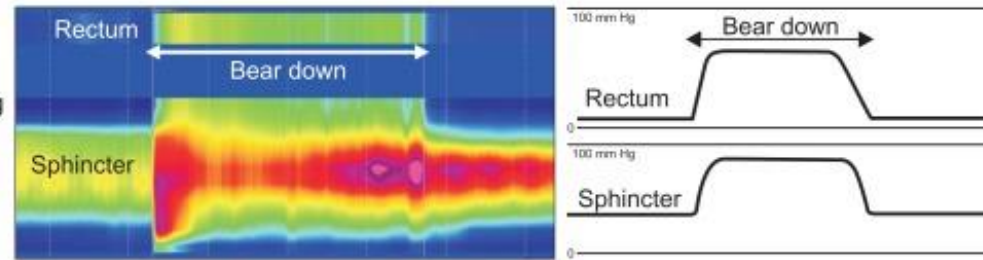
4. Clustering

5. Urgenza

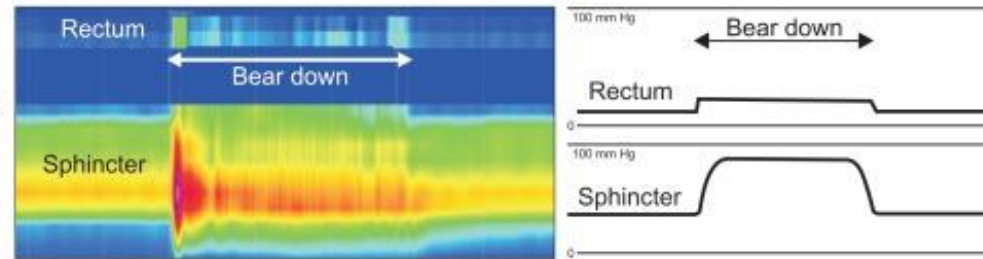
Do you ever have occasions when you cannot control your flatus (wind)?	
<input type="checkbox"/> No, never	0
<input type="checkbox"/> Yes, less than once per week	4
<input type="checkbox"/> Yes, at least once per week	7
Do you ever have any accidental leakage of liquid stool?	
<input type="checkbox"/> 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 (24 hours)	2
<input type="checkbox"/> 1-3 times per day (24 hours)	0
<input type="checkbox"/> Less than once per day (24 hours)	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

0-20 no LARS; 21-29 minor LARS; 30-42 major LARS

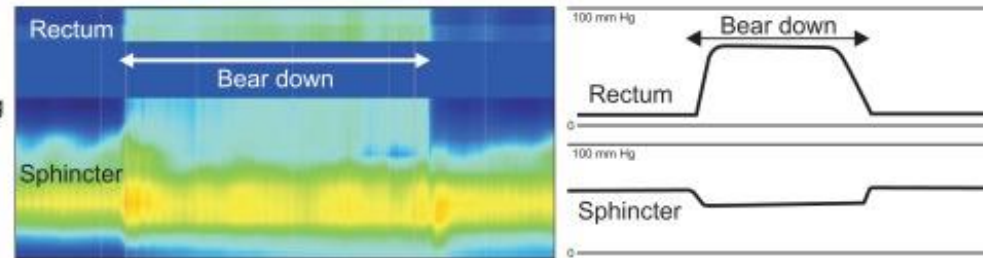
Type I
 The patient can generate an adequate pushing force (rise in intra-abdominal pressure) along with a paradoxical increase in anal sphincter pressure.



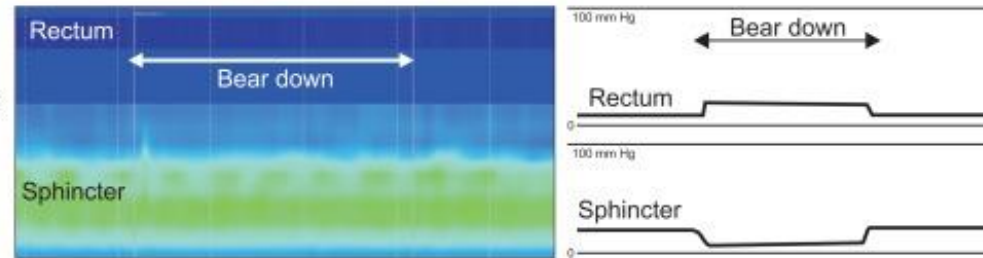
Type II
 The patient is unable to generate an adequate pushing force (no increase in intrarectal pressure) but can exhibit a paradoxical anal contraction.



Type III
 The patient can generate an adequate pushing force (increase in intrarectal pressure) but, either has absent or incomplete (<20%) sphincter relaxation (i.e., no decrease in anal sphincter pressure).



Type IV
 The patient is unable to generate an adequate pushing force and demonstrates an absent or incomplete anal sphincter relaxation.



Manometria anorettale

Trattamento

- **Minor LARS (Score<30)**

Approccio farmacologico

- ***diarrea***: loperamide
- ***incontinenza/urgenza post-prandiale***: antagonisti recettori della serotonina (ramosetron)
- ***eccessiva flatulenza/gonfiore addominale***: rifaximina, neomicina
- ***incontinenza fecale***: iniezione anale con destranomero e ialuronato di sodio



- **Major LARS (Score>30)**

Approccio multimodale

- *Irrigazione trans-anale (TAI, Trans-Anal Irrigation)*
- *Riabilitazione pavimento pelvico*
- *Stimolazione del nervo sacro (SSN, Sacral Nerve Stimulation)*
- *Accorgimenti dietetici*



Counseling pre-operatorio

Preoperative counseling and functional evaluation.
Consider the effect of radiotherapy, surgical reconstruction, diverting stoma.
Early closure of diverting stoma

Dieta

Counseling on functional alterations
Dietary program
Consult with medical gastroenterologist if needed

Riabilitazione pavimento pelvico

Pelvic floor rehabilitation

Irrigazione transanale

Transanal irrigation

Neuromodulazione

Sacral neuromodulation

Stomia

Stoma

Conclusioni – Key Points

- LARS: inevitabile conseguenza di Chirurgia preservante lo sfintere (Sphincter Preserving Surgery, SPS)
- Counseling pre-treatment per valutazione fattori di rischio
- PUNTO CRUCIALE: valutazione outcome oncologico vs qualità della vita per la scelta della SPS (vs Resezione Addomino-perineale, APR) nel cancro del retto basso

- Assessment dello stato funzionale del paziente e del trattamento (score, accertamenti diagnostici)
- Minor LARS: terapia farmacologica, riabilitazione del pavimento pelvico
- Major LARS: trattamento multimodale (neuromodulazione)
- Se severità sintomi persiste per >2 anni considerare confezionamento stomia permanente

La scelta della Chirurgia
preservante lo Sfintere

NON deve essere un dogma



Trattamento individualizzato



**La valutazione
preoperatoria di una
persona candidata a RAR
per una scelta
consapevole**





Scelta per

età?

condizioni generali?

patologie in corso?

stile di vita?

condizioni sociali?

altro?



**Grazie per
l'attenzione**

Domande?

No?

**Allora le
faccio io....**

ROBERTO DINO VILLANI



Tanto per discutere.....

- Siete coinvolti nella decisione terapeutica in caso di LARS?**
- Ritenete opportuna la stomia di scelta in caso di LARS?**
- Meglio una stomia o una modesta incontinenza?**
- Coinvolgete il paziente nella scelta?**
- Ritenete importante l'età e le condizioni generali del paziente nella scelta?**
- Avete esperienza in riabilitazione post-chirurgica o pre-chirurgica?**
- Come riabilitate il paziente con LARS?**
- Avete esperienza in NMS?**

BIBLIOGRAFIA

- *Linee Guida AIOM Tumori del Colon, 2021*
- *Sphincter saving and abdomino-perineal resections following neoadjuvant chemoradiation in locally advanced low rectal cancer, W. Gawad, I. Fakhr, M. Lotayef et al.*
- *Management guidelines for low anterior resection syndrome – the MANUEL project, Peter Christensen, Coen IM Baeten, Eloy Espín-Basany et al.*
- *Assessment and management of low anterior resection syndrome after sphincter preserving surgery for rectal cancer, Ahmad Sakr, Fozan Sauri, Mohammed Alessa et al.*