

Mario Pescatori

Prevenzione e trattamento delle complicanze in chirurgia proctologica



 Springer

Prevenzione e trattamento delle complicanze in chirurgia proctologica

Mario Pescatori

Prevenzione e trattamento delle complicanze in chirurgia proctologica

Contributi di:

Bernardina Fabiani

Carlo Lorenzo Pescatori

Mario Pescatori
Unità di Colonproctologia
Casa di Cura Ars Medica
e Università La Sapienza
Roma

contributi di:

Bernardina Fabiani
Istituto di Clinica Chirurgica II
Università La Sapienza
Policlinico Umberto I, Roma

per l' iconografia

Lorenzo Carlo Pescatori
Istituto di Gastroenterologia
Università La Sapienza
Ospedale S. Andrea, Roma

per la bibliografia

ISBN 978-88-470-2061-0

e-ISBN 978-88-470-2062-7

DOI 10.1007/978-88-470-2062-7

© Springer-Verlag Italia 2011

Quest'opera è protetta dalla legge sul diritto d'autore, e la sua riproduzione è ammessa solo ed esclusivamente nei limiti stabiliti dalla stessa. Le fotocopie per uso personale possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le riproduzioni per uso non personale e/o oltre il limite del 15% potranno avvenire solo a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, Corso di Porta Romana n. 108, Milano 20122, e-mail segreteria@aidro.org e sito web www.aidro.org.

Tutti i diritti, in particolare quelli relativi alla traduzione, alla ristampa, all'utilizzo di illustrazioni e tabelle, alla citazione orale, alla trasmissione radiofonica o televisiva, alla registrazione su microfilm o in database, o alla riproduzione in qualsiasi altra forma (stampata o elettronica) rimangono riservati anche nel caso di utilizzo parziale. La violazione delle norme comporta le sanzioni previste dalla legge.

L'utilizzo in questa pubblicazione di denominazioni generiche, nomi commerciali, marchi registrati, ecc. anche se non specificatamente identificati, non implica che tali denominazioni o marchi non siano protetti dalle relative leggi e regolamenti.

Responsabilità legale per i prodotti: l'editore non può garantire l'esattezza delle indicazioni sui dosaggi e l'impiego dei prodotti menzionati nella presente opera. Il lettore dovrà di volta in volta verificarne l'esattezza consultando la bibliografia di pertinenza.

9 8 7 6 5 4 3 2 1

2011 2012 2013 2014

Layout copertina: Ikona S.r.l., Milano
Impaginazione: Graphostudio, Milano
Stampa: Printer Trento S.r.l., Trento

Stampato in Italia

Springer-Verlag Italia S.r.l., Via Decembrio 28, I-20137 Milano
Springer fa parte di Springer Science+Business Media (www.springer.com)

*Dedicato ai chirurghi che raccontano
e discutono le loro complicanze.*

Proverbi utili:

“Chi mangia fa briciole”

“Tutto capita a tutti”

“Il meglio è nemico del bene”

Prefazione

Una volta su quattro, stando alla letteratura, un paziente operato per patologie coloretali va incontro a complicanze postoperatorie. Talvolta sono complicanze mortali, il che, quando si tratta di una patologia benigna minore, è molto pesante. Ricordo il caso di un collega che ebbe il primo decesso della sua carriera dopo il primo intervento della sua carriera: una semplice emorroidectomia. Inutile riferire la sua prostrazione.

I meeting più avvincenti di uno staff chirurgico sono le *Morbidity and Mortality conferences*. Purtroppo si fanno più nel Regno Unito o negli USA che in Italia. Il libro più interessante che mi è capitato di avere tra le mani da giovane si intitolava “Complicanze in chirurgia”, scritto da Artz e Hardy. Che io sappia, non ne esiste uno simile, almeno recente, sulla chirurgia proctologica.

Dopo molti anni che opero (di cui trenta dedicati a questa specialità) ho pensato di trasmettere la mia esperienza sull'argomento. Per restringere il campo, ho escluso gli interventi addominali e la chirurgia pediatrica.

Una prima raccomandazione importante (e in apparenza ovvia) è quella di operare solo quando è necessario. Un buon chirurgo è “un buon medico che sa anche operare”, non è bravo quando opera molti pazienti, ma quando guarisce molti pazienti. Non di rado sono gli stessi malati che cercano con ostinazione un intervento e lo vedono come soluzione miracolistica ai loro mali. È più semplice affidarsi a chi promette una guarigione chirurgica rapida, piuttosto che modificare abitudini alimentari inveterate o affrontare problemi psicosomatici. Ma talvolta sono proprio questi a causare quella immunodepressione che rende il paziente più fragile di fronte al trauma chirurgico e quindi più suscettibile di complicanze.

Mi resta in mente una frase che sentii all'inizio degli anni '80 da Alan Parks a proposito del reservoir ileo-anoale: “Per fare bene questa chirurgia è essenziale saper gestire le complicanze”. Il senso era questo: vi sono degli interventi che fatalmente danno problemi, ciò che fa la differenza è il saperli affrontare. Quando aiutai (si fa per dire) il famoso chirurgo inglese a fare una plicatura posteriore del pavimento pelvico per incontinenza fecale, fui, in un certo senso, fortunato. Gli vidi aprire accidentalmente il retto. Ma vidi anche come lo suturava. Da allora, ogni volta che faccio un *post-anal repair* ricordo le sue forbici veloci sul mesoretto posteriore, rallento... ed evito che mi capitino lo stesso problema. Se mi capiterà, saprò cosa fare.

Più di recente è stato scritto da Steven Wexner che la chiave del successo nella chirurgia delle fistole retto-vaginali è poter guarire la paziente con un secondo o un terzo intervento, perché dopo il primo in metà dei casi non si risolve.

I reinterventi: nel libro si parlerà anche di questo. Così è in chirurgia, tocca essere pronti a “metterci una pezza”. Un errore o un contrattempo in gara capita a tutti, ma il buon giocatore è quello che non sbaglia il colpo di recupero.

Infine la valutazione pre- e intraoperatoria. Occorre puntare al bersaglio giusto e non trascurare le vere cause dei sintomi, altrimenti la eventuale patologia, occulta e concomitante, farà affondare la nave chirurgica, come gli scogli nascosti di un iceberg. Questo vale soprattutto, come vedrete, per i pazienti con ostruita defecazione.

Quali sono le insidie in agguato quando operiamo? Cosa possiamo fare, prima durante o dopo un intervento, per prevenire gli eventi avversi? E, una volta che ci si trova davanti alla complicanza, sia essa precoce o tardiva, come possiamo curarla?

È di questo che si parlerà nel libro che state per leggere, che ho scritto in stile colloquiale, più pratico che accademico, con molte figure e molti casi clinici illustrati e commentati. Coinvolgendovi in modo interattivo, vi descriverà alcuni interventi “in diretta”, con le manovre da fare e da non fare. Alla fine di ogni capitolo, racconterò le “complicanze memorabili” (e quelle medico-legali), perché le cose andate male sono a mio parere le più istruttive.

Mi sono posto come obiettivo quello di ridurre gli insuccessi e migliorare i risultati del vostro lavoro di ogni giorno. Spero di riuscirci.

Roma, giugno 2011

Mario Pescatori

Ringraziamenti

L'autore ringrazia per la preziosa collaborazione la segretaria Caterina De Bono e lo staff-libri della Springer-Verlag Italia, le pazientissime Antonella Cerri, Paola Capponi, Elisa Geranio e Corinna Parravicini.

Due esperte coloproctologhe (e care amiche), Paola De Nardi dell'Ospedale Universitario San Raffaele di Milano e Ines De Stefano dell'Ospedale San Luigi di Orbassano, hanno dato suggerimenti utili per il miglioramento del testo. Si ringrazia Marina Fiorino che ha gentilmente collaborato alla revisione del testo.

Infine, senza l'aiuto di molti validi collaboratori, in sala operatoria, in reparto e in ambulatorio, a Roma e altrove, non si sarebbe potuto concepire questo libro.

Citarli tutti è difficile... a loro va la gratitudine di chi l'ha scritto.

Indice

1 Ragade anale	1
1.1 Introduzione	1
1.2 Complicanze precoci e a distanza dopo sfinterotomia parziale interna	1
1.2.1 Incontinenza anale	1
1.2.2 Sepsi anale	7
1.2.3 Deiscenza della sutura	7
1.3 Trucchi del mestiere	9
1.4 Una complicanza memorabile	10
Sommario	12
Letture consigliate	12
2 Emorroidi	15
2.1 Introduzione	15
2.2 Complicanze dopo	15
2.2.1 Emorroidectomia manuale (Ferguson e Milligan-Morgan) intervento in diretta	15
2.2.2 THD (o GDHAL) e mucopessi. Doppler-laser (HELP)	20
2.2.3 Emorroidopessi con stapler (PPH)	22
2.2.4 Complicanze dopo altri interventi	35
2.3 Cura delle complicanze	38
2.3.1 Dolore	38
2.3.2 Ritenzione urinaria	39
2.3.3 Emorragia	39
2.3.4 Fecaloma	39
2.3.5 Trombosi emorroidaria esterna	39
2.3.6 Stenosi anale o rettale	40
2.3.7 Ragade anale	40
2.3.8 Ascesso o fistola	40
2.3.9 Marische	41
2.3.10 Incontinenza anale	41
2.3.11 Sepsi anale grave	42
2.3.12 Gangrena di Fournier	42
2.3.13 Complicanze particolari dopo PPH	43
2.4 Trucchi del mestiere	44
2.5 Due complicanze memorabili	47
2.5.1 La prima	47
2.5.2 La seconda	48

Sommario	49
Letture consigliate	49
3 Accessi e fistole anali	57
3.1 Introduzione	57
3.2 Emorragia postoperatoria	57
3.3 Fistola iatrogena	58
3.4 Sepsi residua persistente o precoce	59
3.5 Ferita che non guarisce e deiscenza della sutura	60
3.6 Incontinenza anale postoperatoria: come prevenirla	64
3.6.1 Messa a piatto oppure fistulectomia	65
3.7 Incontinenza anale postoperatoria: come curarla	70
3.8 Complicanze dopo chirurgia per idrosadenite suppurativa	73
3.9 Trucchi del mestiere	73
3.10 Una complicanza memorabile	77
Sommario	79
Letture consigliate	80
4 Fistole retto-vaginali	85
4.1 Introduzione	85
4.2 Complicanze più frequenti	86
4.2.1 Emorragia e dispareunia	86
4.2.2 Sepsi e deiscenza delle suture	88
4.2.3 Incontinenza fecale	89
4.3 Trucchi del mestiere	91
4.4 Una complicanza memorabile	91
Sommario	95
Letture consigliate	96
5 Cisti e fistola sacro-coccigea	99
5.1 Introduzione	99
5.2 Tipi di intervento	99
5.3 Emorragia postoperatoria	99
5.3.1 Prevenzione	101
5.3.2 Trattamento	101
5.4 Sepsi locale, deiscenza delle suture e altre complicanze	101
5.4.1 Prevenzione	102
5.4.2 Trattamento	102
5.5 <i>Sinus pilonidalis</i> associato a fistola o ascesso anale	103
5.6 Una complicanza memorabile	104
Sommario	106
Letture consigliate	107
6 Tumori del retto e dell'ano	111
6.1 Introduzione	111
6.2 Complicanze dopo TEM	111
6.3 Escissione transanale secondo Parks (intervento in diretta e complicanze)	114
6.4 Altri tipi di escissione transanale: tecniche e complicanze	115

6.4.1	La tecnica del “paracadute” di Francillon.	115
6.4.2	La tecnica del “lembo trattore” di Faivre	115
6.4.3	La trazione attraverso il rettosigmoidoscopio	116
6.4.4	La resezione con endo-stapler o con resettoscopio urologico.	116
6.5	Escissione locale non transanale: tecniche e complicanze	116
6.5.1	Tecnica di York-Mason	116
6.5.2	Intervento di Kraske	117
6.5.3	Escissione intersfinterica.	117
6.6	Complicanze dopo chirurgia per tumori dell’ano	117
6.7	Due complicanze memorabili	117
6.7.1	La prima	117
6.7.2	La seconda.	119
	Sommario	120
	Letture consigliate	120
7	Condilomi anali e stenosi anorettale	123
7.1	Introduzione	123
7.2	Complicanze dopo chirurgia per condilomi anali.	123
7.3	Complicanze dopo chirurgia per stenosi anale	126
7.4	Complicanze dopo chirurgia per stenosi rettale	128
7.5	Intervento in diretta: anoplastica, prevenzione delle complicanze	129
7.6	Trucco del mestiere	131
7.7	Una complicanza memorabile	131
	Sommario	132
	Letture consigliate	133
8	Ostruita defecazione (OD) e patologie correlate: rettocele, prolasso mucoso interno e intussuscezione rettale, discinesia addomino-pelvica, ulcera solitaria del retto	135
8.1	Introduzione	135
8.2	Le nostre complicanze rilevanti dopo chirurgia per OD	139
8.3	Complicanze postoperatorie dopo Delorme interna	141
8.4	Incontinenza anale dopo chirurgia per rettocele e prolasso mucoso interno del retto	143
8.4.1	Gli interventi	143
8.4.2	L’incontinenza anale dopo chirurgia: come si previene e come si cura	144
8.5	Complicanze postoperatorie dopo STARR e Transtar	146
8.5.1	Trattamento delle complicanze	149
8.6	Altri interventi con stapler transanale per rettocele	151
8.6.1	Suturatrice circolare	151
8.6.2	Suturatrice lineare	152
8.7	Complicanze dopo plastica di rettocele con impiego di protesi	152
8.8	Complicanze dopo interventi per discinesia addomino-pelvica	153
8.9	Se operiamo un paziente con sindrome dell’ulcera solitaria del retto	155

8.10	Due complicanze memorabili	156
8.10.1	La prima	156
8.10.2	La seconda	157
	Sommario	160
	Letture consigliate	160
9	Incontinenza fecale	165
9.1	Introduzione	165
9.2	Complicanze dopo plicatura posteriore o totale del pavimento pelvico (intervento in diretta)	165
9.3	Complicanze dopo levatorplastica anteriore	170
9.4	Complicanze dopo ricostruzione sfinteriale	170
9.5	Complicanze dopo neuromodulazione sacrale	173
9.6	Complicanze dopo gracileplastica elettrostimolata e gluteoplastica	173
9.6.1	Gracileplastica	173
9.6.2	Gluteoplastica	174
9.7	Complicanze dopo impianto di sfintere artificiale	174
9.8	Iniezione di agenti volumizzanti	175
9.9	Complicanze dopo posizionamento di fionda puborettale	176
9.10	Trucco del mestiere	176
9.11	Alcune complicanze memorabili	177
9.11.1	Le prime cinque	177
9.11.2	L'ultima	177
	Sommario	179
	Letture consigliate	180
10	Prolasso esterno del retto	185
10.1	Introduzione	185
10.2	Le nostre complicanze postoperatorie	186
10.3	Delorme-Rehn, prevenzione delle complicanze	187
10.3.1	Intervento in diretta	187
10.3.2	Complicanze postoperatorie in letteratura	190
10.4	Complicanze postoperatorie dopo intervento di Altemeier	191
10.5	Il postoperatorio di altri interventi	193
10.5.1	Rettopessi transperineale con protesi fissata al sacro e levatorplastica posteriore	193
10.5.2	Rettopessi transvaginale sacrospinosa	193
10.5.3	Prolassectomia transanale manuale e con stapler	194
10.5.4	Cauterizzazione-plicatura secondo El-Sibai	194
10.6	Una complicanza memorabile	194
	Sommario	198
	Letture consigliate	198

1.1 Introduzione

Non occorre soffermarci sulla definizione, sull'incidenza e sul trattamento conservativo. Non lo faremo neppure, salvo poche eccezioni, per le prossime patologie, daremo per scontato che lo si sappia e lasceremo così maggior spazio per il tema specifico del libro ovvero come prevenire e curare le complicanze relative alla terapia chirurgica.

Invece va detto qualcosa sulla *patogenesi*.

Alla base della ragade ci può essere un morbo di Crohn. In un nostro studio su *Diseases of the Colon and Rectum* (1995) abbiamo visto che nel 19% dei casi il morbo di Crohn fa il suo esordio con una fistola o una ragade anale. Se il paziente è diabetico o se ha una sindrome della sella turcica vuota con estroflessione dell'aracnoide e, di conseguenza, un ipopituitarismo con deficit di incremento di ormone GH, deputato alla cicatrizzazione, possiamo aspettarci che la ferita chirurgica avrà difficoltà a guarire. Per cui più piccola la faremo meglio sarà.

E va detto anche qualcosa sulla *diagnosi*.

Alla ragade può essere (più spesso) o non essere associato un ipertono anale.

Nel primo caso è ragionevole fare una sfinterotomia interna, nel secondo caso è opportuno non farla per non provocare un ipotono e quindi una incontinenza anale.

1.2 Complicanze precoci e a distanza dopo sfinterotomia parziale interna

Nella Tabella 1.1 sono riassunte le complicanze comparse a 417 pazienti dopo aver subito un intervento di sfinterotomia interna parziale.

Tabella 1.1 Complicanze precoci e a distanza dopo sfinterotomia interna parziale (da: Pernikoff et al., 1994, modificata)

Complicanze precoci	
Complicanza	N. casi
<i>Soiling</i>	30
Incontinenza ai gas	15
Sanguinamento	11
Mancata guarigione della ferita	7
Urgenza	5
Fecalomi	4
Incontinenza fecale	4
Prurito anale	2
Dolore	1
Complicanze a distanza	
<i>Soiling</i>	22
Incontinenza ai gas	14
Sanguinamento	7
Urgenza	5
Incontinenza fecale	2
Mucorrea	2
Fecalomi	2
Dolore anale	1

1.2.1 Incontinenza anale

Non a caso uso il termine di incontinenza *anale* e non *fecale*.

Dopo sfinterotomia è improbabile che si perdano feci, è possibile che si perda aria o muco, il che comunque è pur sempre fastidioso per il paziente. In genere l'incontinenza, che si verifica fino a quattro volte su dieci (quasi, il 37%), è temporanea. Più di rado permanente.

Su 111 pazienti con perdite anali dopo sfinterotomia per ragade operati alla Mayo Clinic, solo uno aveva incontinenza grave dopo un mese dall'intervento. Ma la Mayo Clinic è un posto speciale, si sa...

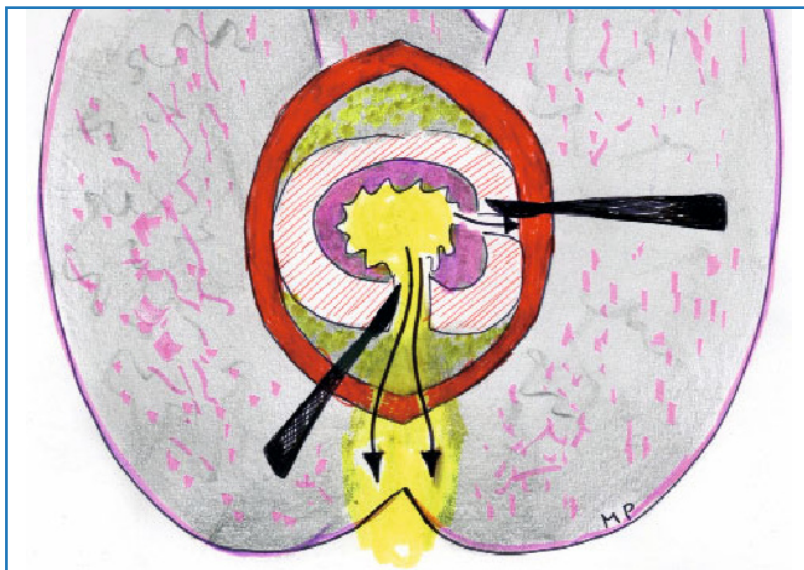


Fig. 1.1 Paziente in posizione litotomica. In caso di sfinterotomia posteriore si crea, per i rapporti anatomici tra lo sfintere interno (rosa) e la parte superficiale dello sfintere esterno (rossa), un triangolo di minore resistenza che può dar luogo a soiling di feci e di muco (freccie). Lateralmente invece, in caso di sfinterotomia interna laterale, lo sfintere interno è protetto dal contatto dello sfintere esterno. Per questo motivo la sfinterotomia posteriore interna per ragade è più a rischio di incontinenza

Per i chirurghi “normali” l’incontinenza grave post-sfinterotomia va dall’1 all’8%.

È stato un importante lavoro di Indru Khubchandani, chirurgo americano nato in India, che lavora ad Allentown in Pennsylvania, a farci aprire gli occhi su questo rischio. E a stimolare, tra l’altro, la cosiddetta “sfinterotomia chimica” con nitroglicerina, calcio-antagonisti ed altre sostanze. Nonché l’iniezione di Tossina Botulinica A nello sfintere interno. Da allora, dall’articolo di Khubchandani del 1989, si sceglie di operare solo chi ha una ragade cronica e/o non è guarito con le sostanze di cui sopra.

A fine 2010 è stato pubblicato l’abstract di uno studio condotto in UK da Conaghan e Farouk. I due chirurghi coloretali in sette anni hanno curato 462 pazienti con ragade anale con Diltiazem pomata e, nei casi che non sono guariti (84), con BOTOX e ragadectomia. In totale le recidive sono state davvero poche: 17. La maggior parte curate con fissurectomia e re-BOTOX o anoplastica. Solo in quattro casi è stata necessaria una sfinterotomia interna. Purtroppo la Tossina Botulinica A non è fornita, almeno in Italia, dal Sistema Sanitario Nazionale.

Questo è il *trend* nella ragade anale: evitare la sfinterotomia per i rischi di incontinenza. Tuttavia, solo due anni prima, una meta-analisi dei trial sul confronto fra sfinterotomia interna e BOTOX

aveva dato come risultato un’incidenza simile di incontinenza e di complicanze (Sajid et al., 2008).

In una nostra casistica pubblicata nel 2002 su *Diseases of the Colon and Rectum* è scritto che, tre anni dopo la sfinterotomia, il 13% dei pazienti soffrivano di incontinenza. Tutte, tranne uno, erano donne pluripare vaginali sopra ai 50 anni.

Questa si può quindi considerare una categoria a rischio.

Si tratta di donne con un perineo discendente e con lesioni occulte da parto dello sfintere esterno, visibili all’ecografia perineale o transanale con sonda rotante.

In questi casi, per prevenire l’incontinenza, è opportuno fare una sfinterotomia “di minima” anziché “standard” ovvero non estendere l’incisione dello sfintere interno fino alla linea dentata, ma limitarla all’estensione della ragade. È anche opportuno avvertire la paziente dei rischi che corre prima di farle firmare il consenso informato.

L’incontinenza può dipendere dal *tipo* di sfinterotomia interna?

Sì, certo. È maggiore dopo sfinterotomia posteriore (Poisson, 1977; Orsay et al., 2004). Per un motivo anatomico: posteriormente fra lo sfintere interno e quello esterno vi è un triangolo di debolezza costituito da tessuto lasso, che può essere sede di *soiling* (Fig. 1.1). Lateralmente invece lo sfintere esterno poggia direttamente su quello

Tabella 2.1 Disturbi della continenza dopo sfinterotomia laterale interna

Autore	Anno	N. casi	Follow-up (mesi)	% Disturbi della continenza
Khubchandani	1989	1355	NR	35
Pernikoff	1994	500	72	9*
Kanellos	1998	27	23	38**
Farouk	1998	183	2	2
Nyam	1999	585	72	45
Hasse	2004	209	>3	21
Hyman	2004	35	1,5	8,6°
Parellada	2004	27	24	45^
Casillas	2005	298	51	7
Mentes	2005	244	12	1
Garcia-Granero	2009	140	21	29
Hancke	2010	30	70-94	47+

NR, non riportato.

*Incontinenza alle feci 0,5%.

**Incontinenza alle feci 5%, metà dei pazienti hanno subito anche emorroidectomia.

°Solo nel 2,9% è stato trovato un deterioramento della qualità della vita.

^Soiling fecale e gas, nessuna incontinenza importante a feci liquide o solide.

+Tutti a flati e muco.

interno e tende a fare da barriera contro eventuali perdite. La sfinterotomia posteriore inoltre sembra dare più dolore e più lenta guarigione della ferita (Abcarian, 1980).

L'incontinenza (semplice *soiling* comunque), secondo alcuni è anche maggiore dopo sfinterotomia chiusa di Notaras (Arroyo et al., 2004 e Wiley et al., 2004). La ragione potrebbe essere che col metodo chiuso si controlla meno bene l'estensione della sfinterotomia e si tende a farla più lunga. Le complicanze sono invece simili come incidenza secondo Altomare e coll. (2005), che hanno confrontato il metodo aperto con quello chiuso. Lo stesso Wiley, già citato, riporta tre complicanze dopo sfinterotomia aperta (un caso di sepsi e due di dolore) e una sola (dolore) dopo sfinterotomia chiusa.

Vediamo una panoramica sugli effetti della sfinterotomia interna sulla continenza, per capire come mai dei chirurghi pensano che non sia più questo il *gold standard* per la chirurgia della ragade anale e alcuni (ad esempio i due inglesi Conaghan e Farouk) arrivano a farla solo nel 2% dei loro pazienti (Tabella 2.1).

Sono dati che, per certi versi, lasciano perplessi. Proprio il già citato Farouk, quello che ora non fa quasi mai la sfinterotomia interna, ha avuto solo il 2% di incontinenza.

Due autori di istituzioni importanti (uno è della Mayo Clinic), entrambi con molti casi, entrambi con anni di follow-up, riportano dati estremamente discordanti: 8% e 45%.

È chiaro che c'è incontinenza e incontinenza: una cosa è "perdere" un po' d'aria ogni tanto, una cosa "non tenere" le feci. C'è sfinterotomia e sfinterotomia: è diverso tagliare lo sfintere fino alla linea dentata o oltre oppure tagliare solo per l'estensione della ragade, come fa il turco Bulent Mentes, che infatti ha solo l'1% di incontinenza.

In questo senso è ottimo lo studio degli spagnoli Garcia-Granero e coll. (2009): evidenziano delle percentuali di incontinenza in rapporto all'estensione della sfinterotomia misurata con l'ecografia transanale. E ancora: un conto è sezionare lo sfintere interno a chi ha ipertono anale, un conto sezionarlo a chi è già incontinente. C'è poi follow-up e follow-up: i risultati possono variare a seconda che lo faccia lo stesso chirurgo che ha operato i pazienti, oppure un altro.

Infine, c'è paziente e paziente. Se ci limitiamo a fare la sfinterotomia interna a un soggetto con ipertono, ma senza chiederci se è un paziente introverso, ansioso, teso, contratto è probabile che il suo stato psico-neuro-muscolare provochi una persistenza o recidiva dello spasmo anale. Il che, unito alle feci dure, a lungo intrappolate in

un sigma anch'esso spastico, può causare la recidiva della ragade. Questi concetti supportati da osservazioni obiettive della nostra psicologa, sono stati inseriti nel capitolo da noi scritto sulla ragade (Pescatori e Mattana) nel libro di Coloproctologia della Springer-Verlag promosso dalla Società Europea (2008). Ebbene, in fase di bozza, gli Editors, pur ottimi, hanno ritenuto di cancellare completamente le annotazioni sulla psicosomatica nella ragade. Ciò dimostra quanto poco si creda all'approccio olistico. In una nostra pubblicazione (Miliacca et al., 2009) si parla del test del disegno della famiglia che consente di individuare i soggetti che hanno un pattern psicologico a rischio, diverso dai soggetti senza lesioni proctologiche. Il test è molto semplice e utile, ben accettato dai pazienti. Il lettore potrebbe approfondire questo aspetto affascinante della proctologia.

Per tornare dunque all'incontinenza dopo sfinterotomia interna, i numeri della tabella vanno letti criticamente e, per approfondire, si dovrebbe avere la pazienza di consultare i singoli articoli.

Quello che ci potrebbe dare il senso reale del problema è lo studio della qualità di vita, ma pochi di questi studi lo hanno considerato.

Nella mia esperienza, l'incontinenza dopo sfinterotomia, fatta solo nei casi con ipertono e fatta molto spesso in maniera calibrata in base alla manometria, non è un problema rilevante (Pescatori et al., 1991, 5% di incontinenza; Rosa et al., 2005, 0,4%). Con una sfinterotomia "su misura" non si rischia più di tanto.

È bene comunque saper fare interventi alternativi.

Prima di parlare dei più usati, vorrei ricordarne uno nuovo proposto di recente da un gruppo italiano (Lolli et al., 2010): l'infiltrazione di tessuto adiposo centrifugato, allo scopo di stimolare la rigenerazione tissutale sulla base del fatto che nel grasso vi sono cellule staminali. Otto pazienti sono stati così trattati senza complicanze se si eccettua un modesto ematoma nella sede del prelievo di grasso, l'ipogastrio, in due pazienti.

Veniamo ora ad una frequente alternativa alla sfinterotomia interna: l'escissione della ragade con anoplastica.

Secondo Hancke e coll. (2010), questo intervento va fatto di routine per ridurre al minimo i rischi di incontinenza.

Sul farlo di routine non sono d'accordo: è vero che non ho avuto nessun caso di incontinenza dopo 21 casi di ragadectomia e anoplastica, ma tre volte ho avuto un altro problema: la deiscenza parziale della ferita. E i miei erano tutti pazienti senza ipertono. Dubito che, senza sfinterotomia (o almeno iniezione di BOTOX®), non si abbia recidiva a lungo termine della ragade nei casi con ipertono anale.

Un gruppo francese (Bouchard et al., 2010), su 217 pazienti con ragadectomia e anoplastica e 60 solo con escissione della ragade, hanno avuto come complicanze tre infezioni, tre ritenzioni urinarie e un fecaloma. Davvero poche. Non riportano deiscenze, ma è solo un abstract...vedremo se uscirà il lavoro per esteso, e su quale rivista. Lo cito perché è la più ampia casistica di anoplastica per ragade anale, almeno che io sappia. Gli autori dicono anche che i casi con guarigione più rapida della ferita sono quelli che hanno avuto, oltre alla ragadectomia, anche l'anoplastica.

Un trattamento alternativo, prudente per la continenza, è l'associazione tra escissione della ragade e "sfinterotomia chimica", ad esempio col Diltiazem, un calcio antagonista, per via topica. Questo in alternativa alla ragadectomia e iniezione di BOTOX®. Arthur e coll. (2008) hanno confrontato i due metodi e hanno visto, col secondo, due casi di incontinenza, ma lieve e temporanea.

Un report sull'effetto della ragadectomia e anoplastica sulla continenza, nei pazienti senza ipertono anale, è stato pubblicato da Patti e coll. nel 2010 e riguarda 16 donne che non avevano risposto alla terapia conservativa. Cinque di esse hanno avuto "perdite" di aria o di muco per due mesi dopo l'intervento (ma una era già incontinente prima). Dopo un anno solo due di esse avevano ancora disturbi. L'operazione dunque, in questo senso, non ha fatto danni gravi.

Da notare che tutti gli autori che asportano la ragade asportano anche la papilla ipertrofica, quando c'è (Fig. 1.2). È stato l'indiano Gupta a concludere, dopo un trial prospettico pubblicato su Techniques in Coloproctology nel 2003, che asportando la papilla ipertrofica si hanno maggiori possibilità di guarigione, anche se si fa la sfinterotomia interna. Asportare la papilla estende di poco la ferita chirurgica, ma serve e va fatto. Altra cosa è l'emorroide "sentinella" che, secondo Mann del



Fig. 1.2 L'asportazione della papilla anale ipertrofica (*rossa*) prossimale alla ragade cronica (*tratteggiata*), alla rima anale e all'emorroide. Marisca "sentinella" (*bluistra*). Il paziente è in posizione litotomica ed è stato inserito un divaricatore anale

St. Mark's Hospital, non va asportata poiché darebbe più dolore (1981).

Se volete avere un quadro più rigoroso, basato sulla letteratura, di quale siano i rischi intervento per intervento, consultate, su *Diseases of the Colon and Rectum*, le linee-guida della società americana (ASCRS) primo nome Perry (2010).

Altri chirurghi americani di Atlanta, evitano la sfinterotomia interna per non rischiare l'incontinenza (Pelta et al., 2007). In oltre 100 pazienti hanno eseguito soltanto una messa a piatto del piccolo tramite in corrispondenza della ragade e hanno asportato la papilla ipertrofica. Dopo un anno, tre recidive e nessun cambiamento della continenza pre-operatoria.

Detto questo... i lettori si chiederanno "ma allora, con questo spettro dell'incontinenza, non potrò mai più fare con tranquillità una sfinterotomia per ragade?"

Najarian e coll. (autori esperti, del gruppo Billingham, USA) nel 2005, dopo un'inchiesta condotta tra i chirurghi coloretali americani, scrivono: "Il tipo di incontinenza anale più frequente dopo sfinterotomia interna per ragade è quella ai gas; la perdita di feci liquide o solide avviene solo nel 2% dei casi. L'incontinenza dopo sfinterotomia è rara". È solo un abstract, ma il titolo è rassicurante per i proctologi che non vogliono cambiare: "Paura, fatti o credenze, il mito dell'incontinenza dopo sfinterotomia".

Un altro studio che tende a tranquillizzarci viene dall'Australia ed è stato presentato al congresso americano ASCRS cinque anni dopo (McMurrick et al., autore anziano il noto Polglase, 2010). Su 228 pazienti operati con sfinterotomia nessuno ha avuto un'incontinenza permanente. Lo studio è abbastanza attendibile, più di quello di Billingham sopra citato, perché più pazienti, il 70%, hanno risposto al questionario degli autori.

Cosa fare se si instaura un'incontinenza?

È bene aspettare. Come si diceva, spesso il problema è temporaneo.

Se permane, le possibilità sono due: a) iniettare agenti volumizzanti, come PTQ o Solesta o Coaptite o Durasphere nel deficit dello sfintere interno; b) effettuare una elettrostimolazione transanale (anche a domicilio) o del nervo tibiale posteriore. È molto raro che si debba eseguire una sfinteroplastica. In questo caso è possibile ricostruire solo lo sfintere interno o, se è il caso, anche quello esterno.

Torniamo all'ipertono anale pre-operatorio. Come valutarlo?

L'ideale è poter fare una manometria anorettale e registrare la pressione nel canale anale, il cosiddetto tono di base, che per l'80% è dovuto allo sfintere interno, quello che andremo a sezionare parzialmente. Se si ha un ecografo con sonda rotante e non un poligrafo si può misurare il diametro dello sfintere

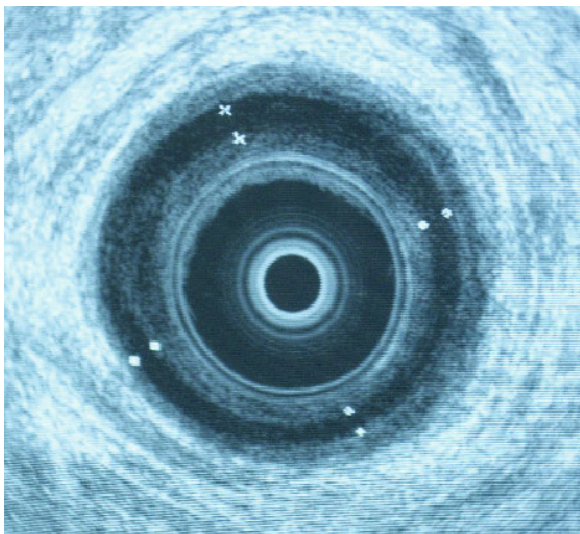


Fig. 1.3 Misura dei diametri dello sfintere interno (anello ipoecogeno) con ecografia transanale con sonda rotante. Due dei quattro diametri sono inferiori a 2 mm: lieve ipertono. Il paziente ha una ragade recidiva

interno. Se inferiore a 2 mm vuol dire che è ipertonico (Fig. 1.3). Tenendo presente che questo parametro diventa aleatorio se il paziente non è giovane e non ha stipsi da ostruita defecazione. Sappiamo infatti che, con l'età e con gli sforzi defecatori prolungati, lo sfintere interno si ispessisce, per cui il rapporto diametro-spasmo è meno attendibile.

Infine, se non si ha né il poligrafo né l'ecografo, basiamoci sul nostro dito indice.

Con una attenta esplorazione rettale, lo abbiamo dimostrato in un nostro studio prospettico su *International Journal of Colorectal Disease* nel 1996, è possibile diagnosticare in modo attendibile l'ipertono anale.

Riassumendo: sfinterotomia standard in caso di ipertono marcato, sfinterotomia di minima in caso di ipertono lieve o di paziente a rischio (non solo le pluripare anziane ma anche i pazienti con diarrea o quelli già operati all'ano) nessuna sfinterotomia in caso di soggetti con normotono.

Che intervento faremo in quest'ultima categoria di pazienti?

Ci sono due opzioni: a) escissione della ragade e anoplastica; b) escissione della ragade e iniezione di Tossina Botulinica A. In entrambi i casi, lo ripeto, senza sfinterotomia interna.

Attenzione a non sezionare, anziché lo sfintere

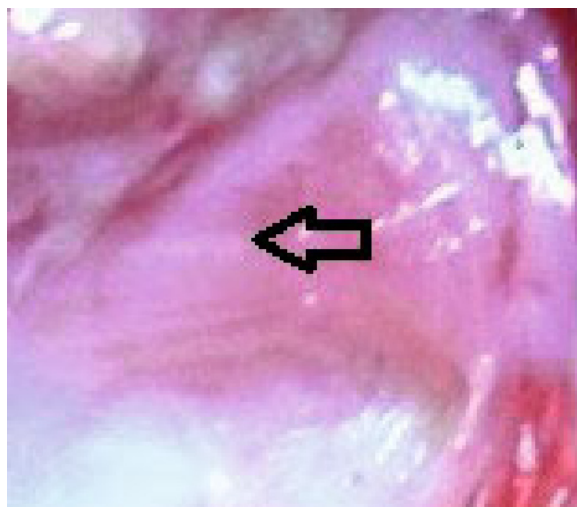


Fig. 1.4 In una donna pluripara e/o anziana, con neuropatia del pudendo e distrofia degli sfinteri, la porzione distale dello sfintere esterno può essere pallida come quello interno e indurre il chirurgo a un errore. Sono stati osservati diversi casi in cui anziché una sfinterotomia interna è stata eseguita una sezione della parte sottocutanea dello sfintere esterno

interno, la parte sottocutanea dell'esterno. È possibile sbagliarsi. Voi direte: “Ma come!? Lo sfintere interno è biancastro, quello esterno è rosa!” Vero, ma fino a un certo punto: nelle donne anziane pluripare o stitiche o comunque con neuropatia del pudendo lo sfintere striato, specie nella porzione distale, è distrofico e quindi diventa pallido, come quello liscio o quasi (Fig. 1.4). Ci si può confondere. Lo dimostra uno studio ecografico del St. Mark's Hospital: alcuni dei pazienti sottoposti a sfinterotomia interna (nelle intenzioni del chirurgo) mostravano in realtà una sezione della parte sottocutanea dello sfintere esterno.

Infine: ha ancora un ruolo la *divulsione anale*, intervento usato per decenni e che ancora qualcuno fa?

Nel 1976, in Inghilterra, andai a visitare l'Ospedale di Sheffield dove operava il Professor Duthie, credo il chirurgo più veloce che io abbia mai visto (una “Billroth 2” in tre quarti d'ora... comunque era anche molto bravo). A fine seduta misero sul tavolo operatorio un paziente con una ragade anale e gli vidi fare un'energica divulsione con quattro dita nell'ano. Questo intervento ora è stato abbandonato dagli specialisti perché può provocare incontinenza fino al 50% dei casi (Jensen et al., 1984). Speakman e coll. hanno dimostrato evi-

denti lesioni all'ecografia transanale dopo la divulgazione (1991).

Io l'ho fatta due volte in vita mia. Ho valutato invece con il collega Luigi Brusiano (e poi pubblicato su *Diseases of the Colon and Rectum*, primo nome Renzi nel 2005) casi andati bene dopo dilatazione pneumatica, sulla quale hanno riferito positivamente anche Walfish e Silberstein (1998) e Boschetto e coll. (2004). Ma gli inglesi Collins e Lund (2007) sono piuttosto scettici sugli effetti positivi del palloncino. Qualche esperto, come per esempio Giuseppe Dodi, sostiene una versione "gentile" della divulgazione, la digitoclasia, fatta con delicatezza usando due dita, anche in ambulatorio dopo anestesia locale. Non scorre sangue, non restano ferite e il paziente può andare subito a casa.

Una cosa è certa: non è da fare una divulgazione anale nei pazienti a rischio, quelli con sfinteri defecatori.

1.2.2 Sepsi anale

Tanto per cominciare, escludiamo che vi sia una sepsi anale pre-chirurgica.

Esistono anche le ragadi ascessualizzate e vanno diagnosticate prima o durante l'intervento in modo da drenare adeguatamente l'ascesso.

Se il paziente è immunodepresso, se è diabetico, se non cura l'igiene anale, se la cicatrizzazione della ferita chirurgica rallenta... si può formare un ascesso, in genere intersfinterico basso laterale sinistro, o perianale, ed eventualmente una fistola (Fig. 1.5). In tal caso: cicli di antibiotici, curettage della ferita in ambulatorio o, se necessario, un reintervento.

La sepsi potrebbe dipendere anche dalla tecnica usata.

Se facciamo la prima incisione nella parte bassa del canale anale anziché sulla rima anale o sulla cute perianale o ancora se nel fare una sfinterotomia chiusa tagliamo la mucosa del canale anale, sarà più difficile per il paziente mantenere pulita e disinfettata con i semicupi una ferita "interna" all'ano.

Se non facciamo bene l'emostasi si può formare un ematoma che poi può infettarsi.

Se dopo la sfinterotomia suturiamo completa-

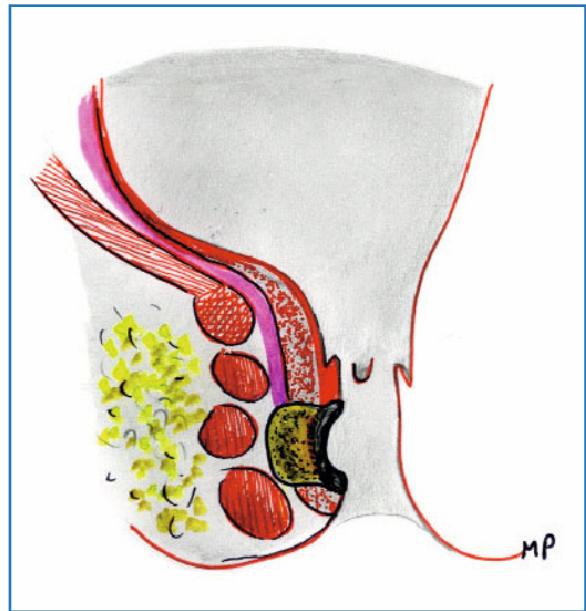


Fig. 1.5 Ragade anale ascessualizzata

mente la ferita chirurgica potremmo facilitare l'insorgenza di sepsi endoanale.

E dopo anoplastica? La sepsi è frequente?

Potremmo aspettarcelo, essendoci ferite suturete nel canale anale. Ma il problema è marginale: due su 16 pazienti nell'articolo di Patti e coll., di cui prima si è parlato, nei quali la plastica era stata fatta con un lembo cutaneo di scivolamento; solo tre su 54 pazienti (deiscenza da presumibile sepsi) in una casistica di Chambers e coll. (2010) dopo anoplastica Y-V.

1.2.3 Deiscenza della sutura

In riferimento alla sutura della ferita perianale.

Se abbiamo messo dei punti e cedono, poco male, è comunque una piccola ferita (meglio farla di 1-2 cm, non di più) e guarirà per seconda intenzione. L'unico accorgimento è usare del catgut (ma spesso è fuori commercio) o del Vicryl Rapid, che possa cedere facilmente se al di sotto si crea una sepsi, in modo da permettere che si drena. È dimostrato da Nelson (2005) che, tra le ferite che si fanno per la ragade, la ferita da sfinterotomia laterale interna è quella che guarisce meglio e più in fretta. L'incisione della sfinterotomia cicatrizza con maggiore difficoltà se eseguita posteriormen-

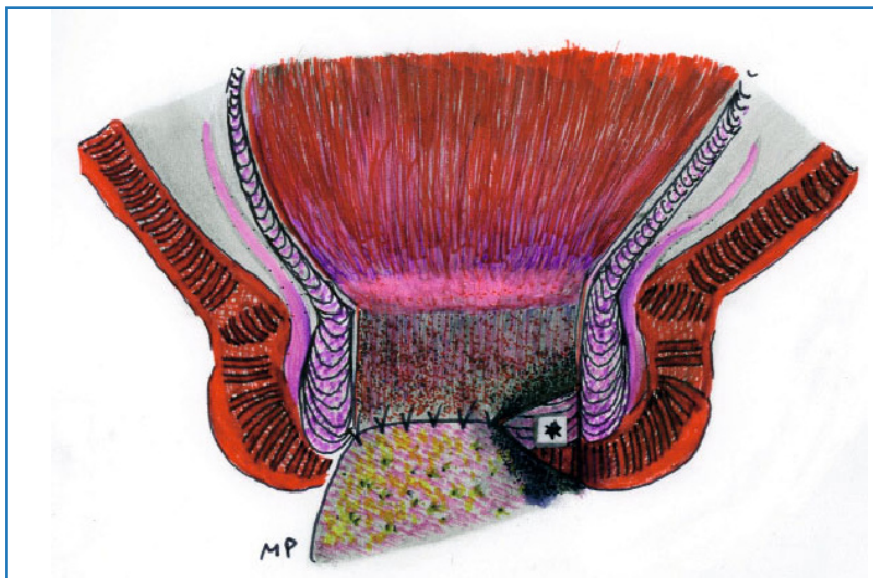


Fig. 1.6 Parziale deiscenza di anoplastica cutanea (*) dopo escissione di ragade cronica senza ipertono anale. *In rosa* l'anello anoretale. Si osserva il distacco del lembo cutaneo dall'epitelio del canale anale alto, che lascia scoperte le fibre degli sfinteri sottostanti

te, nell'area meno vascolarizzata (Saad e Omer, 1992).

Mi riferisco ora invece alla sutura del lembo mucoso o più spesso cutaneo, quello dell'anoplastica.

Una piccola deiscenza a questo livello a me è capitata, come ho scritto prima, tre volte su 21 pazienti. Per fortuna è sempre stata di lieve entità, due o tre punti, e non vi sono state conseguenze importanti, se non un ritardo nella guarigione (Fig. 1.6). Non si è mai cronicizzata la ferita, non si è riformata la ragade.

Lo stesso problema è capitato a due delle 16 pazienti di Patti e coll. (già citati), nessuna ha dovuto però subire un reintervento. È stato invece rioperato uno dei tre pazienti con deiscenza di Chambers e coll., descritti a proposito della sepsi.

Un lavoro inglese, di Cundall e coll. (2003) propone l'ossigeno iperbarico per la cura dei pazienti la cui ferita non si è cicatrizzata dopo trattamento medico o chirurgico.

La modalità con cui si esegue l'anoplastica può influire sul rischio di deiscenza?

Direi di sì, anche se non sono a conoscenza di trial randomizzati. Diversi autori sottolineano di non avere usato l'elettrobisturi per preparare il lembo di cute, di non averlo ricavato dalla commissura posteriore (la *midline* è meno vascolarizzata), di aver asportato il tessuto fibrotico sotto-

stante (per costruire la sutura su tessuto vitale). Sono gli elementari principi della chirurgia plastica e li seguo anch'io.

Una manovra utile che usano alcuni colleghi, come la dottoressa De Nardi, è fare delle piccole incisioni orizzontali, con la punta del bisturi freddo, a circa un centimetro al di sotto della base del lembo, per allentarne la tensione.

Stenosi anali non ne ho avute, ma sono descritte. È questo il pericolo se la deiscenza è ampia.

In caso di ferita persistente è bene prescrivere dei cicatrizzanti, come VEA olio base o Colostrum o Vulnamin o Abound o Cicatrene o Fitostimoline. Se la ferita si accompagna a ipertono anale, il che rischia di rallentarne o impedirne la guarigione, è bene contrastare l'ipertono con Antrolin, calcio-antagonista e analgesico, o con Rectogesic, nitroglicerina. Queste sono pomate per uso topico. Oppure con Dermatrans e analoghi, cerotti che liberano nitrati, vasodilatano e rilasciano lo sfintere appunto. Da non dare a pazienti ipotensi o che prendono vasodilatatori o che sono in gravidanza. Effetto collaterale: cefalea. Più di rado lipotimia. In una paziente, nella mia esperienza, forte sensazione di "bruciore" alla schiena.

In caso di ipertono e substenosi utili i dilatatori anali, come il Dilatan della Sapimed.

Le deiscenze della sutura sono più frequenti nei soggetti con diabete e morbo di Crohn.

1.3 Trucchi del mestiere

Questo è il primo paragrafo dei “trucchi del mestiere”.

Mi scuso in anticipo con voi se ve ne descriverò alcuni che già conoscete o che vi sembrano banali.

Sulla rivista *Techniques in Coloproctology* (www.springerlink.com) c'è una rubrica alla quale potrete mandare i vostri trucchi. Si intitola *Tricks of the trade*.

Torniamo alla ragade anale.

1. Come eseguire la sfinterotomia interna riducendo al minimo i rischi di sanguinamento intraoperatorio: invece di sezionare il muscolo con le forbici o con la punta dell'elettrobisturi, poggiate sul bordo distale dello sfintere la punta delle pinze (pinze non a punta molto sottile) e poi dite alla strumentista di toccare le pinze con l'elettrobisturi. La sezione del muscolo avverrà gradualmente senza o con minimo sanguinamento (Fig. 1.7).
2. Sempre a scopo di emostasi, se, dopo aver fatto la sfinterotomia interna, i margini sezionati dello sfintere sanguinano, non vi accanite coagulando, perché potreste causare ischemia, necrosi e ulcerazione dell'epitelio del canale anale e avere poi una ferita endoanale, che cicatrizza con maggiore difficoltà. Provate prima a

tenere compressa con un dito l'area sanguinante e a infiltrare adrenalina, con o senza ago.

3. Se la ragade è profonda e ha i bordi callosi e di consistenza dura, se temete che un semplice curettage non sia sufficiente ad asportarla, se temete che vi possano essere delle cellule neoplastiche, allora deciderete di asportarla con forbici o elettrobisturi e, se opportuno, fate l'esame istologico.

Ebbene, se il paziente ha un ipertono o comunque se avete deciso di fare una sfinterotomia interna, evitate se potete di farla lateralmente come è d'uso, perché in tal modo avrete una seconda ferita chirurgica e la convalescenza, con due ferite anali, sarà meno facile. In questi casi io faccio una sfinterotomia posteriore, dove c'è già la ferita della ragade escissa e dove lo sfintere interno è stato già esposto. Poi uso “coprire” la ferita con una anoplastica secondo Arnoux o secondo Martin, abbassando appena la mucosa del retto distale. O meglio ancora, per non rischiare l'ectropion mucoso, abbasso l'epitelio della parte prossimale del canale anale, in modo da coprire la breccia chirurgica.

È bene fare la piccola plastica perché, come ho scritto prima, posteriormente c'è un triangolo di minore resistenza e ci potrebbe essere del *soiling*. Questo “trucco” è particolarmente consigliabile in caso di morbo di Crohn o di diabete, perché



Fig. 1.7 Diatermocoagulazione trasferita alla pinza che esegue una sfinterotomia laterale interna “emostatica”. La coagulazione diretta può far sanguinare il muscolo con la punta dell'elettrobisturi