



## INCONTINENZA ANALE

A cura di Paola de Nardi ([denardi.paola@hsr.it](mailto:denardi.paola@hsr.it))

### Definizione

Per incontinenza anale si intende la perdita involontaria di feci o gas o l'incapacità a trattenere il contenuto rettale per un tempo sufficiente a recarsi in un ambiente idoneo all'evacuazione. Non esistono dati certi sulla prevalenza nella popolazione generale in Italia, tuttavia si stima che ne sia affetto circa il 2% della popolazione con percentuali significativamente più alte tra gli anziani e i soggetti ricoverati presso strutture di lungodegenza.

I pazienti con incontinenza fecale presentano una sintomatologia varia che va dalla perdita occasionale di aria alla perdita completa del contenuto intestinale.

Si distinguono due tipi fondamentali di incontinenza

- incontinenza fecale da urgenza: caratterizzata dall'impossibilità di rimandare l'evacuazione una volta avvertito lo stimolo, spesso sintomo di disfunzione dello sfintere anale esterno
- incontinenza fecale passiva: caratterizzata dalla perdita di gas, feci liquide o solide, tipicamente correlate ad un difetto dello sfintere anale interno o a insufficiente chiusura dello sfintere anale esterno dovuto a un prolasso rettale o a emorroidi di III-IV grado.

### Cause

Le cause dell'incontinenza fecale sono molteplici e spesso originate da una combinazione di diversi fattori.

Tra le rare cause congenite ricordiamo l'ano imperforato, l'agenesia ano-rettale, la spina bifida e il mielomeningocele. Le più frequenti cause acquisite sono:

- le lesioni agli sfinteri anali, sia traumatiche sia secondarie ad interventi chirurgici nella zona ano-rettale, quali gli interventi per tumori, fistole, ragadi anali, emorroidi, prolassi e, in primo piano, le lesioni ostetriche. E' ormai accertato che il parto è il principale fattore predisponente nella donna che determina un'incidenza di incontinenza 8 volte maggiore rispetto all'uomo.
- un'alterata funzione intestinale, come per esempio in caso di malattie infiammatorie croniche dell'intestino o di malassorbimento
- cause di origine neurologica come nei casi di ictus, di lesioni del midollo spinale o di neuropatia periferica del diabete.

### Valutazione clinica iniziale

La valutazione iniziale, è in genere effettuata dal medico di famiglia che, dopo un'accurata anamnesi ed un esame clinico (comprendente l'ispezione della zona anale, la palpazione dell'addome, un breve esame neurologico e l'esplorazione rettale), potrà effettuare la gestione iniziale con modificazioni della dieta, regolarizzazione delle evacuazioni, farmaci anti-diarroici o irrigazione rettale o prescrivere alcune indagini diagnostiche (colonscopia) se sospetta una malattia organica.

### Valutazione di secondo livello

Se il trattamento iniziale è inefficace il paziente potrà essere inviato ad uno specialista gastroenterologo, chirurgo colo-rettale e/o ad un team multidisciplinare che, dopo un'attenta rivalutazione dei sintomi, dell'esame obiettivo ed eventualmente strumentale (manometria ano-rettale, ecografia, rx defecografia, risonanza magnetica) definirà il successivo percorso terapeutico

### Trattamento specialistico

Il trattamento specialistico iniziale è generalmente di tipo riabilitativo.

L'iter riabilitativo consiste principalmente di tre tecniche: fisiokinesiterapia (esercizi volti al rinforzo della muscolatura del pavimento pelvico e dell'apparato sfinteriale), biofeedback (tecnica comportamentale che fa riacquisire consapevolezza di funzioni fisiologiche) ed elettrostimolazione (applicazione di stimoli elettrici a nervi o muscoli allo scopo di determinare movimenti funzionalmente efficaci).



Può essere inclusa nel trattamento conservativo la stimolazione percutanea del nervo tibiale che, pur avendo ottenuto buoni risultati negli studi preliminari, necessita ancora di conferme.

Se la terapia conservativa fallisce si passa al trattamento chirurgico, diversificato in base alle alterazioni anatomiche e funzionali e alle cause dell'incontinenza.

I principali interventi, che possono anche essere associati tra loro, sono:

- **neuromodulazione sacrale:** consiste nell'impianto di un generatore di impulsi elettrici (pace-maker) che stimola una radice sacrale, di solito S3, che regola la contrattilità muscolare degli sfinteri e la sensibilità rettale
- **sfinteroplastica:** riparazione dello sfintere mediante sutura dei due monconi muscolari interrotti,
- **graciloplastica stimolata:** l'apparato sfinterico non più funzionante viene sostituito con un muscolo motorio della coscia (muscolo gracile)
- **terapie iniettive con bulking agents:** iniezioni di materiale biocompatibile nel canale anale con lo scopo di incrementarne la resistenza al passaggio dell'aria e delle feci

### **Bibliografia:**

1. Pretlove SJ, Radley S, Toozs-Hobson PM, Thompson PJ, Coomarasamy A, Khan KS. Prevalence of anal incontinence according to age and gender: a systematic review and meta-regression analysis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006;17(4):407-17
2. Yates A. Faecal incontinence: a joint approach to guideline development. *Nurs Times.* 2011;107(12):12-4.
3. Abrams P, Andersson KE, Birder L, et Al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):213-40.
4. Norton C, Cody JD, Hosker G. Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jul 19;3:CD002111.
5. Norton C. Behavioral management of fecal incontinence in adults. *Gastroenterology.* 2004 Jan;126(1 Suppl 1):S64-70.
6. Mowatt G, Glazener C, Jarrett M. Sacral nerve stimulation for faecal incontinence and constipation in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18;(3):CD004464.
7. Brown SR, Wadhawan H, Nelson RL. Surgery for faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Sep 8;(9):CD001757.
8. 5th International Consultation on Incontinence, 2013.
9. NICE clinical guidelines. Surgery for faecal incontinence
10. Diagnosis and treatment of faecal incontinence: Consensus statement of the Italian Society of Colorectal Surgery and the Italian Association of Hospital Gastroenterologists
11. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Fecal Incontinence (The American Society of Colon and Rectal Surgeons)