

PELVIPERINEOLOGY

PELVIPERINEOLOGY

DICEMBRE 2009

Disordini del pavimento pelvico

E. Stocco

Dall'Università di Padova, seconda Clinica Chirurgica, un report con delle illustrazioni molto belle. Fa riferimento al Primal Pictures, un software sulla anatomia del pavimento pelvico disponibile fin dal 1991 (www.primalpictures.com). Come esempi dei DVD disponibili descrive la fascia endopelvica, il ligamento cardinale, il ligamento pubo-cervicale e il legamento utero-sacrale.

Visualizzazione "cromoguidata" intraoperatoria di fistole anali complesse

F. Gaj A. Trecca

Dalla simpatica coppia dei colleghi romani ecco la descrizione di una tecnica direi non del tutto nuova, comunque utile da scoprire o ripassare, per trovare l'orifizio interno delle fistole anali complesse.

Dicono gli autori che, inserendo il divaricatore anale e poi iniettando il blu di metilene come si fa di solito, il divaricatore stesso potrebbe occludere l'orifizio interno e quindi impedire al colorante di essere visto. Per cui consigliano di inserire un cilindro di garza senza divaricatore e poi iniettare il liquido dall'orifizio esterno. In alcuni casi questa manovra è risultata efficace.

C'è alla fine un buon commento di E. Belluco, di Padova.

Un metodo preoperatorio che vorrei ricordarvi, anch'esso forse non nuovo, ma ben descritto e documentato, l'ho letto su Colorectal Dis 2010 mentre mi documentavo per un libro sulla chirurgia delle fistole anali e retto-vaginali che ho scritto di recente per la Springer. Si tratta dell'**anografia**, primo autore Pinsk. Iniettando nel canale anale del m.d.c. con un catetere di Foley, ruotando lentamente il catetere e osservando attentamente sullo schermo radiologico, si trova quasi sempre l'orifizio interno. Sensibilità 91% e specificità 100%, dicono gli autori.

Ricostruzione degli organi pelvici con mesh, con o senza isterectomia vaginale

M. Neuman e J. Bornstein

Gli autori sono due uroginecologi israeliani.

Vi segnalo l'articolo perché l'impiego delle mesh è l'attuale trend in questa chirurgia. Alcuni di voi conosceranno la teoria degli uroginecologi australiani della FLAG POLE, l'asta della bandiera.

E' molto interessante. In breve:immaginate che gli organi, le fasce e i muscoli del pavimento pelvico-pelvi-perineo siano la bandiera, che l'età, i parti, le spinte defecatorie rendono con gli anni appunto molle e cedevole come un pezzo di stoffa floscio. Ebbene, se vi sono prolapsi, distrofie ecc con i relativi disturbi, stipsi, incontinenza, dolore, senso di peso...che senso ha, si chiedono gli "inventori" di questa teoria, resecare, plicare, suturare, ricostruire queste strutture ormai compromesse? Meglio rinforzare l'ASTA DELLA BANDIERA, ovvero il SUPPORTO connettivo che va dal promontorio sacrale al centro tendineo del perineo. Come? Con una o più mesh.

E' chiaro che, nella popolarità di questo approccio, gioca un po' la spinta delle ditte che fabbricano protesi. Ma il razionale sembra molto consistente.

In effetti anche i chirurghi coloretali hanno imparato ad apprezzare questo concetto. La colporettopessi ventrale laparoscopica di D'Hoore, ampiamente riportata in letteratura, di recente su Br.J. Surg., e non solo, si rifà a questo principio. E sembra più efficace di altri metodi.

L'articolo dei due israeliani considera anche la necessità, i pro- e i contro- di asportare l'utero, ricordando come il mancato supporto delle strutture ligamentose e fasciali periuterine dopo isterectomia sia la causa di enterocele e altri problemi postoperatori.

Insomma, sono tutte cose che chi si occupa di proctologia funzionale deve sapere.

PELVIPERINEOLOGY

SETTEMBRE 2010

Un "team" interdisciplinare per la cura dell'endometriosi

A. Fasciani et al

I "Quattro dell'Ave Maria" sono Tre: il ginecologo, il radiologo e il chirurgo coloretale.

"Perché non anche lo psicologo? Sarebbe stato un buon quarto". Ma non mi sorprende troppo: avete letto prima, nella recensione del libro di Giulio Santoro, che non di rado si trascura la componente psicosomatica. Tuttavia gli autori "battono" parecchio, giustamente, sulla qualità della vita, soprattutto in rapporto alla possibile infertilità.

L'articolo ha non solo il pregio di stressare la necessità che questo "team" lavori in perfetto accordo, ma anche di ricordarci l' "Endometriosis index", le modalità di diagnosi, i tipo di localizzazione e di intervento, possibilmente laparoscopico.

Sicuramente da leggere. Tra gli autori il nostro Gian Andrea Binda.

Mesh trans-perineale di collagene porcino per il rettocele

G. Milito et al

Fra gli autori la brava Federica Cadeddu, che ha presentato il lavoro al Meeting dei coordinatori UCP di Chianciano Terme pochi mesi fa.

Casistica: dieci pazienti in due anni. Non troppi, meglio così...di questi tempi i chirurghi tendono a operare il rettocele più del necessario. Cinque pazienti sono state seguite per un anno. Tutte da un minimo di 2 a un massimo di 20 mesi. Manca però il follow-up mediano. Gli autori riferiscono di aver fatto alle pazienti la defecografia pre- e postoperatoria, ma riportano dati soltanto su quella preoperatoria. In tutti i casi, tranne tre, il rettocele era più grande di 3 cm.

Risultati clinici: nessuna complicanza grave, nessun problema sessuale dopo l'intervento per quelle che erano sessualmente attive prima (non dispareunia, sintomo descritto dopo levatorplastica), nessuna disfunzione intestinale, qualità della vita migliorata, anche se non dal punto di vista statistico. Migliorati ($P < 0.001$) sia la necessità di digitare che lo svuotamento all'evacuazione.

Servono comunque conferme su più ampie casistiche seguite più a lungo. Sarebbe stata opportuna una analisi dei costi. Non si parla di conflitto di interesse, purtroppo.

Dolore pelvico perineale: eziologia e trattamento

A. Laretta e A. Infantino

Articolo "presidenziale" in italiano, con gli autori che, questa volta, finalmente, sottolineano l'importanza del sistema nervoso centrale.

C'è un'utile tabella sulle cause organiche e funzionali. Già saperla bene sarebbe una bella conquista per i lettori. Endometriosi, neoplasie ovariche, malattie sessualmente trasmesse, prostatite, cistite interstiziale... sono cause a cui non sempre si pensa.

C'è poi la proctalgia dopo PPH e STARR, giustamente ricordata nell'articolo.

In effetti, se andiamo a leggere il lavoro di Brusciano et al sui reinterventi dopo PPH (DCR 2004)

Troviamo che la causa più frequente di reintervento è proprio il dolore anale. E se andiamo a leggere il lavoro di Boccasanta et al sulla STARR (sempre DCR 2004), troviamo che, a un anno, il 20% dei pazienti ha defecazione dolorosa.

Infine un utile (e insolito, quindi lodevole) elenco, alla fine dell'articolo, dei mezzi diagnostici e dei farmaci utili per curare le più frequenti infezioni che possono dare dolore pelvico o perineale.

Coloro a cui interessa questo argomento possono consultare il prossimo fascicolo di Pelvipерineology: verrà pubblicata la seconda parte della review.