

SOCIETÀ ITALIANA DI URODINAMICA



**30° CONGRESSO NAZIONALE
SIUD** | ROMA 27-30 SETTEMBRE 2006
UNIVERSITÀ SAN TOMMASO
L.GO ANGELICUM, 1

WORKSHOP 27 SETTEMBRE 2006:

**DISFUNZIONI DEL
PERINEO POSTERIORE**

IN COLLABORAZIONE CON LA SICCR
(*Società Italiana di Colon-proctologia*)

Coordinatore G. Dodi

LA FISIOPATOLOGIA E LE SINDROMI CLINICHE

Moderatori: F. La Torre, G. Canepa

10.00

ANATOMIA FUNZIONALE

(F. Boffi)

Per perineo posteriore s'intende la regione anale e perianale, il canale anale, la porzione distale dell'ampolla rettale e le strutture circumvicine con l'apparato sfinterico anale, i tessuti connettivali, le strutture nervose proprie, nonché i muscoli del pavimento pelvico posteriore. Tali strutture sovrintendono alla defecazione e assicurano la continenza fecale.

10.20

FISIOPATOLOGIA DEL PERINEO POSTERIORE

(F. Boffi)

La fisiologia del perineo posteriore è costituita essenzialmente da quelle attività viscerali, muscolari e nervose che consentono il riempimento e lo svuotamento dell'ampolla rettale e, nell'intervallo tra una defecazione e l'altra, assicurano la continenza alle feci e ai gas. Tali funzioni sono compromesse quando una o più di tali attività subisce un'alterazione a causa di un'anomalia congenita, di un danno anatomico o di un deficit funzionale.

10.40

FISIOPATOLOGIA DELLA CONTINENZA ANALE

(B. Ravo)

Continenza anale e defecazione sono funzioni complesse e inter-connesse. I meccanismi che partecipano alla continenza sono: la consistenza fecale e il transito dal colon al retto, la capacità e la compliance del retto, la sensibilità anorettale, la funzione dello sfintere anale e del pavimento pelvico. Il mantenimento della continenza dipende da un'interazione di impulsi neurosensitivi e neuromotori sotto un controllo volontario dei muscoli striati dello sfintere esterno e da un controllo involontario dei muscoli lisci dello sfintere interno. L'incontinenza può essere meccanica, neurologica e idiopatica.

11.00

L'INCONTINENZA ANALE

(M. Pescatori, M. Spyrou)

L'incontinenza anale consiste nell'incapacità di percepire e trattenere in modo adeguato le feci ed i gas e può essere attribuibile ad un deficit sensoriale e/o ad un deficit motorio (riduzione del tono basale e dalla contrazione volontaria degli sfinteri). Le cause più frequenti sono di natura traumatica o congenita. L'entità dell'incontinenza si valuta con dei punteggi che quantificano la gravità e la frequenza dei sintomi.

11.20

LA STIPSI

(F. Gaj)

Accanto alla pseudostipsi, dovuta ad erronei atteggiamenti igienico-dietetici, l'inerzia coli e la stipsi da ostruita defecazione sono le forme di maggior rilievo nella pratica clinica. Viene inquadrata con punteggi di gravità e di compromissione della qualità di vita e con la valutazione dei tempi di transito intestinale.

11.40

I PROLASSI DEL COMPARTO POSTERIORE

(G. Milito)

Il prolasso rettale rappresenta la protrusione di vario grado della parete rettale attraverso il canale anale. Il prolasso completo è la fuoriuscita dall'ano della parete rettale intera. In assenza di procidenza esterna si parla di prolasso occulto o interno. Il prolasso mucoso identifica la protrusione all'esterno della sola mucosa anale e rettale, riducibile o meno, con i piani muscolari ancorati all'interno del canale anale.

12.00

L'INTESTINO IRRITABILE

(E. Corazziari)

La sindrome dell'intestino irritabile (SII) può presentare disturbi riferibili ad alterazioni della funzione, sensitivo-motoria, ano-retto-pelvica. Frequente è l'associazione tra SII e disturbi ano-rettali e del pavimento pelvico posteriore quali il tenesmo, l'urgenza defecatoria, l'incontinenza anale, la difficoltà defecatoria, il senso di mancato svuotamento intestinale postevacuatorio. Anche frequente è l'associazione tra SII e alterazioni sensitivo motorie, vescicali e ginecologiche. Dispareunia e dismenorrea sono spesso riferite dalle pazienti con SII ed i sintomi gastrointestinali si accentuano tipicamente nel periodo premenstruale. Disturbi vescicali di frequente riscontro nei pazienti con SII sono la pollachiuria, l'urgenza, la nicturia, il residuo vescicale postmizionale. L'instabilità detrusoriale è stata riscontrata nel 50% dei pazienti con SII ed il 25-40% dei pazienti con cistite interstiziale ha sintomi da SII. Particolarmente interessanti queste associazioni perché sembrerebbe che la SII, l'instabilità detrusoriale e la cistite interstiziale condividano meccanismi fisiopatologici simili.

12.20

IL DOLORE PELVICO CRONICO

(M. Pescatori)

Il dolore che può coinvolgere il perineo o la pelvi si classifica in coccigodinia, algia anorettale essenziale e proctalgia fugace. L'eziologia può essere attribuibile ad anomalie del coccige, intrappolamento del nervo pudendo nel ligamento sacrospinoso o nel canale di Alcock. La proctalgia fugace è più frequente nei soggetti con colon irritabile ed è attribuibile ad una neuropatia del pudendo. Spesso tali pazienti presentano una componente psicogena rilevante. Forme di proctalgia possono seguire ad interventi chirurgici dell'ano-retto.

12.40

13.00

DISCUSSIONE

LUNCH

IL PERCORSO DIAGNOSTICO:

ANAMNESI, VISITA PROCTOLOGICA,
INDAGINI STRUMENTALI

Moderatori: G. Dodi, M. Soligo

14.00

LA RACCOLTA DEI DATI, IL PESO DEI SINTOMI E DEI SEGNI (Diari, Questionari Strutturati, Punteggi)

(L. Amadio)

Una corretta valutazione del paziente con disfunzioni del pavimento pelvico si basa su una attenta anamnesi e sull'impiego di questionari possibilmente validati anche a livello nazionale per una adeguata valutazione dei sintomi e dell'influenza di questi sulla qualità di vita. Vengono presentati questionari per l'incontinenza anale e la stipsi (AMS, CCS, CCS modificato CONSTIPAQ) e per la ptosi perineale.

14.15

MANOMETRIA ANO-RETTO-COLICA, EMG, TEST DELLA SFERA SOLIDA

(L. Amadio)

L'EMG, la manometria ano-retto-colica consentono una valutazione funzionale dell'apparato sfinteriale anale nelle sue diverse componenti consentendo una definizione delle disfunzioni muscolari, nervose e viscerali. Il test della sfera solida, di recente introduzione, permette una valutazione rapida di alcuni parametri funzionali ed è confrontabile con gli esami precedenti.

14.30

ECOGRAFIA ENDOANALE/RETTALE

(G. Gagliardi)

L'ecografia transanale-transvaginale rappresenta il gold standard per l'identificazione dei difetti dello sfintere anale interno ed esterno. Gioca un ruolo rilevante nella diagnosi delle patologie associate alla defecazione ostruita (intussuscezione, prolusso mucoso, anismo). L'ecografia perineale dinamica consente di identificare l'enterocele, il cisto-uretrocele ed il perineo discendente.

14.45

STUDIO DEL TRANSITO INTESTINALE, (CISTO-COLPO)-DEFECOGRRAFIA

(I. Habib)

Lo studio del tempo di transito oro-ale è un esame radiologico usato per valutare oggettivamente la stipsi funzionale. Permette una misurazione del tempo di transito totale e del tempo di transito segmentario. La cisto-(colpo)-defecografia permette lo studio funzionale integrato dei visceri pelvici nei vari momenti consentendo la dimostrazione oggettiva di alterazioni quali cistocele, rettocele, invaginazione intra-rettale o intra-ale, enterocele, perineo discendente e/o disceso.

15.00

DISCUSSIONE

LE SCELTE TERAPEUTICHE

Moderatori: M. Pescatori, F. Catanzaro

15.10

LA RIABILITAZIONE, IL BIOFEEDBACK

(L. Peticca)

L'obiettivo della terapia riabilitativa pelvi-perianale è il miglioramento del controllo del sistema retto-sfinteriale attraverso la nozione di specificità dell'esercizio. Con il biofeedback tale scopo si raggiunge con la presa di coscienza dell'apparato da educare (quello sfinteriale), col mantenimento costante della contrazione o del rilasciamento e con il rinforzo progressivo della contrazione stessa.

15.25

LA NEUROMODULAZIONE SACRALE

(C. Ratto)

La neuromodulazione sacrale rappresenta un innovativo trattamento delle alterazioni severe della defecazione. Mediante una stimolazione elettrica dei nervi sacrali ha lo scopo di "modulare" le specifiche funzioni della muscolatura e delle strutture sensitive pelviche. Applicata preferenzialmente in casi di incontinenza fecale o stipsi secondarie a neuropatia idiopatica questa terapia trova oggi nuove interessanti indicazioni.

15.45

IL "PROTECT": UN NUOVO STRUMENTO NELLA CURA DELL'INCONTINENZA FECALE GRAVE

(P. Giamundo)

Il "ProTect" rappresenta una novità nel tentativo di prevenire gli episodi di incontinenza fecale nei pazienti in cui la terapia medica e chirurgica siano fallite. Il sistema non richiede impianto chirurgico e viene posizionato nell'ano direttamente dai pazienti. Crea una barriera alla perdita involontaria di feci ed avverte i pazienti con un segnale elettronico della presenza di materiale fecale nel retto prima che avvenga l'episodio di incontinenza con miglioramento della qualità di vita.

16.00

LO SFINTERE ARTIFICIALE

(F. La Torre)

Lo Sfintere Anale Artificiale è un sistema idraulico totalmente impiantabile e controllabile dall'esterno già utilizzato con successo in Urologia e viene impiegato per il trattamento dell'incontinenza fecale severa. I risultati lusinghieri all'inizio hanno cominciato successivamente a deludere. Un gruppo di pazienti è stato sottoposto a ricostruzione totale anoperineale dopo amputazione sec.

16.10

GLI AGENTI VOLUMIZZANTI

(F. La Torre)

Nel trattamento dell'incontinenza fecale lieve e moderata il PTQ ed il Durasphere sono stati iniettati, previa anestesia locale, nella regione intersfinterica o sottomucosa o intrasfinterica su guida digitale endorettale con l'obiettivo di incrementare la resistenza del canale anale e consentire al paziente il contenimento. I risultati al primo follow-up appaiono incoraggianti.

16.20

LA PLASTICA SFINTERICA PER SOVRAPPOSIZIONE

(G. Milito)

La plastica sfinterica per sovrapposizione prevede la sintesi, mediante sovrapposizione, tra due superfici muscolari interrotte. Conseguentemente la contrazione muscolare sarà distribuita su di una superficie maggiore con un carico di forza per superficie di tessuto minore. L'efficacia della procedura dipende essenzialmente dall'integrità del pudendo. I migliori risultati si ottengono per le lesioni anteriori, i peggiori per le laterali e le posteriori.

16.35

LA GRACILOPLASTICA ELETTROSTIMOLATA, LA TERAPIA CON RADIOFREQUENZE

(G. Dodi)

Il muscolo gracile può essere utilizzato nel trattamento dell'incontinenza anale grave in soggetti con malformazioni congenite dell'apparato sfinteriale o con lesioni acquisite e dopo resezione addomino perineale per cancro del retto. La tecnica "SECCA" è una procedura mininvasiva ambulatoriale per il trattamento dell'incontinenza fecale. Utilizza una radiofrequenza che irradia in modo circolare la giunzione anorettale e modifica il tono dei tessuti con un miglioramento della continenza anale.

16.45

L'ENTEROSTOMIA (ILEO E COLOSTOMIA)

(B. Ravo)

Un'enterostomia è una comunicazione artificiale, temporanea o definitiva, fra varie porzioni dell'intestino e la cute. Può essere confezionata su bacchetta o terminale e può essere eseguita sia per via laparotomica che laparoscopica. Rappresenta l'ultima soluzione proponibile per l'incontinenza anale grave. "Meglio una buona colostomia che un ano malfunzionante".

17.00

17.15

DISCUSSIONE

VERIFICA APPRENDIMENTO PER ECM E CHIUSURA WORKSHOP

Quota iscrizione: € 70,00

Per informazioni e registrazioni:

Defoe Congressi

Tel. 0523 338391

E-mail: info@defoe.it

**PRODOTTI E SISTEMI
PER COLON PROCTOLOGIA**



ALESSANDRIA - ITALY
info@sapimed.com
www.sapimed.com