

Iter formativo in Coloproctologia
Corso avanzato e update in Coloproctologia
Vercelli 15-17 Dicembre 2008

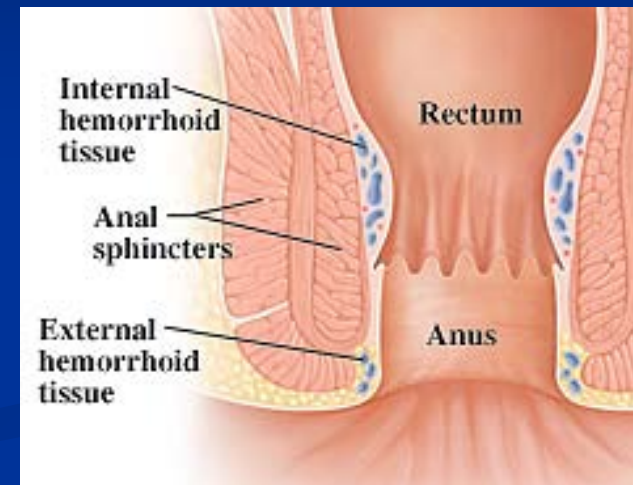
STENOSI ANALE

Dott. A. Nemati Fard

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SASSARI
ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA GENERALE
E TERAPIA CHIRURGICA
Direttore: Prof. G.Dettori

INTRODUZIONE

- **Abnorme riduzione del lume del canale anale, con carattere di fissità**
- **Associato ad un determinato grado di deficit funzionale**
- **Condizione diversa dal restringimento del canale anale che risulta secondario ad uno spasmo da lesioni dolorose**



EZIOLOGIA

- Causa più comune: **pregresso atto chirurgico**
- Ragadi anali ricorrenti
- Fistole o ascessi perianali
- Escissioni eccessivamente ampie di cute perianale nelle **malattie di Bowen e di Paget**
- Abuso cronico di lassativi
- Eccessiva asportazione di emorroidi prolassate, soprattutto in **situazioni di emergenza**

EZIOLOGIA

■ Congenita

- *Ano imperforato*
- *Atresia anale*

■ Acquisita

- *Lacerazioni*
- *Traumi contusivi*
- *Terapie radianti*
- *Diarrea cronica*
- *Chirurgia del canale anale*
 - *Emorroidectomia sec. Whitehead*
- *Chirurgia del retto distale*
- *Ustioni*
- *Corpi estranei*
- *Lassativi*



Ano imperforato



Proctite attinica

EZIOLOGIA

■ *Neoplastica*

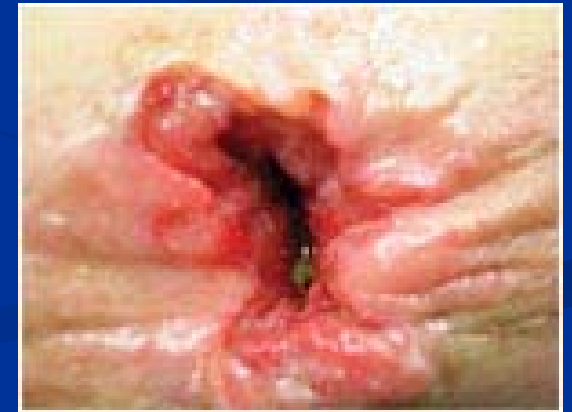
- *Carcinoma anale/perianale*
- *Infiltrazione da leucemia*
- *Malattia di Bowen*
- *Malattia di Paget*
- *Neoplasie metastatiche*

■ *Infiammatoria*

- *Malattia di Crohn e Rettocolite ulcerosa*
- *Ascessi/fistole perianali o rettali*
- *Tubercolosi*
- *Amebiasi*
- *Linfogranuloma venereo*
- *Actinomicosi*
- *Sifilide*



Carcinoma anale



Malattia di Crohn perianale

EZIOLOGIA

- *Spastica*
 - *Ragadi anali croniche*
 - *Ischemia cronica*
- *Stenosi ano-rettale da compressione estrinseca*
 - *Lesioni genitali ovariche sinistre o uterine*
 - *Carcinosi peritoneale*

CLASSIFICAZIONE

Basata sulla gravità della stenosi

- **Lieve**
 - *Esame possibile con dito indice ben lubrificato o con divaricatore di Hill-Ferguson ben represso*
- **Moderata**
 - *Necessaria dilatazione forzata sia per inserire il dito che il divaricatore*
- **Grave**
 - *Non è possibile inserire il dito mignolo né il divaricatore piccolo, se non con dilatazione forzata*

Basata sul livello della stenosi

- **Bassa**
 - *Oltre 0,5 cm distale rispetto alla linea dentata*
- **Media**
 - *0,5 cm sotto o sopra la linea dentata*
- **Alta**
 - *Oltre 0,5 cm prossimale rispetto alla linea dentata*

SINTOMATOLOGIA

- *Stipsi*
- *Riduzione progressiva del calibro delle feci*
- *Difficoltà all'evacuazione con sforzo eccessivo*
- *Tenesmo*
- *Feci liquide o semiliquide nelle stenosi di grado più elevato*
- *Dolore (se presenti ragadi o ulcerazioni)*

SINTOMATOLOGIA

- *Stretta dipendenza da lassativi e clisteri*
- *Sanguinamento*
- *Facile riscontro all'ispezione*
- *Passaggio del dito esploratore difficoltoso o impossibile*
- *Evidenza di cicatrici chirurgiche indizio utile per stabilire la causa della stenosi*
- *Biopsia può essere essenziale per individuare una causa sottostante*

TRATTAMENTO

- **CARDINE DEL TRATTAMENTO:**
Prevenzione della stenosi anale post-operatoria
 - *Raccomandata cauta e adeguata escissione del tessuto emorroidario e dell'anoderma durante l'emorroidectomia*
 - *Circa l'87% dei pazienti affetti da stenosi anale ha subito pregressa emorroidectomia (eseguita secondo tecniche non adeguate)*
 - *Il 3,8% dei pazienti sottoposti a emorroidectomia va incontro a stenosi clinicamente significative*

TRATTAMENTO

- *Aumento del volume fecale*
- *Dilatatori anali*
- *Aumento del diametro del canale anale*
 - *Sfinterotomia interna (stenosi sfinteriale)*
 - *Rimozione del tessuto cicatriziale (stenosi cicatriziale cutanea)*
- *Mantenimento della correzione*
 - *Avanzamento della cute (verso l'interno)*
 - *Avanzamento della mucosa (verso l'esterno)*
- *Colostomia*

TRATTAMENTO

- *Stenosi lievi-moderate*
 - *Le stenosi lievi-moderate possono essere trattate con lassativi*
 - *aumento del calibro delle feci*
 - *dilatazione progressiva*
 - *Supporto con regolare auto-ginnastica digitale, o con appropriato dilatatore anale (es. St. Mark's)*
 - *Con queste procedure si possono ottenere buoni risultati funzionali*



TRATTAMENTO

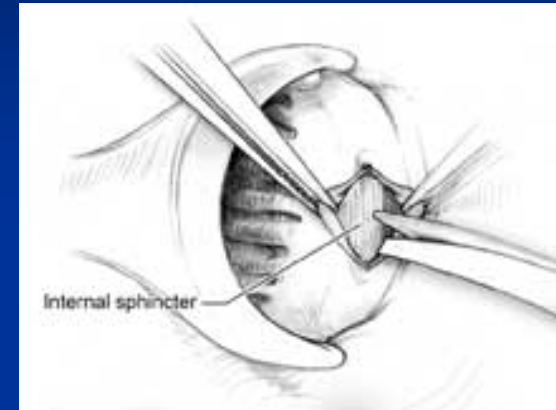
■ *Stenosi severe*

- *Approccio chirurgico, soprattutto se sintomatiche*
- *La dilatazione manuale a 4 dita oggi non più utilizzata*
 - *Danno eccessivo all'apparato sfinteriale anale, con sviluppo di incontinenza fecale*

TRATTAMENTO

■ *Sfinterotomia*

- *La sfinterotomia laterale interna è particolarmente efficace nel sezionare i tralci di tessuto fibrotico*
- *Può essere effettuata più volte in posizioni differenti*
- *Ha il vantaggio di permettere la crescita centripeta dell'anoderma, al fine di consentire l'aumento del diametro del canale anale*
- *Complicanze raramente osservate*
 - *Sanguinamento*
 - *Guarigione tardiva*
 - *Ascessi*
 - *Turbe della continenza*

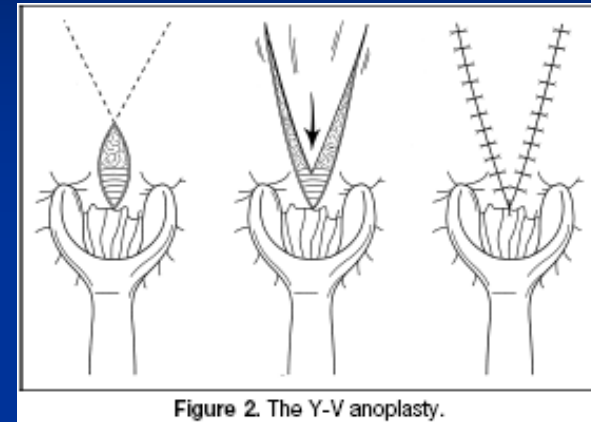


TRATTAMENTO

- *Lembo di avanzamento mucoso*
 - *Avanzamento di mucosa anale all'interno dell'area stenotica*
 - *Si crea così un piccolo **ectropion di mucosa**, che terrà allargata la stenosi*
 - *Metodica descritta da Martin, e successivamente modificata da Khubchandani*

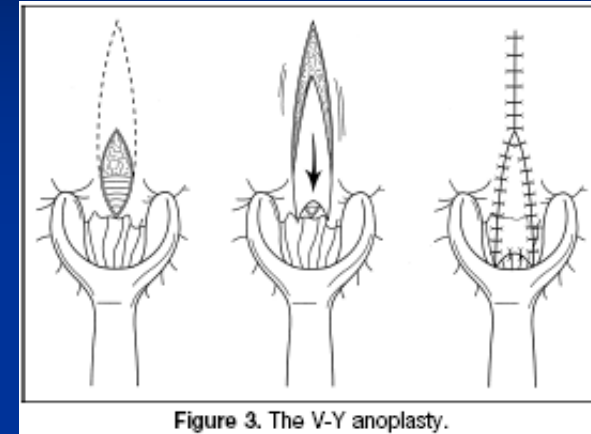
TRATTAMENTO

- *Lembo di avanzamento ad Y-V*
 - *Intervento descritto da Penn nel 1948*
 - *Può essere effettuato bilateralmente con buoni risultati*
 - *Risoluzione del problema nell'85-92% dei casi*
 - *Necrosi nel 10-25% dei casi*
 - *Osservate recidive di stenosi*



TRATTAMENTO

- *Lembo di avanzamento ad V-Y*
 - *Trasporta una porzione di pelle più cospicua all'interno dell'area stenotica, al fine di aumentarne il diametro*
 - *È necessario che il lembo cutaneo sia accompagnato da un'adeguata quantità di tessuto sottocutaneo mobilizzato*
 - *Esito favorevole intorno al 96%*



TRATTAMENTO

- *Lembo di avanzamento a isola*
 - *Il lembo può essere modellato secondo diverse forme, come ad esempio a diamante, a trapezio ("house flap"), o ad U.*
 - *Ampio lembo cutaneo (circa il 25% della circonferenza) in tutta l'intera lunghezza del canale anale*
 - *Miglioramento in oltre il 91% a 3 anni di follow-up*

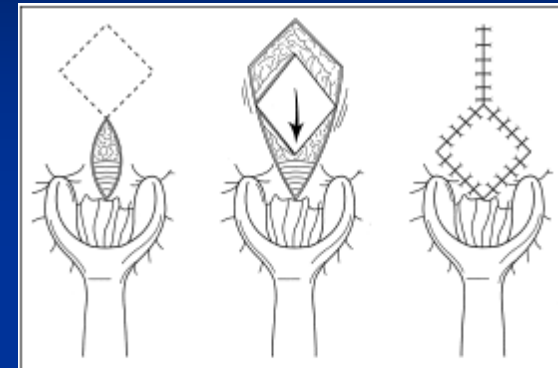


Figure 4. Diamond flap anoplasty.

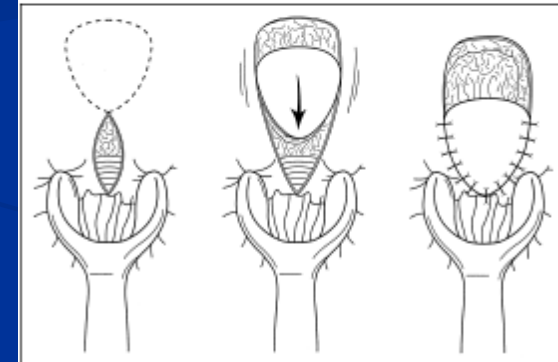
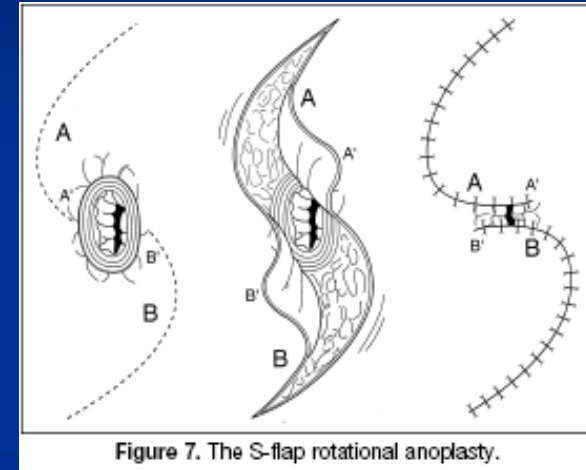


Figure 5. The U-flap anoplasty.

TRATTAMENTO

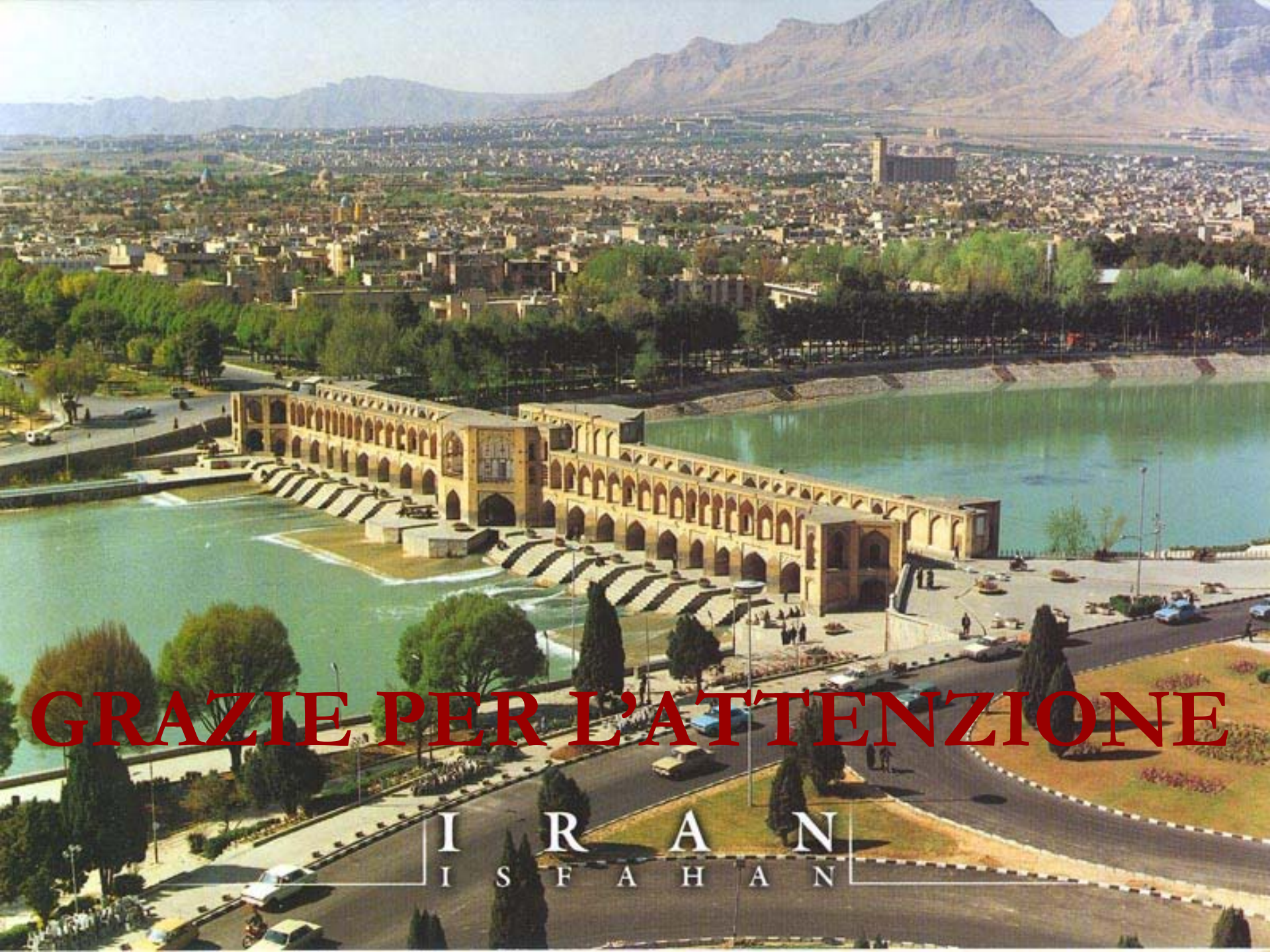
■ *Anoplastica ad S*

- *L'incisione effettuata secondo una forma ad S*
- *La cute viene ruotata sulla linea del canale anale secondo metodica **tension-free***
- *Consigliabile preparazione intestinale completa e copertura antibiotica pre-operatoria*



CONCLUSIONI

- La maggior parte delle procedure sopraelencate costituiscono un possibile trattamento della **stenosi anale post-chirurgica**, che in genere riguarda il **canale anale distale**
- Occasionalmente, si possono riscontrare **stenosi più prossimali** (al di sopra della linea dentata)
- In queste situazioni, è sufficiente una **sfinterotomia laterale** o una **separazione della banda fibrotica**, in quanto il canale anale è maggiormente distensibile a questo livello
- Nelle stenosi anali correlate alla **malattia di Crohn perianale**, sarebbe opportuno effettuare dei tentativi di **dilatazione anale** nei casi sintomatici, a causa della difficoltà della guarigione delle ferite chirurgiche in questa patologia



GRAZIE PER L'ATTENZIONE

I R A N
I S F A H A N