



Ospedale Luigi Sacco
POLO UNIVERSITARIO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Il trattamento dell'incontinenza anale: il punto di vista del Chirurgo Colo-Rettale



Corso SIUD Teorico-Pratico
Lacerazioni Perineali Ostetriche

Presidenti: Irene Celin, Mauro Busacca
Direttore del corso: Marco Soligo



Centro



Col

srl

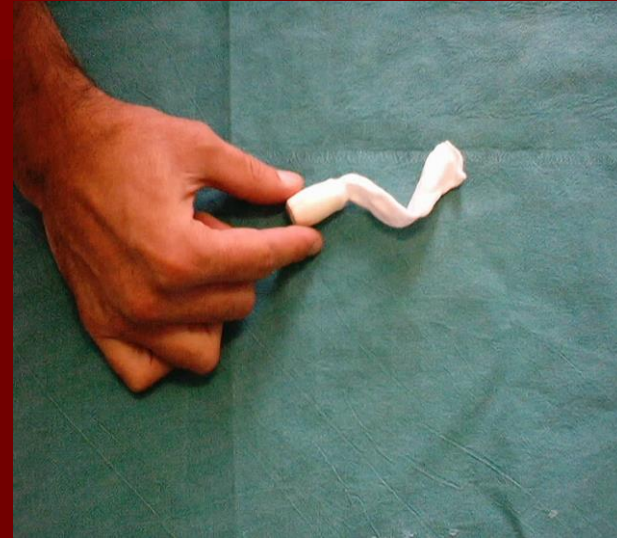
- integrità anatomica e funzionale del meccanismo sfinteriale anale
- integrità anatomica e funzionale dei muscoli del pavimento pelvico
- motilità dell'intestino
- sensibilità rettale
- compliance e capacità di reservoir del retto
- sensibilità anale e R.I.R.A.
- cuscinetto mucoso e venoso
- consistenza e caratteristiche delle feci
- integrità dei nervi del pavimento pelvico

Trattamento

- Conservativo (dietetico, farmacologico)
- Riabilitativo (FKT, ES, BFB, PTNS, TAI)
- Parachirurgico (volumizzanti, RF)
- Chirurgico

Presidi di Continenza Interni

- ✓ Modalità di applicazione e rimozione
- ✓ Autonomia
- ✓ Codice Ministeriale 091824018
- ✓ Quantità mensile prescrivibile 30 pezzi aumentabile in base a relazione clinica



Regime Dietetico

- ➡ Ridurre la velocità di transito intestinale
- ➡ Ridurre il volume fecale
- ➡ Ridurre la formazione di gas
- ➡ Aumentare la consistenza del materiale fecale

Regime Dietetico

Suggerimenti:

- Masticare lentamente
- Cottura dei cibi
- Pasti piccoli
- Limitare assunzione di.....
- Frutta e verdura centrifugate o passate
- Mangiare.....

Trattamenti Farmacologici

- Ridurre la velocità di transito intestinale (loperamide, codeina , antidepressivi triciclici)
- Ridurre la formazione di gas (carbone vegetale, simeticone, tisane)
- Aumentare la consistenza del materiale fecale (mucillaggini, PEG)
- Aumentare il tono sfinteriale ? (fenilefrina, sodio valproato)

Trattamenti farmacologici

Quale evidenza?

Drug treatment for faecal incontinence in adults (Review)

Cheetham M, Brazzelli M, Norton C, Glazener CMA



**THE COCHRANE
COLLABORATION®**

Main results

Eleven trials were identified for inclusion in this review. Nine trials were of cross-over design. Seven trials included only people with faecal incontinence related to liquid stool (either chronic diarrhoea or following ileoanal pouch surgery). Three trials (total 58 participants) compared topical phenylephrine gel with placebo. Two trials (56 participants) compared loperamide with placebo. One trial (11 participants) compared loperamide oxide with placebo. One trial (15 participants) compared diphenoxylate plus atropine with placebo. One trial (17 participants) compared sodium valproate with placebo. One trial (30 participants) compared loperamide with codeine with diphenoxylate plus atropine. Two further trials (total 265 participants) assessed the use of lactulose in elderly people.

No studies comparing drugs with other treatment modalities were identified.

There was limited evidence that antidiarrhoeal drugs and drugs which enhance anal sphincter tone may reduce faecal incontinence in patients with liquid stools. However, the trials were small and of short duration.

Authors' conclusions

The small number of trials identified for this review assessed several different drugs in a variety of patient populations. The focus of most of the included trials was on the treatment of diarrhoea, rather than faecal incontinence. There is little evidence to guide clinicians in the selection of drug therapies for faecal incontinence. Larger, well-designed controlled trials, which include clinically important outcome measures, are required.

Metodiche Riabilitative

- La Fisiokinesiterapia
- La Stimolazione Elettrica
- Il Biofeedback
- L'irrigazione trans-anale

Presupposto teorico

Presa di coscienza del pavimento pelvico
Rinforzo muscolare



Miglioramento della sintomatologia

Fisiokinesiterapia

Scopi

- Migliorare la forza, la resistenza, il coordinamento con conseguente miglioramento dell'azione di supporto dei visceri e il riflesso di chiusura perineale allo sforzo

Il Biofeedback

Scopi

- Presa di coscienza dei muscoli del P.P.
- Miglioramento della sensibilità
- Aumento della forza di contrazione

Come

- Utilizzo di sonda rettale o vaginale collegata a computer

La Stimolazione Elettrica



CONTROINDICAZIONI

ASSOLUTE

- pace maker
- denervazione del pavimento pelvico

RELATIVE

- processi infiammatori locali

Terapie fisiche

Quale evidenza?

Physical therapies for prevention of urinary and faecal incontinence in adults (Review)

Hay-Smith J, Herbison P, Mørkved S



THE COCHRANE
COLLABORATION®



THE COCHRANE
COLLABORATION®

Main results

Two trials in men (155 men) and 13 trials in women (4661 women) were included. As most trials recruited regardless of continence status, and there was much heterogeneity, only a qualitative synthesis was undertaken. Three of seven trials in childbearing women reported less urinary incontinence after pelvic floor muscle training compared to control treatment three months postpartum. Two trials selected women at higher risk of postnatal incontinence. The third used an intensive training programme. Four trials did not find any difference between the groups at the primary endpoint. Two trials compared pre-prostate surgery pelvic floor muscle training with control treatment, and no difference in the occurrence of postoperative urinary incontinence was reported between the groups.

Authors' conclusions

There is insufficient evidence to determine whether physical therapies can prevent incontinence in childbearing women, or men following prostate surgery. Further, better quality research is needed.

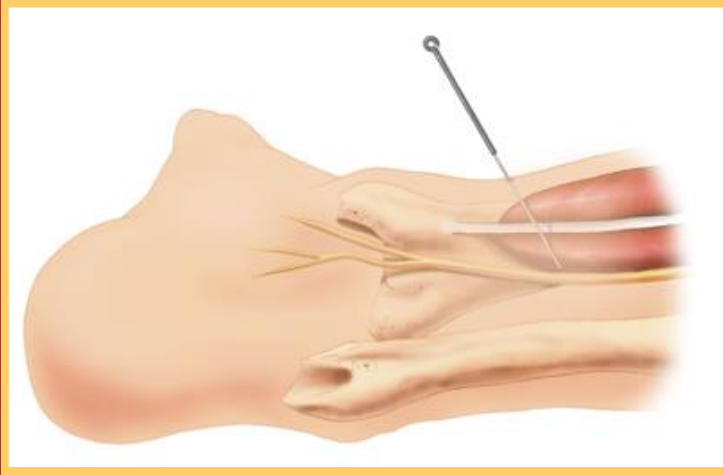
Stimolazione del nervo tibiale

Opzione fra terapie conservative e
trattamenti chirurgici



Neuromodulazione

Trattamento di di stimolazione del nervo tibiale



- Stimolazione effettuata con elettrocatteter da 34 ga.
- Elettrocatteter inserito cranialmente al malleolo mediale
- Elettrocatteter connesso a stimolatore alimentato a batteria

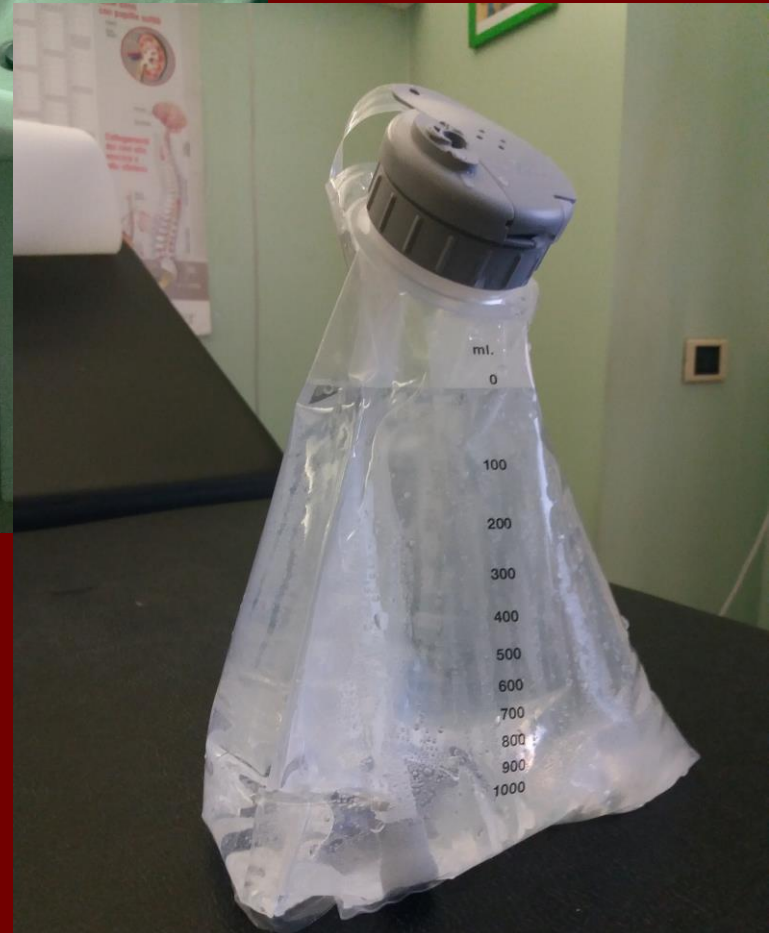
Trans-anal irrigation: beneficial results

- Reduce or avoid fractioned bowel movements
- Reduce or avoid defecation difficulties
- Improve continence score
- Reduce in-toilet time (mean operation time 30 minutes)
- Scheduled defecation time
- Independent and in-toilet bowel movements

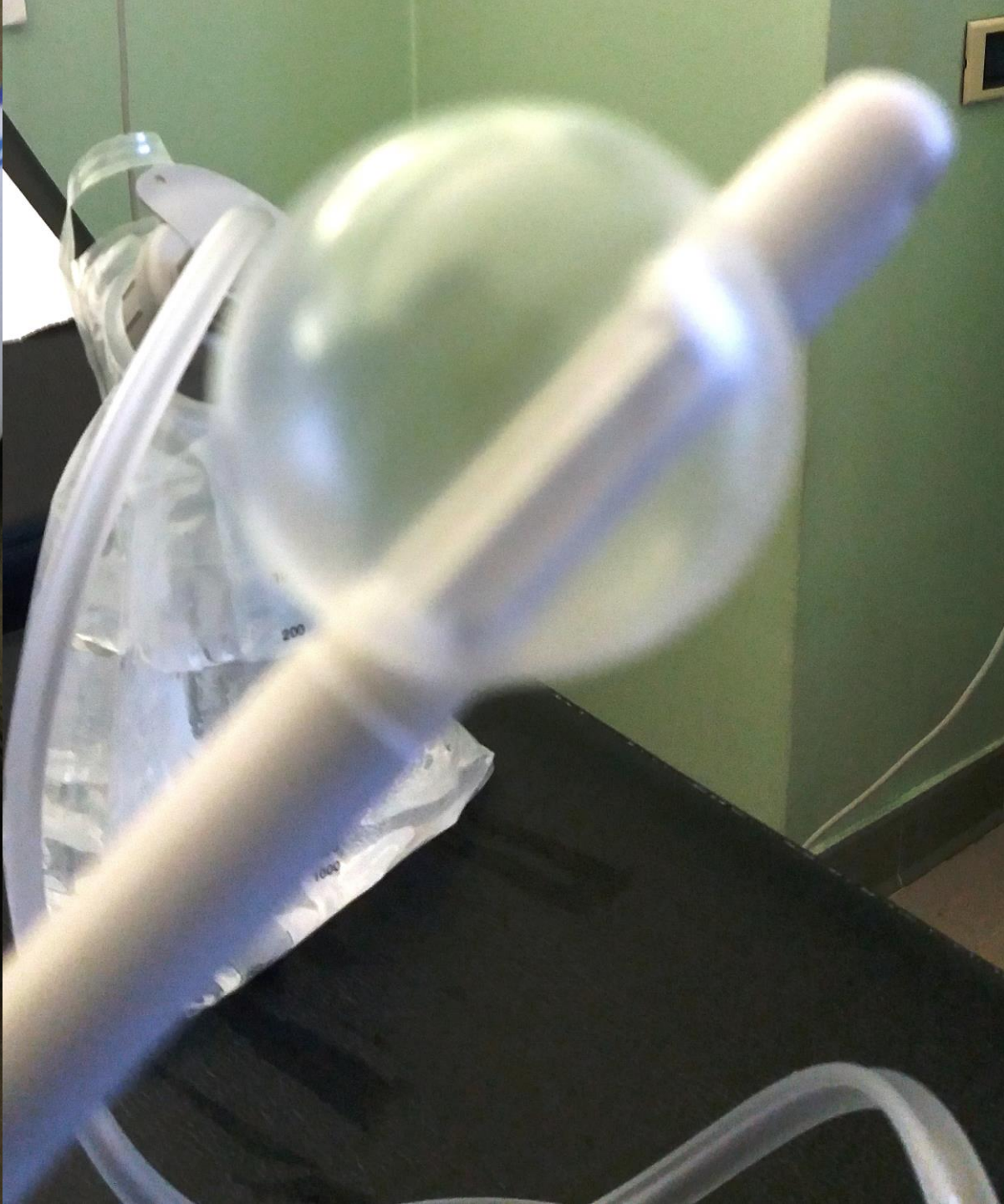
**Better QoL
and social
relations**

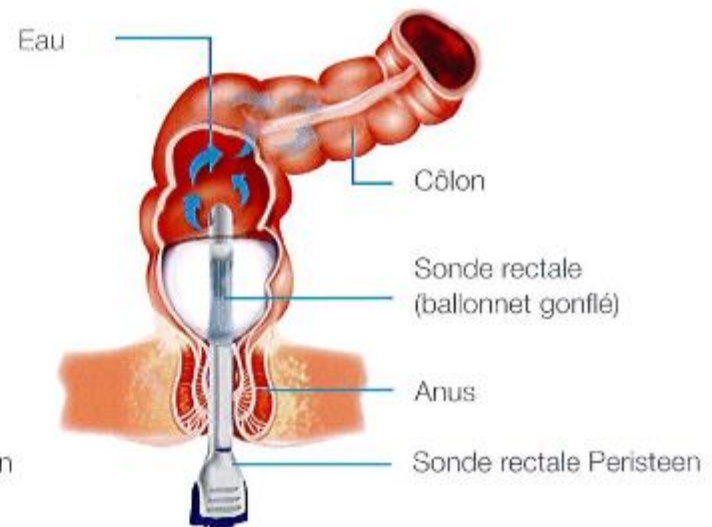
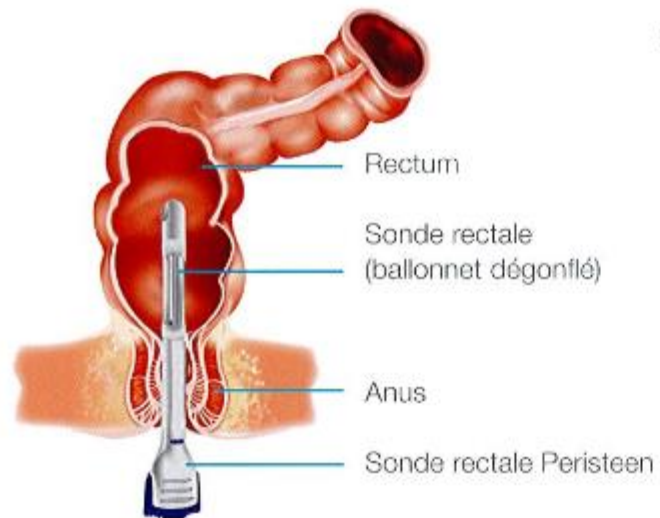


Step-by-step use of Peristeen® Transanal irrigation system









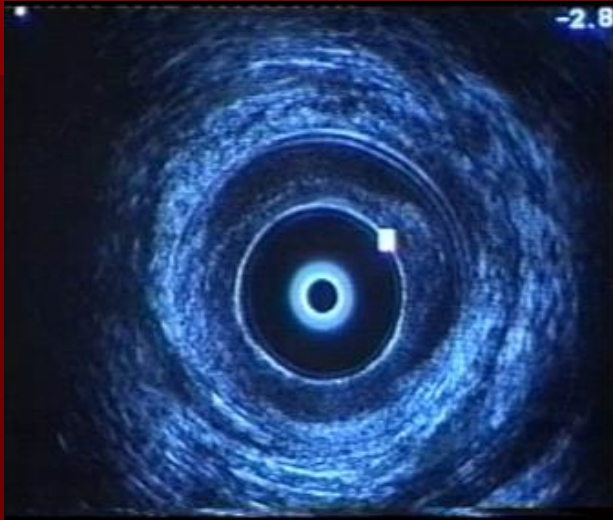
Trattamenti parachirurgici

- Infiltrazioni di agenti di massa (bulking agents)
- Radiofrequenze (Secca)

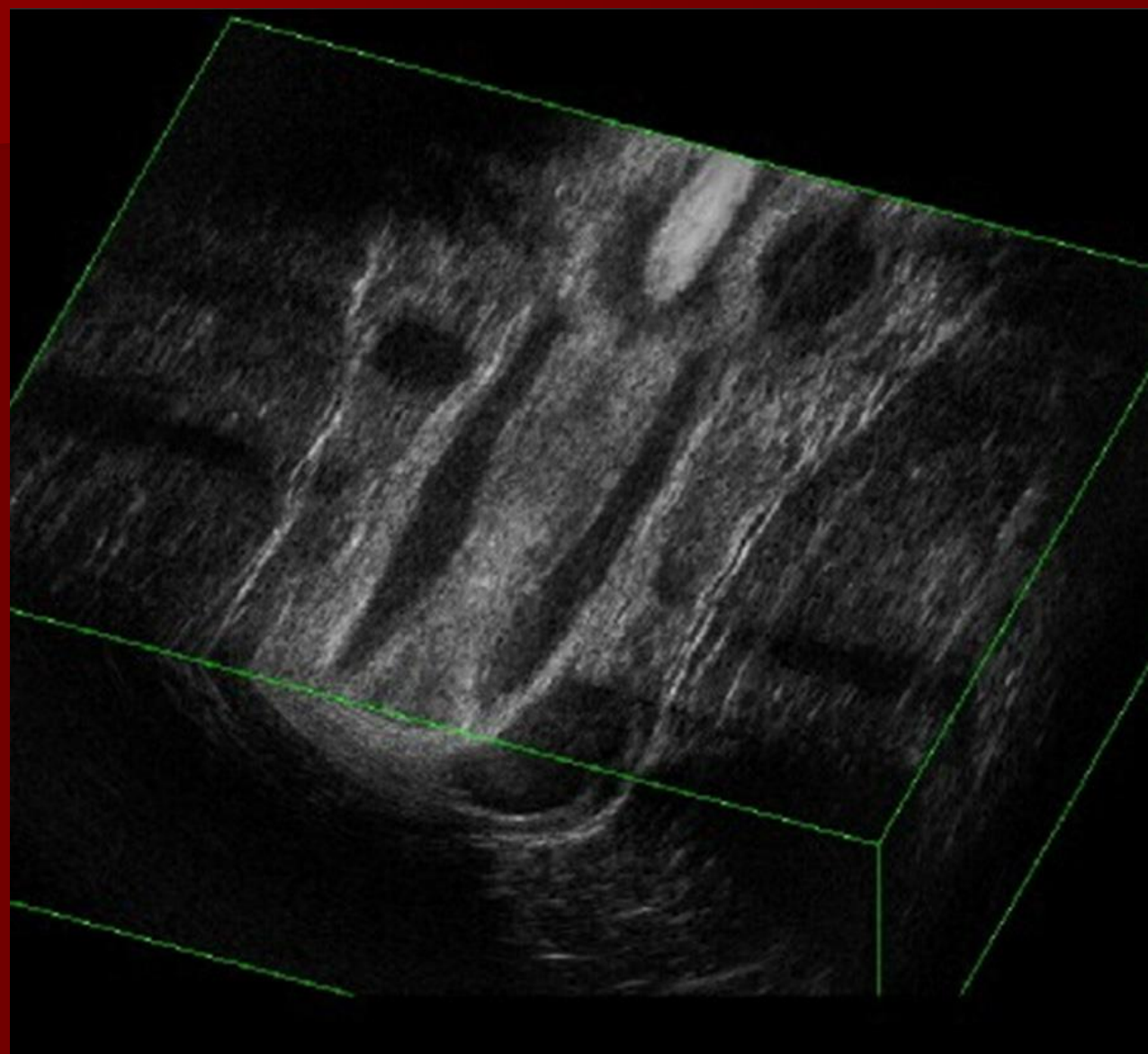
Indicazioni

- Lesioni dello sfintere interno
- Incontinenza fecale idiopatica

Bulking agents







Perianal injectable bulking agents as treatment for faecal incontinence in adults (Review)

Maeda Y, Laurberg S, Norton C



**THE COCHRANE
COLLABORATION®**

AUTHORS' CONCLUSIONS

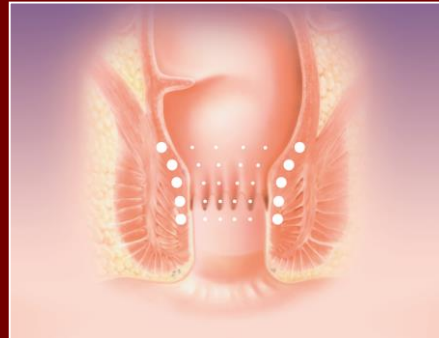
Implications for practice

Little evidence was found that perianal injection of a bulking agent is effective in treating faecal incontinence although patients did report an improvement in symptoms in the short term. No studies evaluated the long-term benefit on symptoms of passive faecal incontinence.

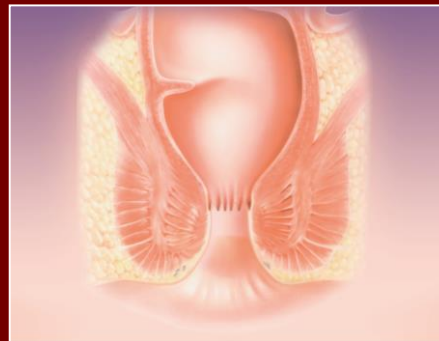
Radiofrequenze



**Posizionamento
nel
canale anale**



**Siti di inserzione
nel
canale anale**



**Miglioramento
della
funzione barriera**

Trattamenti parachirurgici

- Buoni risultati funzionali
- Limite attuale il costo
- Pochi studi e con evidenza non elevata

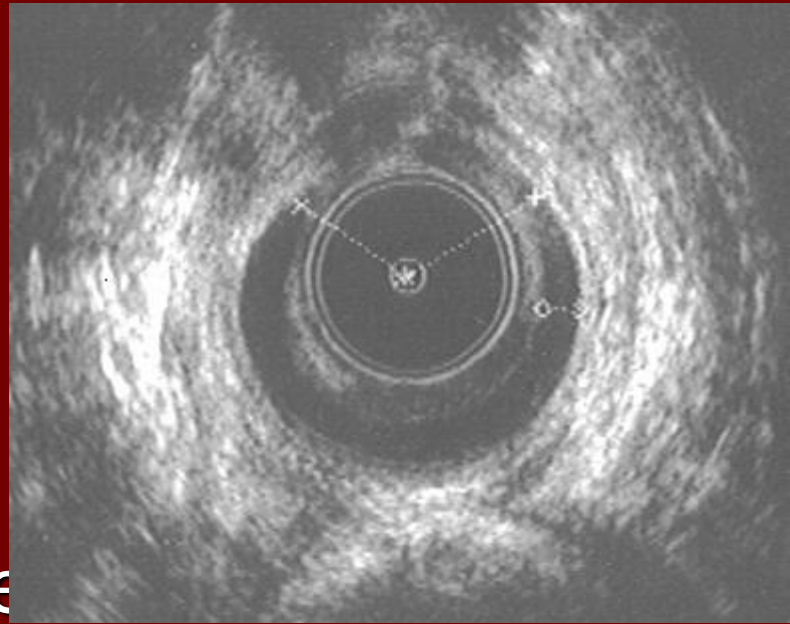
Trattamenti chirurgici

- Ricostruzione sfinteriale (overlapping)
- Correzione del prolasso
- Post-anal repair
- Neuromodulazione sacrale
- Graciloplastica dinamica
- Impianto di sfintere artificiale
- Intervento di Malone
- Stomia

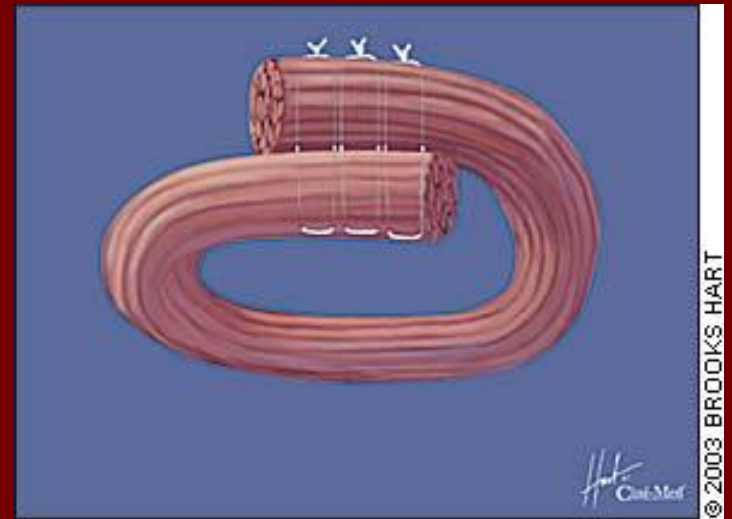
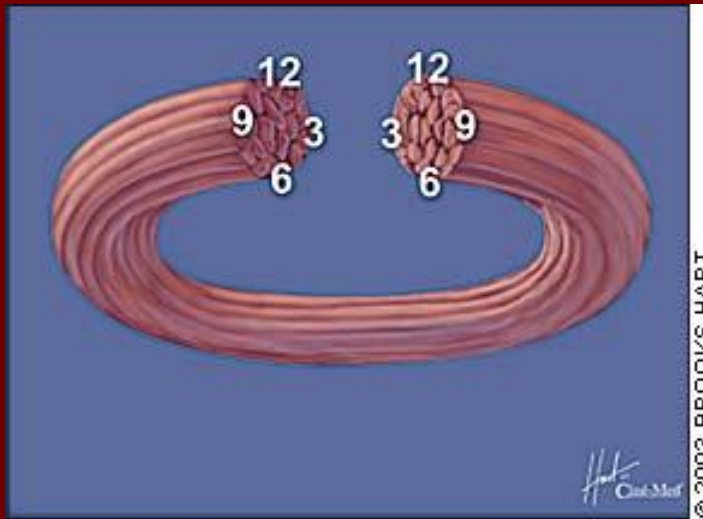
Interventi chirurgici Overlapping

Indicazioni

- Lesioni sfintere esterno con ampiezza $> 60^\circ$
 - Post partum
 - Post chirurgiche
 - Post traumatiche
 - Esito di processi suppurativi o fistole



Sfinteroplastica - overlapping

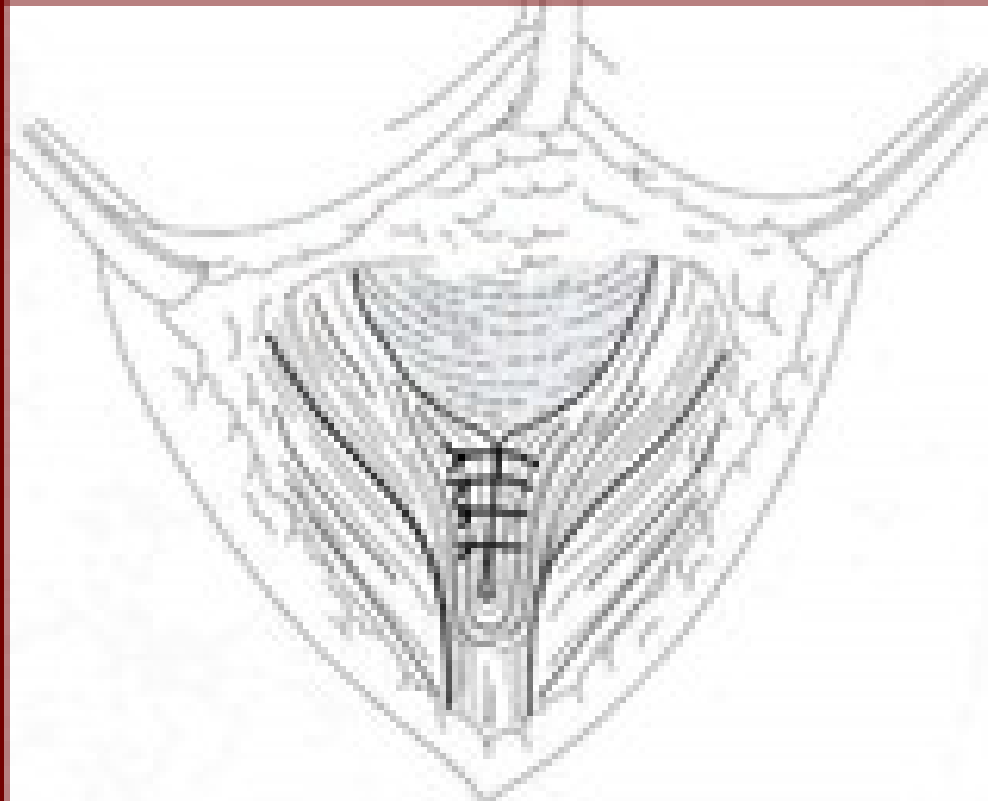


Overlapping

Limiti

- Tendenza al decadimento a distanza del risultato funzionale
- Scarso risultato in caso di concomitante neuropatia (eventuale successivo test di neuromodulazione)

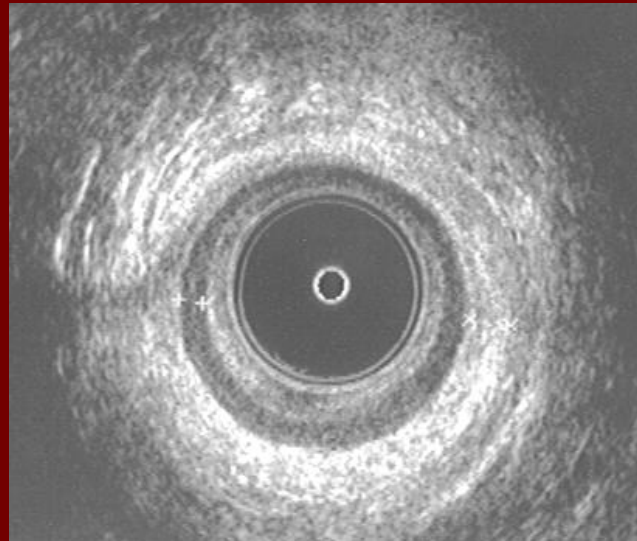
Postanal repair



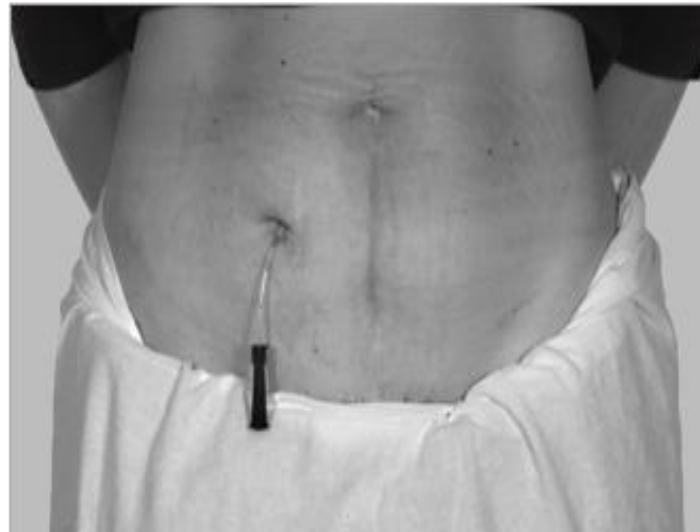
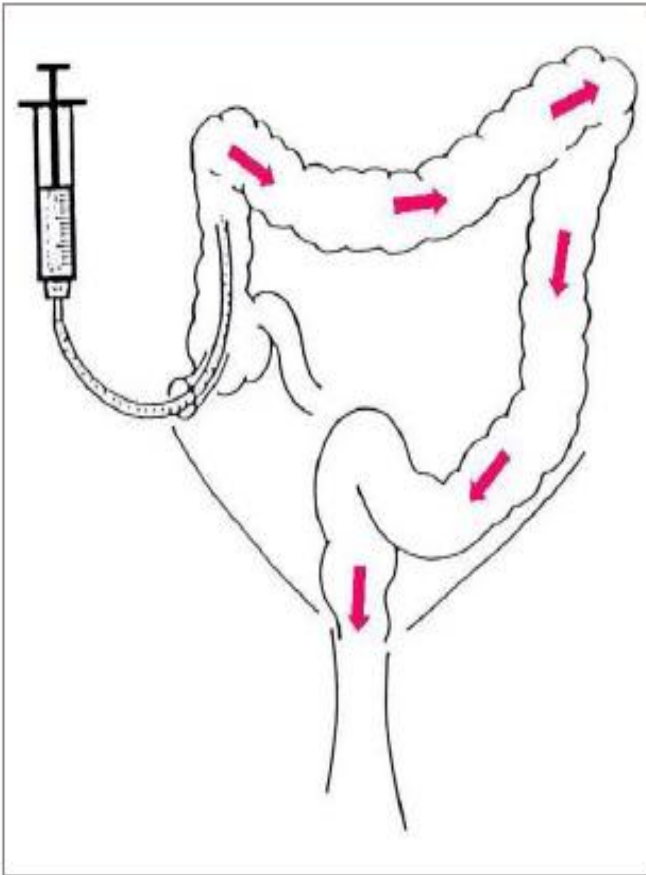
Correzione del prolasso

Indicazione

- Prolasso completo associato ad incontinenza in assenza di lesioni sfinteriali



Intervento di Malone irrigazione antigrada del colon



- acqua: 1000- 1200 ml
- 45 min. (30-60)
- Ogni giorno / ogni tre giorni

Neuromodulazione sacrale

Indicazione:

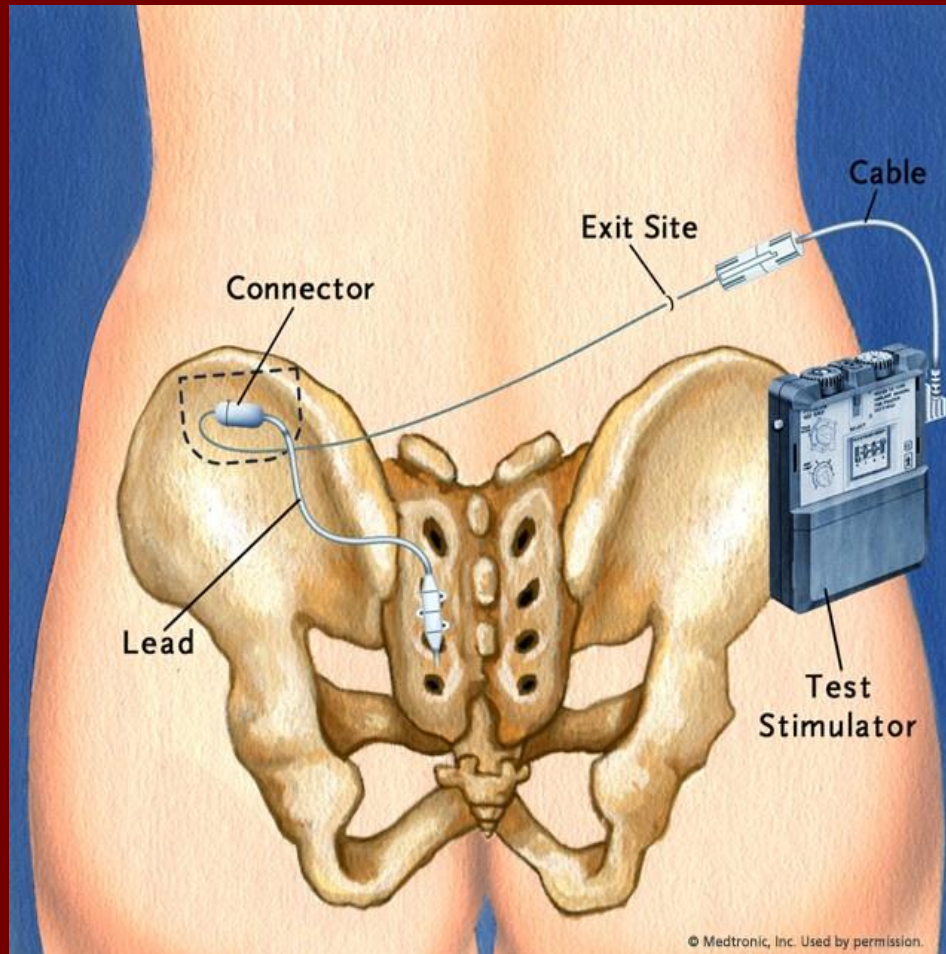
- Incontinenza idiopatica, in assenza di lesioni midollari e di lesioni sfinteriali

Modalità di azione:

- Stimolazione delle vie afferenti ed efferenti (sensitive e motorie)

Neuromodulazione sacrale

I fase del test di prova PNE



Neuromodulazione sacrale

■ Risultati

Gli attuali studi dimostrano un miglioramento degli indici di continenza con risultati superiori agli interventi chirurgici (post anal repair o total pelvic floor repair).

■ Limiti

- Pochi centri
- Costi

Sfintere artificiale

Indicazione:

- Incontinenza idiopatica in assenza di lesioni sfinteriali
- Stomie perineali continenti (dopo intervento di Miles)

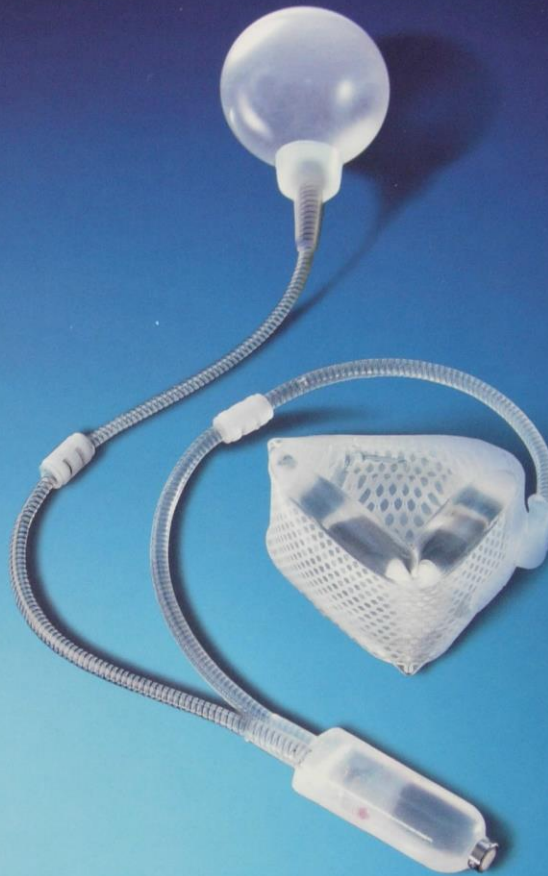
Meccanismo di azione:

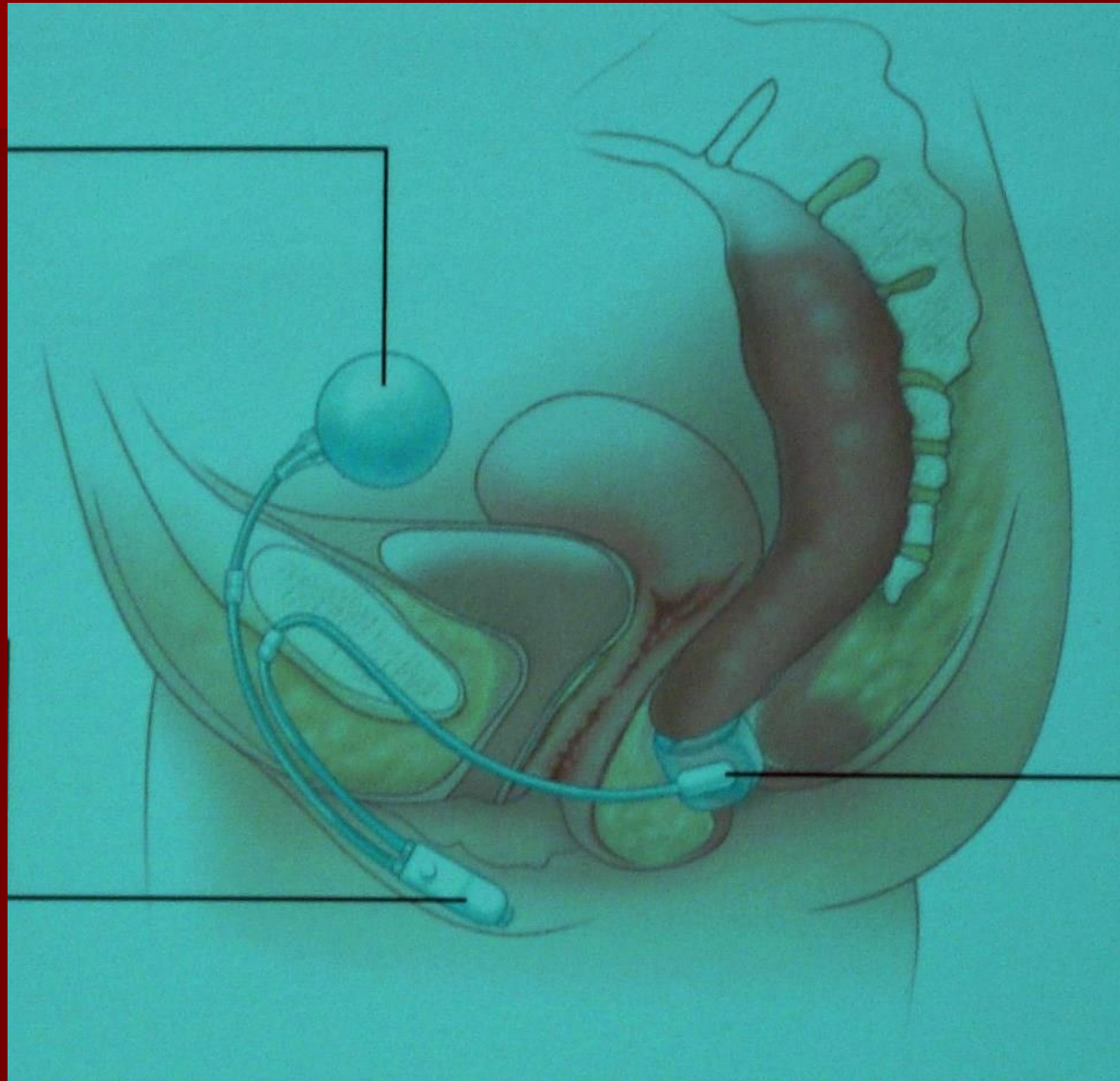
- Chiusura meccanica dell' ano mediante sistema idraulico

Sfintere artificiale

Acticon®
Neosphincter

A Clinically Proven Treatment
for Severe Fecal Incontinence





Graciloplastica dinamica

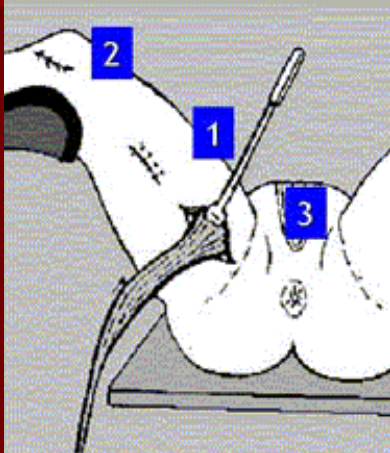
Indicazione:

- Incontinenza idiopatica o in presenza di lesioni ampie sfinteriali

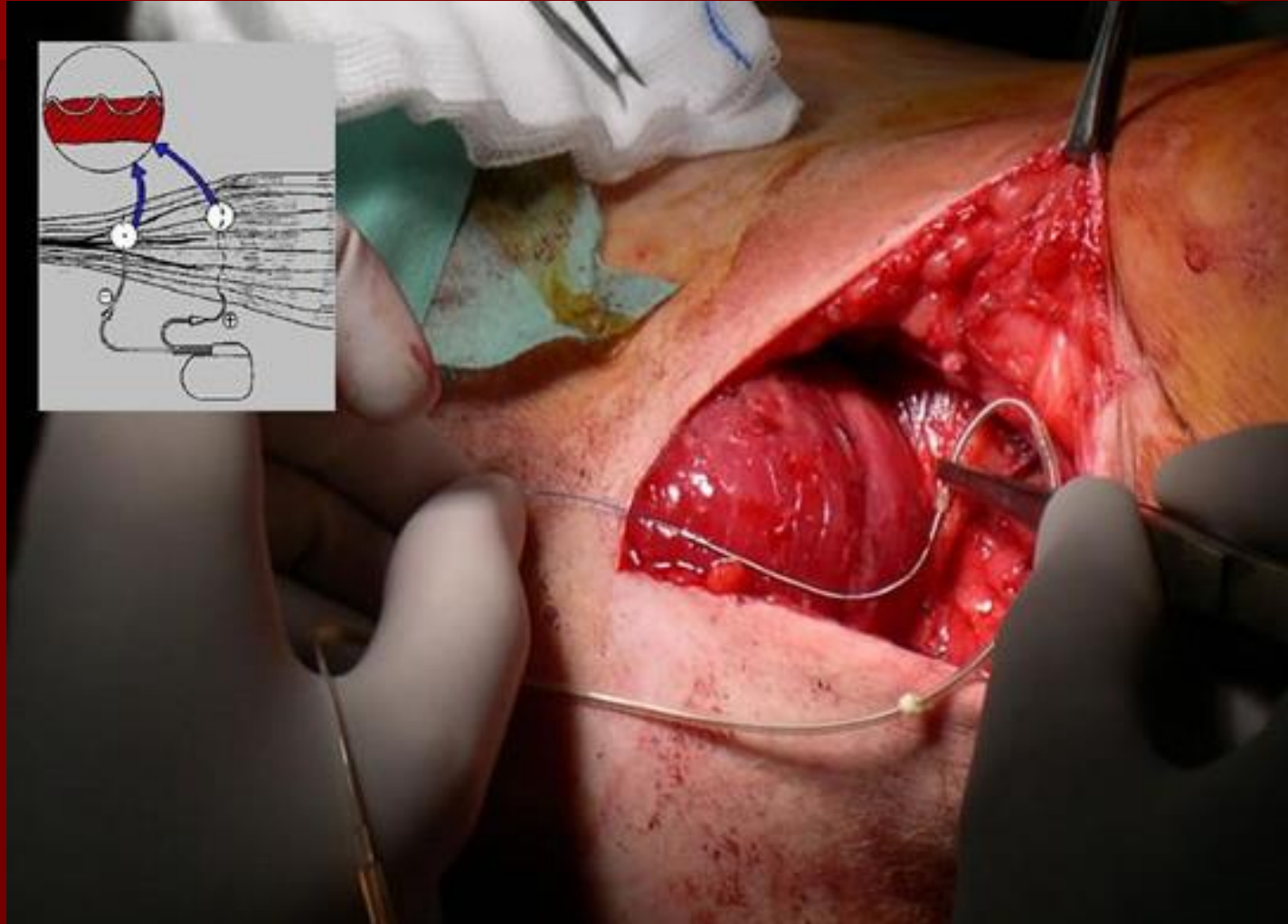
Meccanismo di azione:

- Chiusura meccanica dell' ano mediante trasposizione di muscolo a circondare l' ano
- Stimolazione alla contrazione del neosfintere mediante stimolatore impiantato, disattivabile dall' esterno.

Graciloplastica dinamica



Graciloplastica dinamica



Graciloplastica dinamica

■ Risultati

Discreti miglioramenti del grado di incontinenza (50-75%)

■ Limiti

- Complicanze chirurgiche
- Cattivo funzionamento dello stimolatore
- Dislocazione degli elettrodi
- Pochi centri
- Costi

E se tutto questo
non funziona?



Terapie chirurgiche Quali evidenze?

Surgery for faecal incontinence in adults (Review)

Bachoo P, Brazzelli M, Grant A



**THE COCHRANE
COLLABORATION®**

This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library*
2006, Issue 3



Main results

Four trials were included with a total sample size of 110 participants. All trials excluded women with anal sphincter defects detected by endoanal ultrasound examination. No trial included a group managed non-surgically. Two trials (56 participants) compared three approaches to pelvic floor repair (anterior levatorplasty, postanal repair and their combination total pelvic floor repair). One trial (30 participants) evaluated adding plication of the anal sphincter to total pelvic floor repair. The fourth trial (24 participants) compared a neosphincter procedure with total pelvic floor repair. No differences in the primary outcomes were detected, but data were few and inconsistently reported.

Authors' conclusions

The small number of relevant trials identified together with their small sample sizes and other methodological weaknesses severely limit the usefulness of this review for guiding practice. It was impossible to identify or refute clinically important differences between the alternative surgical procedures. Larger rigorous trials are needed.



Ospedale Luigi Sacco
POLO UNIVERSITARIO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



Corso SIUD Teorico-Pratico
Lacerazioni Perineali Ostetriche

Presidenti: Irene Celin, Mauro Busacca
Direttore del corso: Marco Soligo