

chirurgia

## Chirurgia trans-ale stapler-assistita

### Una risposta innovativa ai problemi delle emorroidi e della sindrome da defecazione ostruita

Valeria Gianfreda

*Specialista di Chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva chirurgica  
Ospedale Madre Giuseppina Vallini, Roma*



V. Gianfreda

#### Introduzione

Emorroidi e sindrome da defecazione ostruita costituiscono due tra i più frequenti problemi che interessano il paziente di interesse colon-proctologico. Le prime si manifestano tipicamente con disturbi quali sanguinamento all'atto della defecazione, più spesso al termine, con bruciore e *disconfort* anale e prolasso mucoemorroidario. La sindrome da ostruzione fecale è la più frequente forma di stipsi, essa costituisce un problema di recente inquadramento clinico e fisiopatologico che consiste essenzialmente nella difficoltà all'evacuazione delle feci benché il paziente, spesso di sesso femminile, abbia un pressoché normale stimolo evacuativo. Le pazienti riferiscono infatti uno svuotamento rettale insufficiente e prolungato, hanno un senso di evacuazione incompleta, talora associata a tenesmo o urgenza evacuativa; spesso, nelle forme più eclatanti, devono anche ricorrere a manovre digitali per via vaginale e/o rettale per evacuare in maniera completa con necessità di assunzione cronica di lassativi o clisteri.

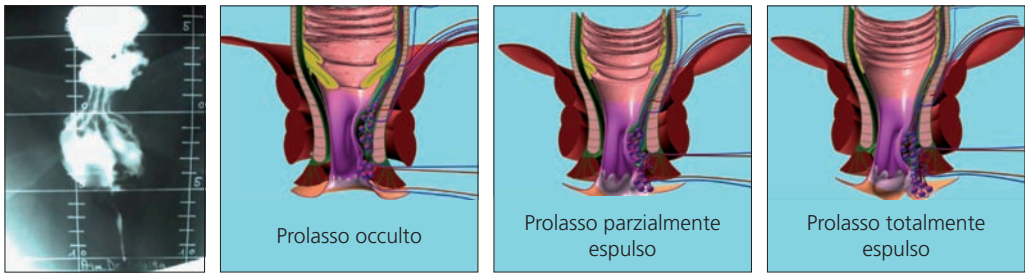
#### Eziopatogenesi

La patologia fondamentale alla base dei suddetti sintomi è il prolasso rettale interno che può essere: solo della mucosa; prevalentemente della mucosa ma coinvolgente anche le pareti muscolari; a tutto spessore. La patogenesi di questo prolasso non è chiara, ma verosimilmente è multifattoriale. Una percentuale di neonati è affetta da prolasso rettale esterno. È ragionevole presumere che, se esiste il prolasso rettale esterno congenito, anche il prolasso rettale interno può essere congenito o costituzionale, probabilmente molto più diffuso, molti bambini hanno difficoltà alla defecazione.

Viene dato per scontato che fattori dietetici, abitudini di vita, dissinergia abbiano un ruolo importante nel determinismo di questa patologia, ma in realtà non vi è nessuna dimostrazione inconfutabile.

#### Fisiopatologia e diagnosi

Durante la defecazione questo prolasso interno, solo a carico della mucosa rettale o coinvolgente tutto lo spessore del retto, può inva-



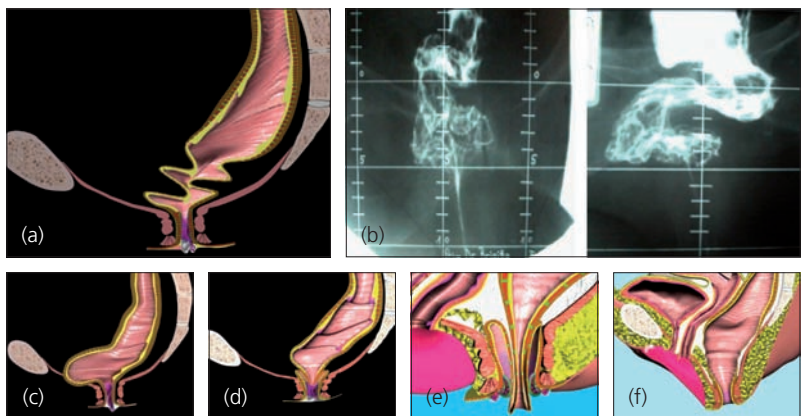
△ **Figura 1.** Durante la defecazione il prolasso mucoso rettale può rimanere occulto; essere espulso parzialmente o totalmente. Alla fine della evacuazione può ridursi spontaneamente con manovre digitali; può essere irriducibile o prolapsante anche a riposo.

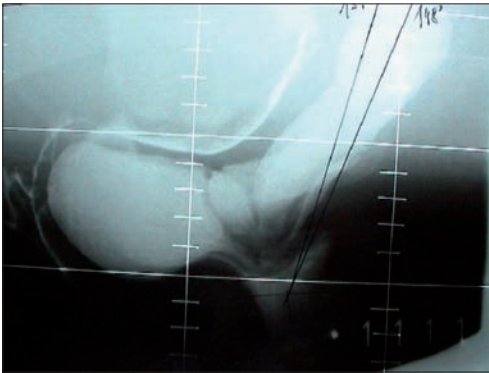
ginarsi nel canale anale spingendo verso l'esterno la mucosa anale, le emorroidi e l'anoderma, disancorandoli dai rispettivi legamenti di Treitz e di Parks e spingendoli verso l'esterno. Anche una porzione variabile di prolasso rettale interno si porta verso l'esterno insieme alle emorroidi. In pratica il prolasso retto-ale esterno è un'evoluzione anatomico-patologica del prolasso interno (Fig. 1). Il prolasso interno può dilatarsi anche trasversalmente formando un rettocele e/o invaginarsi ostruendo meccanicamente la defecazione. L'ostruzione fecale induce allo sforzo eccessivo (*straining*) per evacuare. Durante lo *straining*, si verifica un importante aumento di pressione nella pelvi, con importante sollecitazione dei muscoli, delle fasce e dei legamenti pelvici.

La naturale evoluzione è l'alterazione, prima dinamica e poi anatomica, delle suddette strutture. La più conosciuta è il perineo iperdiscendente che col tempo diviene stabilmente disceso (Fig. 2).

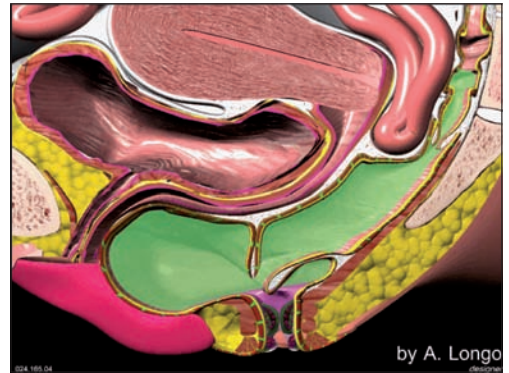
I prolapsi retto-anali possono causare diversi sintomi suddivisibili in tre gruppi: accidenti vascolari-emorroidari; disordini della continenza;

**Figura 2.** ▶ Comportamento dinamico del prolasso rettale a tutto spessore (a;b) durante la defecazione, c) dilatazione con formazione del rettocele, d) invaginazione singola o multipla, e) espulsione parziale o completa, f) discesa del perineo effetto dell'allungamento del prolasso rettale.





△ **Figura 3.** Fotogramma di pelvigratia dinamica: opacizzazione di vescica, intestino tenue, vagina e retto e registrazione dell'esame dall'inizio alla fine dello straining. Nell'immagine si rileva orizzontalizzazione della vagina con cistocele, rettocele, invaginazione rettale.



△ **Figura 4.** La formazione di una invaginazione retto-anale all'inizio dello straining (invaginazione precoce) impedisce l'evacuazione e costringe i pazienti alla digitazione rettale e/o vaginale e all'uso di clisteri evacuativi.

sintomi da ostruita defecazione. Spesso i pazienti non riferiscono tutti i sintomi, perché li ritengono dovuti a patologie diverse. Tutto questo implica che quando si visitano i pazienti con qualunque tipo di prollasso, è necessario investigare su tutti i sintomi: da ostruita defecazione, di incontinenza ed emorroidaria.

Per la diagnosi dei prollassi retto-anali un'accurata esplorazione rettale ci consente di apprezzare la presenza di un prollasso muco-emorroidario di III o IV grado, la presenza di un'invaginazione retto-anale o retto-rettale e inoltre, nella donna, la presenza di un rettocele con eventuale abbassamento del perineo.

Per la conferma diagnostica radiologica dei suddetti reperti, si indica al paziente di eseguire una Rx defecografia che è un esame radiografico che permette di monitorizzare ed analizzare in termini di caratteristiche morfodinamiche le disfunzioni ano-rettali (Figg. 3 e 4).

Si completa lo studio di tutto il colon con una retto-sigmoidoscopia che ci consente di escludere altre patologie primitive a carico del colon.

### Le tecniche chirurgiche

Le soluzioni chirurgiche fino a oggi proposte per trattare queste patologie si sono rivelate del tutto insoddisfacenti, se si considerano per un attimo i disturbi tipici del decorso post-operatorio dei pazienti sottoposti a intervento di emorroidectomia. Inoltre, asportando le emorroidi si indebolisce la continenza ai fluidi e, fatto principale, non si cura il prollasso interno del retto che, oltre a essere la causa del prollasso emorroidario, può causare la cosiddetta sindrome da ostruzione fecale. Lo

stesso dicasi per i vari approcci chirurgici trans-vaginali o trans-rettali tradizionali, finalizzati alla correzione chirurgica della sindrome da defecazione ostruita.

Dato che le attuali conoscenze patogenetiche indicano che il prolasso retto-ale è la condizione che predispone alle complicanze emorroidarie e ai disturbi della continenza, è razionale ipotizzare che la correzione di tale alterazione anatomica possa essere sufficiente a curare e prevenire i sintomi a essa correlati.

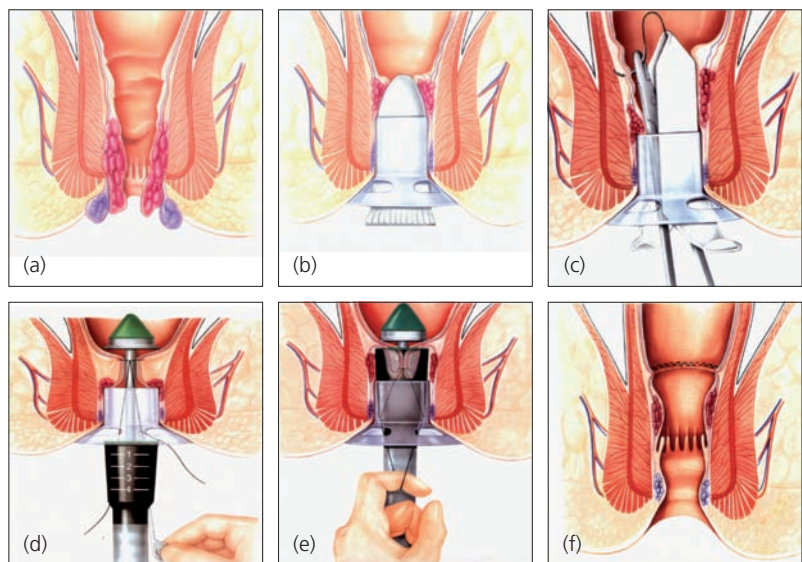
Il prolasso retto-ale può essere rimosso con interventi chirurgici mini-invasivi, grazie a uno strumento di nuova generazione che consente di eliminare la patologia per via trans-ale, senza tagli e cicatrici, richiede l'anestesia epidurale, una corta degenza e conseguente rapida ripresa delle attività lavorative.

Per il trattamento e la correzione del prolasso muco-emorroidario la tecnica proposta è la *stapled anopexy* o mucoprolassectomia.

Tale tecnica chirurgica è indicata nel prolasso di II e III grado, nel prolasso di IV grado con anoderma mobile ed elastico.

La tecnica consiste nella resezione circonferenziale della mucosa rettale distale prolassante, preservando l'integrità della mucosa anale e dei cuscinetti emorroidari. Il presupposto terapeutico è che la resezione del prolasso rettale comporti un lifting della mucosa anale, delle emorroidi e dell'anoderma.

L'intervento (Fig. 5) inizia con l'introduzione del divaricatore anale circolare (*circular anal dilator, CAD*); con tale manovra si provoca la



**Figura 5** ▶  
STEPS chirurgici  
della stapled  
haemorrhoidopexy  
sec. Longo.

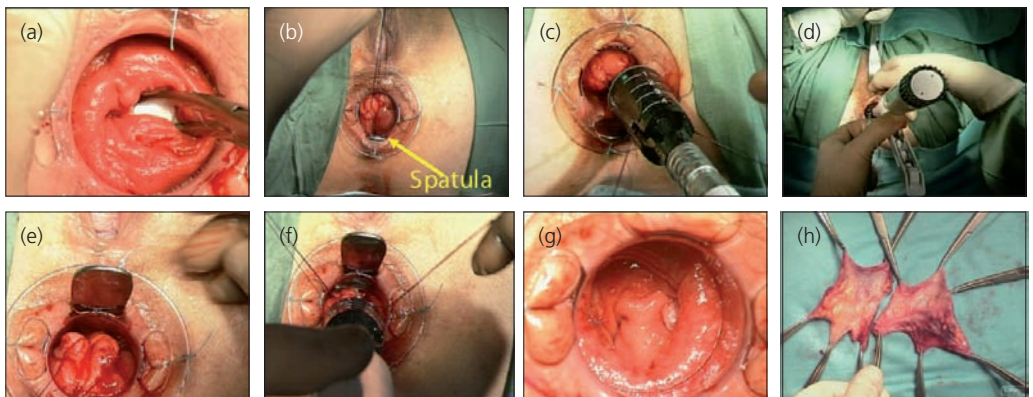
riduzione del prolasso dell'anoderma e della mucosa anale. Il lume del CAD risulterà occupato dalla mucosa prolassata; si confeziona una sutura circonferenziale comprendente la sola mucosa e sottomucosa. Tale sutura dovrà risultare a una distanza di 2-3 cm dall'apice emorroidario. Completata la borsa di tabacco e aperto al massimo lo stapler si introduce la testina, ben lubrificata, fino a oltrepassare in alto la borsa di tabacco che viene chiusa. I capi dei fili vengono fatti fuoriuscire dagli appositi fori laterali dello stapler e vengono solidarizzati con una pinza. Si avvita la suturatrice e si pratica la sezione sutura del prolasso. È opportuna un'attenta revisione della linea di sutura. Alla fine dell'intervento l'anastomosi, muco-mucosa, risulterà subito al di sopra delle emorroidi e degli sfinteri. Le emorroidi e la mucosa anale risulteranno riposte e fissate nella loro naturale sede anatomica.

Per il trattamento e la correzione del prolasso retto-ale a tutto spessore la tecnica proposta è la chirurgia trans-ale stapler-assistita (*stapled trans-anal rectal resection, STARR*) (Fig. 6).

Si tratta di una tecnica che consente di resecare voluminosi prolassi interni ed esterni (fino a 3 cm).

Le fasi preliminari sono del tutto analoghe all'intervento precedente, si posizionano dunque tre punti di trazione sulla semicirconferenza anteriore e tre punti di trazione sulla semicirconferenza posteriore. In tale modo si trazione il prolasso all'interno della suturatrice, e con adeguata trazione si procede alla chiusura della suturatrice e al confezionamento dapprima della sutura-anastomosi a carico della semicirconferenza anteriore, quindi si ripercorrono medesimi passaggi chirurgici per il confezionamento della sutura-anastomosi della semicirconferenza posteriore. È opportuna un'attenta revisione della linea di sutura.

▽ **Figura 6**  
STEPS chirurgici  
della STARR  
(stapled trans-anal  
rectal resection).



## Conclusioni

La malattia emorroidaria e la stitichezza sono due patologie che hanno la stessa origine, il prollasso interno del retto. Questa è la ragione per cui sono entrambe diffusissime.

Milioni di persone diventano schiave dei lassativi e nessuno li informa dei gravi danni che il loro uso continuativo provoca. Spesso i pazienti vengono inviati da uno specialista all'altro ed eseguono decine di esami, in genere inutili e costosi, senza arrivare a una diagnosi. Talora, vengono suggerite varie fisioterapie che non hanno indicazione e la cui efficacia è tutta da dimostrare.

Pertanto l'inquadramento diagnostico preoperatorio, l'indicazione selettiva al tipo di chirurgia trans-ale stapler-assistita e l'accuratezza tecnico-chirurgica del chirurgo colon-proctologo sono i requisiti unici e fondamentali alla cura corretta e definitiva dei prollassi retto-anali.

I medici di base, che hanno l'opportunità di seguire a lungo i loro pazienti, conoscendo l'efficacia delle varie terapie, restano in proposito i migliori consiglieri. ▶

---

## Bibliografia

1. Haas PA, Fox TA Jr. Age-related changes and scar formations of perianal connective tissue. *Dis Colon Rectum* 1980;23:160-169.
  2. Longo A. Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure. In: *Proceedings of 6<sup>th</sup> World Congress of Endoscopic Surgery*. Rome: Monduzzi, 1998:777-84.
  3. Staubesand J, Stelzner F, Machleidt H. Über die "Goldenen Adern" – ein Beitrag zur Histophysiologie der sogenannten Glomerula venosa haemorrhoidalia. *Morphologisches Jahrbuch* 1963;104:405-19.
  4. Thomson WHF. The nature of haemorrhoids. *Br J Surg* 1975;62:542-52.
-