

# **ENTEROCELE:** **inquadramento diagnostico, classificativo, terapeutico**

**Tesi di**

**Dott. GIANCARLO VENEZIANI –piacenza-  
giona.st.veneziani@4tune.it**

**Novara-Vercelli 17.nov.2008**

# Enterocecele o elitrocecele

## PREMESSA

- è sempre correlato a patologie funzionali retto ampollari, come il prolasso rettale, il rettocele, l'ipertono della fionda, il perineo discendente, spesso associate tra di loro e corresponsabili della sindrome di defecazione ostruita (=ODS).

Tanneau, Le Blanc-Luvry: col.rectal Dis.2002

Grandjean, Seket, Galaup: Ann.Chir.2004

(22-23 artic.bibliogr. morandi).

# Enterocele o elitrocele

## DEFINIZIONE e PATOGENESI

- l'erniazione nello cavo del Douglass contenente ansa intestinale o omento al di sotto della linea pubo-coccigea durante la fase di svuotamento, posizionandosi a cul di sacco posteriormente alla vagina ed anteriormente al retto. Ciò accade quando 1) i muscoli e i tessuti che mantengono l'intestino tenue in posizione si estendono o si indeboliscono opp. 2) dopo chir ginecologica. Questo può causare lo spostamento dell'intestino tenue dalla sua posizione originaria e portarlo a premere le pareti della vagina.

# EPIDEMIOLOGIA

La cui diagnosi è stata posta con defecografia in paz. sintomatici per  
ODS

<b>autori</b>	<b>enterocele</b>	<b>sigmoidocele</b>	
Kelvin, Maglinte, Hornback	35%	5,2%	Radiology 1994 (bibliogr.17 morandi)
Marcio, Jorge, yung-Kang (UK)	19%	5,0%	Dis colon rectum 1994 (bibliogr. 10 morandi)
Lapalus, Henry, Barth (FR)	19%	4%	Gynecol.obstet and fertil 2002 Su 544 defecografie (bibliogr.4 morandi)
Morandi (IT)	21,4%	4,3%	Pelvi perineol. 2006 (bibliogr.22PPP)

# FATTORI DI RISCHIO

- **Parto.** Il parto di uno o più bambini contribuisce ad indebolire i muscoli del pavimento pelvico, favorendo il rischio di prolasso.
- **Età.** Il procedere degli anni è causa di perdita di tono e forza muscolare.
- **Menopausa,** in cui gli estrogeni diminuiscono. Gli estrogeni contribuiscono a mantenere il tono dei muscoli pelvici.
- **Chirurgia pelvica.** La rimozione chirurgica dell'utero (isterectomia) o le procedure chirurgiche messe in atto per curare l'incontinenza possono accrescere il rischio di enterocele. Nell'isterectomia il mancato accollamento della fascia pubocervicale e retto vaginale provoca un difetto per cui il peritoneo viene a diretto contatto con tasca del Douglass. (bibliogr. 6 /morandi)
- **Maggiore pressione.** Il sovrappeso aumenta la pressione all'interno dell'addome, il che aumenta il rischio di sviluppare un enterocele. Altri fattori che aumentano la pressione sono la tosse cronica, il fumo (che aumenta la tosse e riduce l'elasticità tessutale) e la pressione esercitata durante i ponzamenti intestinali.
- **Genetica.** Si possono avere dalla nascita tessuti connettivi dell'area pelvica più deboli, il che rende naturalmente più soggette ad enterocele e a prolasso di organi pelvici.
- **L'eccessiva profondità del Douglass in paz. non isterectomizzate.** (Miklos jr, Kohli N., Lucente: bibliogr. 5 /morandi)

# PREVENZIONE

- **Perdere peso.** Se sei sovrappeso perdere peso allevierebbe la pressione addominale.
- **Prevenire la costipazione.** Mangia cibo con alto contenuto di fibre, bevi liquidi e fai esercizio fisico regolare per evitare di dovere esercitare troppa pressione durante i movimenti intestinali.
- **Cura la tosse cronica.** perché la tosse continua può aumentare la pressione addominale.
- **Smettere di fumare.** Fumare può verosimilmente aumentare la tosse. Evoca ipo-anossia muscolare.
- **Evitare di sollevare grandi pesi.** Sollevare grandi pesi può aumentare la pressione addominale.

Attualmente sono plurime. Ne Cito alcune:

## CLASSIFICAZIONE (1)

- **1) EZIOLOGICA** sec. WEXNER, JORGE, HABR-GAMA  
distinta in
- **PRIMARIO**, in cui sono presenti numerosi fattori come donna multipara, l'età avanzata, la perdita di elasticità, l'obesità, la costipazione, l'aumento della pressione addominale.
- **SECONDARIO** ad interventi chir. ginecologici tipo isterectomia; dovuti a inadeguata fissazione della parete posteriore del complesso legamentoso cardinale utero-sacrale.
- Am. J. Surg. 2001 (7 bibliogr. Art.morandi)

## CLASSIFICAZIONE (2)

- **2) PATOGENETICA** proposta da NICHOLS-RANDALL '89 distinta in:
  - **CONGENITA**: per tasca del Douglass profonda.
  - **DA PULSIONE**: dato da un cronico incremento della pressione addominale.
  - **DA TRAZIONE**: associato alla perdita di supporto del pav. Pelvico.
  - **IATROGENA**: dopo procedure chir. che modificano l'asse vaginale.
- Vaginal surg. Eds Williams-Wilkins. Baltimora (8 bibliogr.art. Morandi)



# CLASSIFICAZIONE (3)

- 3) "**CAUSALE**" sec. Mayo Clinic
- **DA TRAZIONE.** Le cause del tipo più diffuso sono la gravidanza, il parto e la perdita di estrogeni, condizioni che contribuiscono all'indebolimento e allo stiramento dei muscoli e legamenti del pavimento pelvico. Inoltre, altri organi prolassati possono esercitare una pressione nella cavità pelvica, contribuendo alla formazione di un enterocele.
- **IATROGENO.** La causa di questo tipo di enterocele non è completamente conosciuta, può essere dovuto alla rimozione chirurgica dell'utero (isterectomia) e ad alcune procedure chirurgiche atte a riportare una vescica prolassata in posizione, per curare l'incontinenza urinaria.
- **DA PULSIONE.** Questo tipo di enterocele è dovuto alle condizioni che premono entro l'addome con continuità, come la tosse cronica, o l'estremo sforzo fisico (reperito in atlete di sollevamento pesi).
- **CONGENITO.** Rarissimo, alcune donne nascono con un enterocele.
- Da linee guida 2008: MayoClinic. (bibliogr.30PPP)

# CLASSIFICAZIONE (4)

- 4) proposta da HALE-MAGLINTE presentata all'American urogynecology society in october '95 prende in considerazione la **MISURA DI DISCESA SOTTO L'APICE VAGINALE** (oggi non piu' usata)
- **Grado LIEVE:** se intestino scende di 2-4 cm.
- **Grado MEDIO** se estensione raggiunge i 4-6 cm
- **Grado GRAVE** se >6 cm.

# CLASSIFICAZIONE (5)

- 5) **DEFEGRAFICA SU BASE FUNZIONALE**: proposta da MORANDI nell'06 enterocele distinto in:
- **FUNZIONALE** o **DINAMICO** quando NON comprime l'ampolla rettale e ritorna prontamente al di sopra della linea pubo coccigea(=PCL) alla fine dello sforzo evacuativo.
- **SINTOMATICO** o **STABILE** o **VERO** quando il tenue e/o sigma comprime la parete superiore del serbatoio ampollare disponendosi tra la vagina ed il retto e risalgono alla fine del ponzamento. Tale situazione si accompagna spesso a disturbi funzionali della defecazione.
- Questo può essere ulteriormente suddiviso in
  - **OSTRUTTIVO** scende già nella fase iniziale dello svuotamento giungendo rapidamente sul canale anale bloccando l'efflusso. Associato a quadro defecografico di ODS.
  - **NON OSTRUTTIVO** NON impedisce lo svuotamento ampollare e provoca un compressione solo al termine dell'evacuazione. Accompagnato spesso da altre pat. morfo funzionali.
- Quest'ultima classificazione proposta, se validata, potrà essere utile a dirimere l'intervento chir. in tutte quelle condizioni in cui la presenza di un enterocele può essere considerata causa di defecatio ostruita. Attualmente usata da SIUCP.
- *Pelvi-perineology RICP, 2006,25,165-171.* (22 bibliogr. PPP):

# Segni e sintomi

- **Oltre ai sintomi di ODS** sempre presenti quali straining, defecatio incompleta, stimolo assente o ingravescente, necessità di digitazione in perineo-ano-vagina, lungo tempo evacuativo, evacuazione in più tempi, uso di lassativi, necessità di utilizzo di supposte o clisteri, ecc.
- Senso di pesantezza o di pressione nella regione vaginale spt con ponzamento.
- Sensazione di trazione nella zona pelvica o in sede ipogastrica che si allevia quando ci si corica
- Eventuale massa visibile può protrudere attraverso l'introitus se paz. in ortostatismo, mentre si verifica solo raramente a paz. supina.
- Se enterocele di grosse dimensioni eventuale dolore al rachide lombosacrale in posizione eretta prolungata.
- Disturbo vaginale e rapporti sessuali dolorosi (dispareunia).
- Fastidio durante la deambulazione (dovuto alla massa protrudente).
- Perdita di sangue dalla vagina secondario all'ulcerazione della cervice uterina e della mucosa vaginale, apprezzabile solo in fase tardiva.
- Carriero A. Spreafico L., H Montecchio -RE- corso accreditato di chir. pavimento pelvico dic.2005: "DISORDINI FUNZIONALI DEL ANO-RETTO "  
(bibliogr. 32 PPP)

# Visita ed E.obiettivo (1)

- anamnesi accurata in cui si indagano i sintomi, eventi precipitanti, la durata e la gravità soggettiva del problema, la modalità d'esordio, la tp in atto o pregressa
- anamnesi alimentare che valuta la quantità giornaliera di fibra introdotta, liquidi assunti, il numero e gli orari dei pasti
- anamnesi ginecologica che indaga n° di gravidanze, peso alla nascita, tipo di parto, eventuali traumi spinali o altre lesioni neurol., eventuali interv. chir., pat. Mediche, eventuali disfunzioni sessuali.
- score per stipsi /incontinenza fecale ed urinaria/ibs /ods.
- esame in ortostatismo durante la manovra di Valsalva. Tale manovra permette di evidenziare il massimo abbassamento possibile dei diversi segmenti vaginali nell'acme dello sforzo.

# Visita ed E.obiettivo (2)

- In presenza di prolasso della parete vaginale posteriore esplorazione bidigitale retto-vaginale in ortostat. consente di stabilire se tale anomalia è riconducibile ad enterocele, a rettocele, a prolasso uterino oppure ad entrambe le pat. Ed inoltre rivela una dilatazione dello jato genitale, e un rettocele o un cistocele.
- Vis. Ginecologica con speculum di Sims o speculum di Graves, facilita l'esecuzione dell'esame.
- Carriero A. Spreafico L., H Montecchio -RE- corso accreditato di chir. pavimento pelvico dic.2005: "DISORDINI FUNZIONALI DEL ANO-RETTO"  
(bibliogr. 32 PPP)

# DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- **ENTEROCELE** si palpa nello spazio retto vaginale la presenza di un “sacchetto” che contiene, talvolta, anse intestinali. Con lo speculum è generalmente visto come un rigonfiamento vaginale sporgente vicino all’apice.
- **RETTOCELE** il passaggio delle feci può essere difficoltoso, tanto da rendere necessario aiutarsi manualmente per poter completare la defecazione. Con lo speculum si evidenzia tipicamente una sporgenza isolata vicina al corpo perineale.
- **CISTOCELE** può insorgere un’incotinenza urinaria da sforzo o paradossa, può aversi uno svuotamento incompleto della vescica o può instaurarsi un’infezione delle vie urinarie.
- **PROLASSO COMPLETO della VOLTA VAGINALE** possono avere dolore, specialmente quando si siedono.
- **PROLASSO UTERINO di III grado** possono presentare l’ulcerazione della mucosa vaginale e la disfunzione vescicale o rettale (come, difficoltà alla minzione, residuo post-minzionale cronico), che spesso peggiora dopo la permanenza prolungata in stazione eretta ed è dovuta, probabilmente, all’inginocchiamento uretrale; almeno 2/3 di queste donne sviluppano un’incotinenza da sforzo, dopo la riduzione del prolasso. In alcune pazienti l’inginocchiamento dell’uretra è protettivo, perché impedisce che si abbia una perdita di urina quando la parete anteriore della vagina e la vescica protrudono.

# IMAGING

- pancolonscopia, e/o Rx clisma opaco d.m.di c. e/o colografia TC utile per escludere pat. organica colica
- defecografia è l'esame di prima istanza che analizza lo svuotamento retto ampollare, potendo inoltre valutare il ruolo dell'enterocele nel disturbo della defecazione ostruita. Morandi C. (bibliogr. 32 PPP)
- cinedefecografia sec. MAHIEU protratta fino alla fase avanzata di vuotamento che rileva il ruolo fxnale dell'enterocele (bibliogr. 15,16/morandi)
- ecografia endocavitaria ha elevata sensibilità e specificità per la diagnosi di enterocele mentre la paziente esegue la manovra di Valsalva è facilmente riconoscibile la vivace peristalsi. Sarnelli G, (bibliogr.20 ecografia)
- Risonanza Magnetica funzionale nelle giovani donne con sindrome del perineo discendente perché pan-esplorante, fornisce dettagliate immagini di tutti gli organi pelvici (vescica, utero e retto) senza che sia richiesta opacizzazione di tali visceri e soprattutto senza l'impiego di radiazioni ionizzanti. Morandi C. (bibliogr. 32 PPP)



# CASISTICA DEFECOGRAFICA

H policlinico radiologia –Modena- DR.MORANDI

**NOVEMBRE 2001 - NOVEMBRE 2005**

<b>• Numero di</b>	<b>Tot.</b>	<b>Fem</b>	<b>Mas</b>
<b>pazienti</b>	<b>597</b>	<b>551</b>	<b>46</b>

- Per gentile concessione di Dr.Morandi –Modena-

# CASISTICA DEFECOGRAFICA

H policlinico radiologia –Modena- DR.MORANDI

**NOVEMBRE 2001 - NOVEMBRE 2005**

	Età media	Età minima	Età massima
Femmine	51	20	79
 Maschi	49	25	79

180 paz (32,6%) erano isterectomizzate  
35 paz. (6,3%) già sottoposte a cistopessi  
28 (4,6%) già sottoposte a tp chir x ODS

**Pazienti femmine/maschi**  
**Tipo di enterocele**

**Classificazione su base funzionale –Modena- DR.MORANDI**

	Num.paz	%	Prec. interv. Chir.
<b>Enterocele + sigmoidocele</b>	128	21,4	
• <b>Enterocele</b>	104	81,9	
- <b>funzionale TIPO1</b>	39	7,1	3isterect.
- <b>Sintomatico TIPO 2 NON ostruttivo</b>	38	6,9	17isterect. + 3cistopessi
- <b>Sintomatico TIPO 2 OSTRUTTIVO</b>	27	4,9	10isterect. di cui 4 + cistopessi
• <b>Sigmoidocele rientranti tutti nella categoria enterocele sintomatico non ostruttivo</b>	23	18,1	3isterect. di cui 2 già cistopessi 5isterect.+cistope ssi

# TERAPIA (1)

- **NON CHIRURGICA** è riservata generalmente a pazienti con: 1) sintomi non rilevanti, 2) che desiderano avere figli in breve tempo, 3) NON operabili, 4) se i sintomi sono atipici o sproporzionati alla dimensione d'enterocele, 5) 1+3+4 in menopausa.

**PESSARIO VAGINALE.** Un anello di silicone rigido, di plastica o di gomma viene inserito nella vagina a supporto del tessuto sporgente

**ESTROGENI.** in post-menopausa, per via orale o endovaginale

**TP ORMONALI SOSTITUTIVE (HRT)** combinazione di estrogeni-progestinici per os. Comportano alcuni rischi tra i quali disfunzioni cardiache, tumore al seno e ictus

# TERAPIA (2)

- **RIABILITATIVA** pre-intervento o post-tp chirurgica
- **ESERCIZI KEGEL**, studiati per rafforzare i muscoli del pavimento pelvico, possono aiutare a prevenire l'enterocele. Comunque non lo guariranno. Potrai fare questi esercizi praticamente sempre – guidando, mentre guardi la tv, mentre prepari la cena o seduta alla scrivania.
- **Come eseguirli:**
- Contrai i muscoli del pavimento pelvico, i muscoli che usi per smettere di urinare.
- Contrai per tre secondi e rilascia per tre secondi ripetendo l'esercizio almeno 5 volte.
- Fai 10 – 15 serie di questi esercizi, se possibile, 30.
- Ripeti le serie piu' volte al giorno.
  
- Rossitti P., Travan L., Rodaro E., Digito F. ed al: stipsi da ODS: causa organica o alterazione funzionale? Orientamenti tptici e riabilitativi *cap. 5 pag.73-94 ed. Arcari lug.2007*
- Bove A., Balzano A.: dissinergia del pav. Pelvico: basi neurofisiologiche delle disfunzioni del pav. *Pelvico cap. 2 pag. 15-42 ed. Mediserve genn.2002*
  
- (bibliogr. 33-34 PPP)

# TERAPIA CHIR. (3)

- **VIA VAGINALE**: con chiusura del cul de sac.
- **procedura HALBAN** prevede suture continue sagittali appena sotto il peritoneo, partendo dalla parete posteriore della vagina, procedendo verso il cul-de-sac e continuando verso la parete anteriore del retto. E' essenziale una chiusura verticale a borsa di tabacco. Le suture laterali devono essere approssimativamente a 1 cm medialmente verso l'uretere, per minimizzare l'angolazione.
- **procedura MOSCOWITZ** rimuovere il cul-de-sac mettendo suture multiple orizzontali a borsa di tabacco iniziando dal fondo al cul-de-sac) procedendo verso il più distale. Attenzione a non ostruire l'uretere o ad entrare nel retto. Per rendere la chiusura più forte, il resto dei legamenti utero sacrali devono essere cuciti nella linea mediana, se individuati.
- NB: Quando un enterocele è contemporaneo ad un cistocele, rettocele, ad un prolasso della volta, l'enterocele è generalmente corretto per primo.

# TERAPIA CHIR. (4)

- CON DUPLICE ACCESSO:
- **CH. LAPAROSCOPICA + TRANSANALE:**
- 1 TEMPO: via addominale in laparoscopia con liberazione e chiusura della breccia erniaria.
- Solo raramente attuato con una incisione addominale. (bibliogr. 35 PPP + 42medscap.gen).
- 2 TEMPO: trans anale con correzione della patologia funzionale associata corresponsabile di ODS tramite stapler PPH o con S.T.A.R.R, o con CCH 30 solo in centri di riferimento.
- 
- Carriero A. Spreafico L., H Montecchio -RE- corso accreditato di chir. pavimento pelvico dic.2005: "DISORDINI FUNZIONALI DEL ANO-RETTO (bibliogr. 32 PPP)

# COMPLICANZE CHIRURGICHE

- sono rare. (1,4%)
- consistono nel danno dell'uretere (1,4%), della vescica (1,4%), legamento dell'intestino tenue (0,1%), al retto (0,1%) e eviscerazione (0,4%).
- Complicanze sintomatiche x via vaginale: dispareunia possono comparire a causa dell'accorciamento della vagina o dell'inadeguato calibro vaginale o lesionando il punto G.

• (bibliogr. medscape '99)



# DEGENZA, TIPO di ANESTESIA, PROGNOSI

- è generalmente praticata una **anestesia generale**.
- Il ricovero ospedaliero dura 1 o 2 giorni.
- La maggior parte delle donne tornano alle loro normali attività entro 2-4 settimane. Durante questo periodo è importante evitare la costipazione.  
includere fibre e apporto di liquidi nella dieta (>2lt.).
- i rapporti sessuali dopo circa 6 settimane.

- Rhodes Monic DDHC (=dig. Disorder health center) font size A *web MD MEDICAL REFERENCE from Health wise. 25 ott.2006*
- Baden W, Walker T: Surgical Repair of Vaginal Defects. *Philadelphia, Lippincott, 1993,*  
(bibliogr. 35 PPP + 42 medscape gen.)
-

# FATTORI di PROTEZIONE DOPO la tp chir.

- Evitare di fumare.
- Mantenere un peso adeguato.
- Evitare la costipazione.
- Evitare le attività che sottopongono a sforzo i muscoli della zona pelvica, come sollevare pesi.
- Evitare la posizione eretta per periodi lunghi di tempo.
- Evitare rapporti sessuali per 2-4 settimane. Avvisando la paz. che inizialmente potrebbe avere coito doloroso.
- Evitare per almeno 6-9 mesi un eventuale gravidanza.
- Consigliare in eventuale gravidanza futura il parto cesareo.
  
- Rhodes Monic DDHC (=dig. Disorder health center) font size A web MD MEDICAL  
*REFERENCE from Health wise. 25 ott.2006*
- Baden W, Walker T: Surgical Repair of Vaginal Defects. Philadelphia, Lippincott, 1993,  
*(bibliogr. 35 PPP + 42 medscape gen.).*

# CONCLUSIONI

- Non dimenticare mai che:
- 1) l'enterocele **non è una patologia isolata**, ma fa parte di disordini fcnali retto ampollari nell'ODS (=SINDR. DA DEFECATIO OSTRUITA), come il prolasso rettale, il rettocele, l'ipertono della fionda, l'enterocele, il perineo discendente, spesso associate tra di loro. (22-23 artic.bibliogr. morandi).
- 2) LA **DGSTICA** è sia clinica che x imaging.
- 3) Ad oggi **non esiste ancora una classificazione universalmente accettata**.
- 4) LA **TERAPIA** qualunque essa sia deve **risolvere il grosso capitolo di patologia fcnale colo proctologica**.
- JeanF, Tanneau Y, Le Blanc-Louvry I,: treatment of enterocele by abdominal colporectosacropexy-efficacy on pelvic pressure. *Colorect.Dis.* 2002; 4, 321-325.
- Wallden L, defecation block in cases of deep rectovaginal pouch. *Acta chir.scand* 1952; 103, 236-238. (22-23 artic.bibliogr. morandi).

**GRAZIE**

GIANCARLO VENEZIANI

Piacenza

[giona.st.veneziani@4tune.it](mailto:giona.st.veneziani@4tune.it)