

# PELVIPERINEOLOGIA

RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

*Comitato editoriale*

Urologia **Salvatore Siracusano**  
Ginecologia **Luisa Marcato**  
Andrologia **Andrea Garolla**  
Colo-Proctologia **Simona Ascanelli**  
Imaging **Vittorio Piloni**  
Fisiatria **Elena Maccagnan**  
Microbiologia **Ulla Fronzoni**  
Nutrizione **Stefano Sbrignadello**  
Psicologia **Alessia Carsughi**  
Sessuologia **Stella De Chino**  
Riabilitazione **Loredana La Torre**  
Statistica **Carlo Schievano**  
Storia della Coloprocto-pelvi-perineologia  
**Mario Pescatori**  
Editore Direttore resp. **Giuseppe Dodi**

*Collaborazione con*

**Società Monitoraggi Interdisciplinari  
in PelviPerineologia**  
**Società Italiana di Pelvi-perineologia  
e di Urologia Femminile e  
Funzionale**  
**Integrated Pelvis Group**  
**Associazione Italiana  
di Ginecologia Estetica e Funzionale**  
**Club Amici della Proctologia  
e Perineologia**  
**Federazione Italiana Incontinenti  
e Disfunzioni del Pavimento Pelvico**  
**AisFinVeneto**

www.pelvi-perineologia.it

## Indice

- 3 **Novità nel Comitato editoriale e nell'Aistom-Fincopp Veneto**  
G. DODI
- 4 **Mezzo secolo di pelvi-perineologia** M. PESCATORI
- 5 **Trattamento chirurgico del prolasso rettale interno associato  
a ostruita defecazione: prolassectomia transanale o rettopessi  
ventrale laparoscopica?**  
S. ASCANELLI, L. CHIMISSO, G. SANTANDREA ET AL.
- 11 **Spesso ignorate in Italia alcune raccomandazioni delle linee guida  
della Società Americana di Chirurgia Colo-Rettale (ASCRS)  
per la gestione delle emorroidi sintomatiche**  
G. DODI, M.P. DI SILVESTRO
- 14 **Robert Capa: lui e il suo mondo** S. BERTELLI
- 16 **L'incontro AisfinVeneto di Rovigo, ospedale - medicina del territorio  
- assistiti: gli squilibri del pavimento pelvico** A. LEGNARO
- 17 **Continenza o incontinenza? Questo è il problema!  
AisFinVeneto incontra la cittadinanza a Venezia** S. VEDOVETTO

Leda e il cigno - Leonardo da Vinci, 1510

Redazione:  
info@espodesign.it

Stampa:  
Pixartprinting S.p.A.

Euro 12,00

Trimestrale di informazione scientifica  
registrato al Tribunale di Padova n. 741 (23-10-1982 e 26-5-2004)



# pelviprost<sup>®</sup> somatico

Co-ultramiconizzato (10:1)

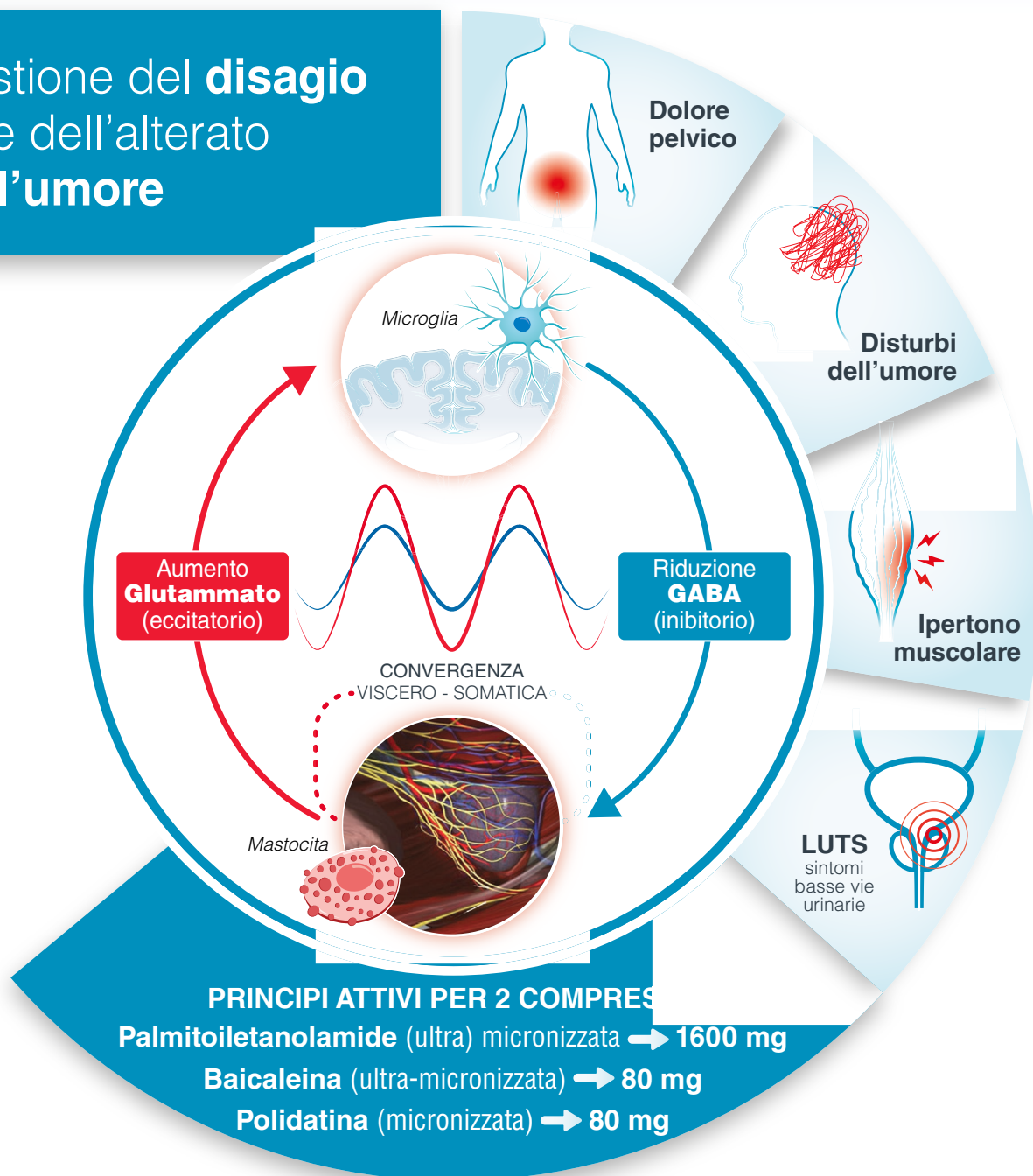
**Palmitoiletanolamide/Baicaleina** (400 mg + 40 mg)

Co-miconizzato (10:1)

**Palmitoiletanolamide/Polidatina** (400 mg + 40 mg)

## Formula brevettata

Nella gestione del **disagio pelvico** e dell'alterato **tono dell'umore**



Pelviprost<sup>®</sup> somatico  
Confezione 20 compresse  
in farmacia

## Novità nel Comitato editoriale e nell'Aistom-Fincopp Veneto

GIUSEPPE DODI

Editore *Pelviperineologia*

In questo primo numero del 2025 compaiono nuove sezioni del Comitato Editoriale: Nutrizionistica, Psicologia, Storia della Coloprocto-pelviperineologia e la sezione del Paziente Esperto.

Si occupa della *Nutrizionistica* il biologo *Stefano Sbrignadello*, ricercatore del CNR presso l'Istituto di Neuroscienze di Padova, interessandosi di clinica e ricerca in campo nutrizionale e metabolico con focus su disordini metabolici, composizione corporea e applicazioni alle neuroscienze. *Mario Pescatori*, da sempre collaboratore del giornale, cura la sezione *Storia della Coloprocto-pelviperineologia*; al riguardo segue un suo editoriale dedicato a questo tema. Pescatori è presidente onorario della Società Italiana di Chirurgia Colo-Rettale, ha pubblicato libri e articoli di colonproctologia. Membro dell'editorial board di riviste internazionali, oltre che chirurgo fantasioso è versatile scrittore di graphic-novel e poesie, ha fondato le Unità di Colonproctologia nel 1992 e la rivista internazionale *Techniques in Coloproctology*. *Alessia Carsughi* è specializzata in *Psicologia* clinica e di comunità e in *Psicoterapia cognitivo-comportamentale* con particolare interesse su dipendenze, disturbi psicosomatici e funzionali correlati o meno ai disturbi di personalità, e sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, condizioni che gestisce con una profonda esperienza nella prima struttura residenziale della Regione Marche, Villa Oasi di Ancona. La fisiatra *Elena Maccagnan*, specialista in Medicina fisica e riabilitativa, esercita la sua attività nell'Ospedale di Feltre-Lamon (Belluno) dove, con la collaborazione di fisioterapisti specializzati, è stato istituito un percorso riabilitativo dedicato alle problematiche pelvi-perineali e al loro trattamento conservativo attraverso l'esercizio fisico, anche supportato da terapie strumentali.

La sezione del *Paziente Esperto* è molto speciale e rappresenta un'iniziativa editorialmente coraggiosa. Coinvolge

*Martina Santagiuliana* in un duplice profilo: è una giovane paziente affetta da malattia infiammatoria intestinale, molto attiva socialmente, per cui si definisce una "guerriera combattente", con un importante seguito di persone interessate a temi e problemi che presenta, discute e per cui propone soluzioni ed è vicepresidente di AisFinVeneto il cui logo è stato vivacizzato per suo consiglio. L'inserimento di una "paziente esperta" nel comitato editoriale offre una prospettiva utile al dibattito scientifico e clinico e favorisce un approccio inclusivo capace di coniugare la dimensione medica con l'esperienza diretta di chi vive quotidianamente le patologie. Questo promuove un linguaggio più accessibile con sensibilizzazione su temi spesso trascurati sui quali poi, con gli articoli scientifici, si può scendere in dettaglio.

Tra le società scientifiche di cui è portavoce *Pelviperineologia*, online open access e cartaceo, figura ora anche l'associazione *AisFin*, sintesi veneta tra *Aistom* e *Fincopp*. È un riconoscimento del ruolo centrale che le associazioni di pazienti e di volontariato possono avere nella ricerca e nella divulgazione scientifica e rafforza il legame tra mondo accademico e clinico e quello dell'esperienza diretta dei pazienti, favorendo una visione più ampia e multidisciplinare delle problematiche pelviperineali. Si migliora così il dibattito con una maggiore sensibilizzazione su temi come la qualità di vita, la gestione delle patologie croniche e il supporto psicologico con una divulgazione più accessibile e inclusiva non solo tra specialisti, ma anche tra pazienti, accidentati e la società in generale. È dunque un passo significativo verso una medicina partecipativa dove la collaborazione è la chiave per migliorare ricerca, comunicazione e assistenza nel campo della pelviperineologia.

Corrispondenza  
giuseppe.dodi@unipd.it

### Notiziario AisFinVeneto 1 2025

**Cos'è l'AisFinVeneto?** È un'associazione regionale di volontariato che dal 2024 fonde in un'unica entità la missione e la visione dell'*Aistom* e della *Fincopp* nazionali. Il tema comune è rappresentato dall'incontinenza stomale, urinaria e anale legate a malattie infiammatorie, oncologiche, traumi, invecchiamento e inquadrate nelle patologie pelviperineali.

**Chi coordina l'AisFin?** Il consiglio direttivo e il comitato scientifico composti da pazienti, tra cui il presidente e la vicepresidente dell'associazione, medici, fisioterapisti, stomaterapisti e accidentati.

**Quali scopi si prefigge l'AisFinVeneto?** L'associazione si propone di aiutare a risolvere o alleviare le conseguenze della disabilità provocata dall'incontinenza urinaria e anale, dalle stomie e dalle conseguenze delle malattie infiammatorie croniche intestinali, oncologiche, ecc, sia in ambito personale che familiare e lavorativo.

**In cosa consistono le principali iniziative?** L'AisFinVeneto programma ogni anno una serie di riunioni provinciali dove i volontari, gli iscritti, i pazienti, i professionisti della sanità e tutte le persone interessate possono esprimere le loro esigenze e



le loro potenzialità.

**Qual'è il modello di questi incontri?** Professionisti competenti nell'ambito del pavimento pelvico (urologo, ginecologo, gastroenterologo, chirurgo coloretale/proctologo, fisiatra, fisioterapista, stomaterapista, nutrizionista, psicologo/sexuologo, anestesista/terapeuta del dolore) con interventi di 10-15 minuti sempre seguiti da 5 minuti di discussione, presentano temi di interesse medico e organizzativo locale, intervallati da testimonianze dirette di pazienti.

**Cosa si è fatto nel primo anno di vita dell'AisFinVeneto?** Nel corso del 2024 abbiamo organizzato incontri a Padova/Piove di Sacco, Rovigo, Vicenza, Treviso e Belluno/Feltre con una buona affluenza di pazienti e di professionisti della salute.

**Nell'anno in corso quali sono i programmi?** I principali eventi in programma sono le riunioni che si svolgeranno a **Venezia 21**

Marzo, **Verona** 23 Maggio, **Padova-Piove di Sacco** 24 Maggio, **Chioggia** 6 Giugno, **Treviso** 20 Settembre, **Vicenza** 18 Ottobre, **Belluno-Feltre** 25 Ottobre, **Castelfranco (TV)** 14 Novembre, **Mestre** 6 Dicembre.

**Come partecipare alle attività dell'AisFinVeneto?** Contribuendo al supporto dell'associazione attraverso il dialogo, l'informazione, l'abbattimento dei tabù; iscrivendosi e diffondendo valori e programmi nei "luoghi" di ritrovo, materiali e virtuali: riunioni, sito ([www.aisfinveneto.it](http://www.aisfinveneto.it)), reti sociali virtuali e il giornale a libero accesso ([www.pelviperineologia.it](http://www.pelviperineologia.it))

**Il supporto economico?** Iscrivendosi all'associazione rappresenta un contributo essenziale: la quota è di € 35 all'anno. I soci riceveranno ogni tre mesi questo notiziario aggiornato, il link del giornale trimestrale *Pelviperineologia* che è l'organo e il veicolo informativo dall'associazione insieme al sito [aisfinveneto.it](http://aisfinveneto.it)

**Come effettuare l'iscrizione?** Attraverso un bonifico bancario al seguente IBAN: IT8210306909606100000401797 · *Intestatario:* AisFinVeneto · *Causale:* iscrizione a sostegno dell'associazione.



## Mezzo secolo di pelviperineologia

MARIO PESCATORI

Unità di Colonproctologia, Clinica Parioli, Roma

Vediamo...siamo nel 2025. Leviamo mezzo secolo...e siamo nel 1975. Perfetto!... Perché mi sono laureato nel 1972, ho fatto due anni di Cardiochirurgia... poi un anno di esofago e poi sono arrivato al colon! Ho fatto per un anno registrazioni dell'attività pressoria e elettrica del retto-sigma e nel 1976 ho presentato la mia prima comunicazione a un congresso di chirurghi e gastro-enterologi a Trieste. Erano i tempi del famoso Professor Torsoli, il "padre del colon irritabile in Italia" (il padre mondiale era l'inglese Truelove a Oxford) e del suo meno famoso aiuto Caprilli. Con Caprilli (livornese, quindi caratteraccio) mi sono aspramente scontrato al congresso, di fronte a grossi calibri come Stefanini, Coppo, Lanfranchi e altri. Curioso: come la mia guardia più terribile è stata la prima (un arresto cardiaco, un'ematemesi e melena e un decesso in sala operatoria) allo stesso modo la mia più travagliata comunicazione è stata la prima (appunto 1976, Trieste). Caprilli mi ha attaccato con foga e livore, io mi sono difeso come si può difendere un giovincello alle prime armi, ma il mio direttore, Castiglioni, è salito sul palco e si è mangiato Caprilli, di fronte a un irritato Torsoli. Irritato non con me, ma col suo aiuto.

Tutti quelli che ho nominato fin qui sono morti, l'unico vivo sono io. Ecco perché vi lascio queste memorie, che credo vi possano interessare, un *excursus* di mezzo secolo, non è roba da poco.

*Pelviperineologia* dunque. Dopo aver cominciato con la motilità del colon sono passato, essendo giovane chirurgo, alla proctologia. Quindi soprattutto fistole, ragadi e emorroidi. All'epoca si facevano interventi per lo più abbandonati. La divulsione anale per la ragade (a prescindere che avesse o no ipertono). Con 4 o 6 dita, roba davvero grezza, che spesso dava incontinenza. Per le emorroidi si faceva la Langenbeck, cioè si afferrava il nodulo con un ferro, si passava attraverso un puntaccio di filo che si annodava da una parte e dall'altra, senza curarsi dello sfintere interno. Anche qui possibile incontinenza. Per le fistole si usava molto la fistulotomia o "messa a piatto" che ancor oggi si fa per le fistole basse e dà il 95% di guarigione. Ma all'epoca si faceva anche per quelle alte, il che provocava frequente incontinenza fecale. Altro metodo era il "setone" in trazione, e ora c'è anche il setone ayurvedico.

E così ho fatto un po' di "Storia della chirurgia". Però il tema sarebbe *pelviperineologia*... E la pelvi? E il resto del perineo? Negli anni settanta ce ne occupavamo ben poco, a dire il vero. Nella pelvi ci sono una quantità di delicate strutture anatomiche, si svolgono funzioni complesse e delicate, ma all'epoca nessun coloproctologo (una specialità per altro non riconosciuta, forse meglio dire chirurgo coloretale o, meglio ancora, in Italia, chirurgo generale con interesse coloretale) conosceva nei dettagli l'esistenza, l'anatomia e la fisiologia del muscolo puborettale. E tanto meno dell'ileococcigeo, pubococcigeo, dell'elevatore nel suo complesso. Ne ho sentito parlare per la prima volta al St. Mark's Hospital nel 1976. Lo stesso dicasi per la suddivisione dello sfintere esterno in parte sottocutanea, superficiale e profonda, per il rafé ano-coccigeo, per la fascia del Waldeyer, e altre strutture ancora più fini. Di certo alcune erano menzionate nell'ottimo doppio "librone" di Giuseppe Dodi, edito da Piccin, cioè *Proctologia ambulatoriale*.

Si sarebbe poi cominciato a parlare di *tricompartimento* e a capire che, per curare bene i disturbi pelviperineologici di un o di una paziente ci sarebbe talvolta voluta la collaborazione

tra il proctologo, il ginecologo e l'urologo. Due miei articoli su questo sono da poco usciti su *Pelviperineologia* e *Techniques in Coloproctology* in cui è menzionato anche il *microbiota*, componente cruciale del tre compartimenti. Ma il vero e proprio "incontro" tra proctologia e ginecologia è avvenuto con la "scoperta" del rettocele da parte del chirurgo che lo ha assimilato al prolasso genitale. Tema con cui ci si sarebbe addentrati nella selva oscura della cosiddetta *defecazione ostruita* dove troppo spesso si trascurano gli aspetti psicologici delle disfunzioni pelviperineali in barba alle raccomandazioni della *teoria dell'iceberg*. Penso a quando, 40enne, vidi una donna sui 60, aritmica, con proctalgia, cui era morta la madre. Grave stress. Non si faceva l'eco transanale. Pensai: l'addormento, la esploro, magari ha un ascesso. Niente: trovo solo un rettocele di 4 cm, modesto e faccio una Block, sutura oblitterativa. Dal giorno dopo rettorragie, la esploro: niente, colonscopia: colite ischemica da aritmia-fibrillazione e ipoperfusione per ipotensione da anestesia: emicolectomia sinistra, guarigione. Messaggio: non operare la proctalgia psicogena!

Comunque, nel mio soggiorno di tre mesi del 1976 al St Mark's Hospital imparai, oltre alla colonscopia con polipectomia, tecniche chirurgiche più aggiornate, che poi importai al Gemelli, sul trattamento ambulatoriale delle emorroidi (iniezioni sclerosanti, fenolo in olio di mandorla e legatura elastica) sulla chirurgia delle emorroidi (emorroidectomia secondo Milligan Morgan, fossi stato in USA avrei imparato la Ferguson) della ragade anale (sfinterotomia laterale interna).

Lasciate che racconti qualcosa del "vecchio" St Mark' di City Road, perché qualche concetto e notizia sono molto utili ancora adesso. Era un ospedale di circa 80 posti-letto, su tre piani. La gran cosa (ancora oggi preziosa per chi legge) è che c'era una stretta vicinanza, come posso dire, "geografica" o "logistica" tra i vari specialisti. La distanza tra un chirurgo, l'endoscopista, il gastroenterologo, il patologo e il radiologo era di un piano, massimo due, spesso pochi metri. Dunque un dialogo continuo. Oltretutto, i più si incontravano nella sala da pranzo, ulteriore sede di conversazione e scambio di idee. Quando tornai a Roma, mi resi conto che questa facilità di contatto, nell'enorme Policlinico Gemelli, non esisteva affatto. Allora presi l'iniziativa di riunire periodicamente in una saletta tutti gli specialisti ano-retto-colici delle varie discipline, la qual cosa fu graditissima a chi partecipava e molto utile per i pazienti. Chiamai questa "cosa" *Gruppo Colon* e presi l'abitudine di mettere un foglio colorato tipo locandina con i temi da dibattere nei vari Istituti del Gemelli. Non l'avessi mai fatto! Guai! Fioccarono i veti e le proteste dei vari Direttori d'Istituto: non concepivano che un'operazione eseguita che so, in Patologia Chirurgica, venisse commentata da un Clinico Chirurgo!!!... Pescatori, basta, guai a te!!..

D'altra parte non è un caso che, al Congresso di Vienna nel 1815, la Francia fosse l'intera Francia, l'Inghilterra l'intera Inghilterra e l'Italia invece il regno delle due Sicilie, il granducato di Toscana, di Parma e Piacenza, Il regno di Sardegna eccetera. Frammentati nella storia... frammentati nella clinica.

Corrispondenza  
ucpclub@virgilio.it

web-site: www.ucp-club.it, mariopescatoriscrittore.com

# Trattamento chirurgico del prolasso rettale interno associato a ostruita defecazione: prolassectomia transanale o rettopessi ventrale laparoscopica?

SIMONA ASCANELLI<sup>1</sup>, LAURA CHIMISSO<sup>1</sup>, GIORGIA SANTANDREA<sup>2</sup>, ALESSIA URBANI<sup>3</sup>, ELEONORA ROSSIN<sup>1</sup>, MARIA COSTANZA PIGNANELLI<sup>1</sup>, EMMA PEDARZANI<sup>4</sup>, GIORGIA VALPIANI<sup>4</sup>

1. Dipartimento di Morfologia, Chirurgia e Medicina Sperimentale, Sezione di Chirurgia, Università di Ferrara, Italy

2. Unità Operativa di Chirurgia Generale e d'Urgenza, Cesena, AUSL della Romagna, Italy

3. Unità operativa di Chirurgia Generale, USL Umbria 2, Italy

4. Accreditamento Qualità Ricerca Innovazione, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ferrara, Italy

**Riassunto. Introduzione** Lo scopo di questo studio è valutare l'efficacia della rettopessi ventrale laparoscopica nella gestione della sindrome da ostruita defecazione associata al prolasso rettale interno (IRP), confrontandola con la prolassectomia transanale con suturatrice (Stapler TransAnal Rectal Resection/STARR). **Materiali e metodi** Questo studio randomizzato è stato condotto presso la Chirurgia Generale 2 dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara. Da febbraio 2016 a febbraio 2018 sono state reclutate 60 pazienti consecutive con ODS e intussuscezione rettale che sono state sottoposte a prolassectomia transanale con stapler (STARR- Gruppo 1) o rettopessi ventrale laparoscopica (VLR- Gruppo 2). I risultati clinici e di qualità della vita sono stati valutati tra i due gruppi 6 mesi dopo l'intervento. **Risultati** Si è osservato un miglioramento statisticamente significativo del grado di IRP, rettocele, perineo discendente, ODS, stipsi, incontinenza urinaria e dell'attività sessuale ( $p < 0.001$ ) in entrambi i gruppi. In particolare, in entrambi i gruppi la maggior parte delle pazienti (>70%) ha riportato un miglioramento dell'ODS superiore al 50%. L'incontinenza fecale è peggiorata significativamente dopo l'intervento di STARR ( $p = 0.013$ ). La qualità di vita prima e dopo l'intervento, valutata con il punteggio PACQoL B1-B6, il punteggio PACQoL B7, il punteggio PFDI e il punteggio PFQI è migliorata significativamente 6 mesi dopo l'intervento in entrambi i gruppi. Il grado di soddisfazione VAS a 6 mesi dall'intervento è risultato elevato in entrambi i gruppi senza differenze statisticamente significative. Per quanto riguarda i risultati funzionali alla manometria rettale dopo 6 mesi dall'intervento chirurgico, si è osservata una riduzione significativa postoperatoria dei valori pressori a riposo e in contrazione volontaria, e una riduzione della compliance rettale nel gruppo sottoposto a STARR. Nel gruppo sottoposto a LVR si è osservata una riduzione significativa della pressione massima di contrazione volontaria, un miglioramento significativo del rilasciamento dello sfintere anale al pompamento e una riduzione significativa della compliance rettale. La defecografia eseguita prima e 6 mesi dopo l'intervento ha mostrato un miglioramento statisticamente significativo del perineo discendente, del prolasso rettale e del rettocele sia nel gruppo STARR che nel gruppo LVR. **Conclusioni:** Entrambe le tecniche chirurgiche (STARR e LVR) sono efficaci e sicure nel trattare l'ODS associata al prolasso rettale interno; tuttavia, la STARR è gravata da un tasso maggiore di urgenza defecatoria e dolore pelvico cronico.

**Parole chiave:** Prolasso rettale; Ostruita defecazione; Incontinenza anale; Manometria rettale; Stipsi cronica; Rettocele; Invaginazione rettoanale; Rettopessi; Defecografia

## Surgical treatment of internal rectal prolapse associated with obstructed defecation: transanal prolapsectomy or laparoscopic ventral mesh rectopexy?

**Abstract. Introduction** The purpose of this study is to evaluate the efficacy of laparoscopic ventral rectopexy in the management of obstructed defecation syndrome associated with internal rectal prolapse (IRP) by comparing it with transanal stapled prolapsectomy. **Materials and Methods** This randomized study was conducted at the Second Surgical Unit of the University Hospital of Ferrara, Italy. From February 2016 to February 2018 60 consecutive patients with ODS and rectal prolapse that met inclusion criteria are recruited and undergone transanal prolapsectomy with stapler (STARR- Gr.1) or Laparoscopic Ventral rectopexy (VLR- Gr.2). Clinical and quality-of-life outcomes were evaluated between the two groups after 6 months from the procedure. **Results** Statistically significant improvement was observed in the degree of IRP, rectocele, descending perineum, ODS, constipation, urinary incontinence and sexual activity ( $p < 0.001$ ) in both groups. In both groups, most patients (>70%) reported more than 50% improvement in ODS. Fecal incontinence worsened significantly after STARR surgery ( $p = 0.013$ ). Quality of life before and after the intervention as assessed by PACQoL B1-B6 score, PACQoL B7 score, PFDI score and PFQI score improved significantly 6 months after the intervention in both groups. VAS satisfaction 6 months after surgery was high in both groups with no statistically significant differences. Functional results at rectal manometry 6 months after surgery showed a significant postoperative reduction in resting and voluntary contraction pressures, and a reduction in rectal compliance in the group undergoing STARR. In the group undergoing LVR, a significant reduction in maximum voluntary contraction pressure, significant improvement in anal sphincter relaxation at straining, and significant reduction in rectal compliance were reported. Defecography performed before and 6 months after surgery showed statistically significant improvement in descending perineum, rectal prolapse and rectocele in both the STARR and LVR groups. **Conclusions** Both surgical techniques (STARR and LVR) are effective and safe in treating ODS associated with internal rectal prolapse; however, STARR is burdened with a higher rate of defecatory urgency and chronic pelvic pain..

**Keywords:** Rectal prolapse; Obstructed defecation syndrome; Anal incontinence; Rectal manometry; Chronic constipation; Rectocele; Rectoanal invagination; Rectopexy; Defecography

### INTRODUZIONE

La gestione della sindrome da ostruita defecazione (ODS) è molto difficile perché vi sono coinvolte diverse alterazioni anatomiche e funzionali che non riguardano solo la regione coloretale ma anche la pelvi in toto<sup>1</sup>. I fattori associati all'ODS non sono ancora stati completamente compresi: le anomalie anatomiche che causano l'ODS sono il rettocele, l'intussuscezione rettale (RI), il prolasso rettale (RP) e l'enterocele. È stato dimostrato che l'istrectomia predispone alla comparsa di questi difetti e ai conseguenti disturbi defecatori<sup>2</sup>. I disturbi funzionali più frequentemente associati all'ODS sembrano essere ansia, depressione, dissiner-

gia del pavimento pelvico (PFD) e neuropatia del pudendo (PN)<sup>3</sup>. Inoltre, la correzione chirurgica di un difetto anatomico può non ripristinare la funzione ma, al contrario, può portare a disfunzioni di nuova insorgenza come l'urgenza defecatoria (FU), l'incontinenza fecale (FI), la stipsi de novo (dC), l'incontinenza urinaria de novo (dUI) o il dolore pelvico cronico (CPP). Secondo le linee guida internazionali, il trattamento di prima linea dell'ODS è conservativo e consiste in un corretto stile di vita e nell'assunzione di lassativi, in programmi di riabilitazione con una serie di interventi comportamentali, come il biofeedback e il supporto psicosociale. Se i programmi comportamentali falliscono,

si può tentare l'irrigazione transanale (TAI). Tuttavia, nonostante la varietà di approcci conservativi possibili, più della metà dei pazienti lamenta ancora la persistenza dei sintomi invalidanti dell'ODS. Se l'ODS è associata a un difetto anatomico pelvico consistente, si ritiene indicato un approccio chirurgico che può essere transanale, transvaginale o addominale<sup>4</sup>. Il miglior trattamento chirurgico non è ancora stato identificato. I chirurghi coloretali di solito preferiscono l'approccio transanale o addominale per correggere rettocele, RI e RP associati a ODS. L'introduzione della prolassectomia transanale con suturatrice (STARR: stapled transanal rectal resection) da parte di Antonio Longo nel 2004 ha suscitato un acceso dibattito scientifico, ma è stato dimostrato che la STARR è sicura ed efficace nel trattamento dei sintomi dell'ODS e nel miglioramento della qualità di vita dei pazienti in casi selezionati con una corretta valutazione preoperatoria e operati da chirurghi coloretali esperti<sup>5</sup>. Nei pazienti ad alto rischio di FI postoperatoria, è possibile eseguire la procedura di Delorme interna (ID), che comporta una bassa recidiva di prolasso e una migliore continenza anale<sup>6</sup>. La riparazione transvaginale del rettocele sembra ottenere un miglioramento della stipsi e la correzione del rettocele, ma con il rischio di dispareunia nelle donne sessualmente attive<sup>7</sup>. La rettopessi ventrale protesica (VR) laparoscopica o robotica si sta ampiamente diffondendo nella pratica clinica, quasi superando l'approccio transanale<sup>8,9</sup>, da quando è stata proposta da D'Hoore<sup>10</sup>. Tuttavia, i risultati funzionali possono non essere ottimali: la persistenza o la nuova insorgenza di stipsi può verificarsi fino al 30% dei casi<sup>11</sup>. I fattori che predicono lo scarso risultato dopo la VR sembrano essere la presenza di dolico-colon e la stipsi di lunga durata<sup>12</sup>. Lo scopo di questo studio è valutare l'efficacia della VR laparoscopica (LVR) nella gestione dell'ODS con RP, confrontandola con la procedura STARR.

## MATERIALI E METODI

Lo studio randomizzato controllato è stato progettato per valutare l'efficacia della chirurgia per l'ODS. Da febbraio 2016 a febbraio 2018 sono state reclutate tutte le pazienti visitate consecutivamente all'ambulatorio proctologico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ferrara e programmate per un intervento chirurgico per ODS associato a RI, RP o rettocele. Le pazienti idonee sono state assegnate in modo casuale, secondo uno schema 1:1, a ricevere un trattamento con LVR o con STARR. Nel braccio sperimentale le pazienti sono state operate con LVR. Nel braccio di controllo le pazienti sono state trattate chirurgicamente con STARR. La sequenza di assegnazione era una serie di numeri casuali generati dal computer (lista randomizzata). I criteri di inclusione erano l'età del paziente > 18 anni, il prolasso rettale interno (IRP), la RI (gradi III e IV della classificazione di Oxford<sup>13</sup>) e il rettocele come causa principale di ODS, confermato dalla Rx defecografia. La diagnosi di ODS è stata attribuita dopo la valutazione clinica presso la clinica coloretale se i sintomi dell'ODS persistevano da oltre 12 mesi con il fallimento di almeno 6 mesi di terapia medica, con punteggio ODS >10<sup>14</sup>. I criteri di esclusione erano il sesso maschile, l'IF grave (punteggio di Wexner Incontinence >6)<sup>15</sup>, la pressione massima a riposo (MRP) < 50 mmHg alla manometria rettale, il prolasso esterno a tutto spessore (ERP), l'enterocele stabile alla Rx defecografia preoperatoria, il prolasso uterino di IV grado associato, precedenti interventi chirurgici sul retto o sull'ano, malattie infiammatorie intestinali (IBD), precedente radioterapia pelvica, stipsi a rallentato transito ( $\leq 2$  evacuazioni a settimana), qualsiasi malattia psichiatrica, donne in gravidanza o in allattamento e pazienti non in grado di esprimere il consenso informato. Lo studio è stato condotto presso la Seconda Unità Operativa di Chirurgia dell'A-

zienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara, Italia. Questo studio spontaneo e non sponsorizzato è stato approvato dal Comitato Etico locale (ID:129/2021/Sper/AOUFe). Sono state selezionate tutte le donne che si sono rivolte all'ambulatorio proctologico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara con ODS e prolasso rettale interno idonee all'intervento chirurgico. Le pazienti sono state arruolate da febbraio 2016 a febbraio 2018. Sessanta pazienti hanno soddisfatto i criteri di inclusione e sono state assegnate in modo casuale ai due gruppi: Gruppo LVR (braccio sperimentale) e gruppo STARR (gruppo di controllo). Tutte le pazienti hanno fornito il consenso informato scritto.

### Interventi chirurgici

Tutti gli interventi sono stati eseguiti dallo stesso chirurgo (SA). La LVR è stata eseguita secondo la tecnica di D'Hoore<sup>10</sup> utilizzando una rete biologica (Permacol) suturata alla faccia ventrale del retto con punti non riassorbibili e fissata al legamento longitudinale anteriore in corrispondenza del promontorio sacrale con viti non riassorbibili. La procedura STARR è stata eseguita secondo la tecnica di Longo<sup>16</sup> utilizzando 2 suturatrici circolari (Ethicon, ppH01).

L'obiettivo primario è stato definito come il miglioramento del punteggio ODS, del punteggio Wexner di stipsi e del punteggio Wexner di incontinenza a 6 mesi dall'intervento. Gli obiettivi secondari erano gli eventi avversi (AEs) fino a 6 mesi dopo l'intervento e la qualità di vita valutata a 6 mesi dall'intervento. Tutte le pazienti sono state sottoposte a esame proctologico con proctoscopia, colonscopia, manometria anorettale e Rx defecografia. I dati raccolti prima dell'intervento e dopo 6 mesi, comprendevano: grado di IRP, RI e rettocele<sup>1</sup>, punteggio ODS<sup>14</sup>, punteggio Wexner Incontinence<sup>15</sup>, punteggio Wexner Constipation<sup>17</sup>, questionario di valutazione della qualità di vita del paziente (PAC-QoL)<sup>18</sup>, tipo di intervento chirurgico (STARR o LVR), durata della degenza e complicanze secondo la classificazione Clavien-Dindo<sup>19</sup>. Le disfunzioni pelviche associate sono state valutate somministrando il Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-score, forma breve) e il Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFQI-score, forma breve)<sup>20</sup>. La manometria rettale e la Rx defecografia sono state eseguite prima dell'intervento e a 6 mesi dall'intervento. La soddisfazione del paziente è stata misurata a 6 mesi con la scala analogica visiva (VAS)<sup>21</sup>: la domanda era "È soddisfatta del suo trattamento chirurgico?". Tutte le pazienti sono state seguite ambulatorialmente a 7 giorni, 1 mese, 3 mesi e 6 mesi dopo l'intervento.

### Analisi statistica

La dimensione del campione è stata calcolata con i risultati combinati degli studi pubblicati su STARR e LVR. Una revisione sistematica che includeva 1301 pazienti (1180 donne) di età media di 59 anni<sup>22</sup> ha riportato che la LVR comporta tassi medi ponderati di miglioramento della ODS e dell'IF in tutti gli studi, rispettivamente del 73,9% e del 60,2%. La recidiva clinica è stata riportata nel 6,9%. Il tasso medio ponderato di recidiva di prolasso tra gli studi era del 5,8% (95% CI: 4,2-7,5). Sono state riportate 230 complicanze, con un tasso medio ponderato di complicanze del 15%. Una metanalisi sui risultati dopo STARR per ODS ha incluso un totale di 1298 pazienti<sup>23</sup>. Tutti gli studi hanno mostrato un miglioramento significativo dell'ODS, producendo un effetto combinato standardizzato di 3,8 (95% CI: 3,2- 4,5). Di conseguenza, è stato calcolato che un totale di 70 pazienti (35 in ciascun gruppo) sarebbe stato sufficiente per rilevare una differenza di rischio assoluto del 15% per l'endpoint primario con significatività  $\alpha = 5\%$ , ottenendo una potenza di  $1 - \beta = 80\%$ . Considerato un tasso di abbandono al follow-up del 10%, un totale di 60 pazienti, equamente suddivisi in entrambi i gruppi, sono stati assegnati allo studio.

I dati sono stati espressi come mediana (range interquar-



Tabella 1- Caratteristiche basali della popolazione in studio

	Gruppo 1 STARR (n=30)	Gruppo 2 LVR (n=30)	p-value
Età media (±sd)	60.4 (±8.0)	65.1 (±11.2)	0.067
BMI, medio (±sd)	25.1 (±4.5)	25.1 (±3.9)	0.968
ASA score, n (%)			0.288
	1	2 (6.7)	0.999
	2	20 (66.6)	0.999
	3	5 (16.7)	0.999
	4	-	-
Fumo, n (%)	4 (13.3)	7 (23.2)	0.505
BPCO, n (%)	3 (10.0)	2 (6.7)	0.999
Anticoagulanti, n (%)	8 (26.7)	2 (6.7)	0.083
Diabete, n (%)	2 (6.7)	3 (10.0)	0.999
Depressione, n (%)	6 (20.0)	13 (43.3)	0.096
Fibromialgia, n (%)	2 (6.7)	4 (13.3)	0.671
Attività sessuale, n (%)	18 (60.0)	14 (46.7)	0.438
Parti, n (%)			0.999
Nessuno	4 (13.3)	3 (50.0)	0.999
Cesareo	12 (40.0)	12 (40.0)	0.999
Vaginale	13 (43.3)	14 (46.7)	0.999
Lesioni perineali, n (%)	5 (19.2)	7 (29.2)	0.624
Menopausa, n (%)	22 (73.3)	26 (86.7)	0.333
Terapia ormonale sostitutiva, n (%)	7 (23.3)	6 (20.0)	0.999
Isterectomia, n (%)	19 (63.3)	21 (70.0)	0.784
Colpoisterectomia	11 (57.9)	12 (57.1)	0.791
Isterectomia addominale	8 (42.1)	9 (42.9)	0.774

tile - IQR 25-75) e media ± deviazione standard secondo la distribuzione valutata dal test di Shapiro-Wilk. I dati categorici sono stati presentati come numeri. I dati sono stati analizzati utilizzando i test Chi-quadro, t-student e Mann-Whitney, a seconda dei casi. L'analisi di regressione di Cox è stata utilizzata per valutare i predittori indipendenti del miglioramento dell'ODS. La significatività è stata considerata per valori di p <0,05. L'analisi statistica è stata eseguita con IBM SPSS Statistics for Windows, versione 24.0 (IBM Corp. Armonk, NY: IBM Corp.).

## RISULTATI

Da febbraio 2016 a febbraio 2018 sono state arruolate 60 donne affette da IRP associato a ODS: 30 di loro hanno ricevuto il trattamento STARR, mentre 30 sono state sottoposte a LVR. Le caratteristiche demografiche e basali delle pazienti sono risultate omogenee nei due gruppi e sono ri-

portate nella Tabella 1.

La durata media dell'intervento è stata significativamente più lunga nel gruppo LVR rispetto al gruppo STARR, (p <0,0001) come mostrato nella Tabella 2. L'approccio anestesio-logico è stato diverso a seconda della scelta chirurgica: nel gruppo STARR è stata eseguita l'anestesia loco-regionale in 26 su 30 pazienti, mentre tutte le pazienti del gruppo LVR sono state operate in anestesia generale (p <0,0001). Si è verificata una complicanza intra-operatoria in entrambi i gruppi: nel gruppo STARR un ematoma della sutura che è stato trattato con incisione e compressione senza esiti postoperatori; nel gruppo LVR un sanguinamento da un'arteriola della fascia sacrale che è stato arrestato e che è esitato in un ematoma postoperatorio che si è riassorbito spontaneamente. La durata della degenza è risultata significativamente più lunga nel gruppo LVR rispetto al gruppo STARR (p <0,0001), come illustrato nella Tabella 2.

Non sono state rilevate differenze statistiche tra i due gruppi per quanto riguarda le complicanze post-o-

operatorie di qualsiasi grado. Non sono stati segnalati eventi avversi maggiori. Le principali complicanze nel gruppo STARR sono state la comparsa di ragade anale (1 paziente), emorroidi trombozizzate (1 paziente), infezione delle vie urinarie (1 paziente), ritenzione urinaria acuta (1 paziente), ritenzione delle agrafes nella sutura (4 su 30 pazienti), stenosi rettale (1 paziente); nel gruppo LVR le complicanze sono state infezione delle vie urinarie (1 paziente), infezione o ematoma della ferita (1 paziente), ernia incisionale (3 su 30 pazienti), e ematoma del sacro (1 paziente). Due pazienti del gruppo STARR sono state riperate per complicanze (rimozione di agrafes e dilatazione anastomosi), e una paziente del gruppo LVR è stata riperata di plastica laparoscopica di laparocoele. Nel gruppo STARR 3 pazienti hanno sviluppato un dolore pelvico cronico che è stato curato e risolto con rimozione chirurgica delle agrafes in due casi e riabilitazione del pavimento pelvico in un caso.

Confrontando i risultati clinici prima e a 6 mesi dall'intervento (Tabella 3), si è osservato un miglioramento statisticamente significativo del grado di IRP, rettocele, perineo discendente, ODS, stipsi, incontinenza urinaria e dell'attività sessuale in entrambi i gruppi. In particolare, in entrambi i gruppi la maggior parte delle pazienti (>70%) ha riportato un miglioramento dell'ODS superiore al 50%. Il punteggio CCS per l'incontinenza fecale è peggiorato significativamente dopo l'intervento di STARR (p 0.013, Tabella 3).

La qualità di vita prima e dopo l'intervento, valutata con il punteggio PACQoL B1-B6, PACQoL B7, il punteggio PFDI e PFQI (Tabella 4)

Tabella 2-Risultati perioperatori

	Gruppo 1 - STARR (n=30)	Gruppo 2 - LVR (n=30)	p-value
Durata intervento chirurgico (min) [IQR]	45.5 [39.3 51.5]	176.5 [154.3 203.8]	<0.001
Anestesia, n (%)			<0.001
Loco-regionale	26 (86.7)	0 (0.0)	
Generale	4 (13.3)	30 (100.0)	
Complicanze intraoperatorie	1 (3.3)	1 (3.3)	0.999
Durata della degenza (giorni) [IQR]	2 [2 2]	3 [3 4]	<0.001
Aumento della durata della degenza, n (%)*	0 (0)	15 (50)	<0.001
Complicanze postoperatorie Clavien Dindo, n (%)	9 (30)	6 (20)	0.551
Grado I	3 (37.5)	4 (66.7)	0.999
Grado II	2 (25)	1 (16.7)	0.999
Grado III a	2 (25)	0 (0)	0.999
Grado III b	2 (25)	1 (16.7)	0.999
Dolore pelvico cronico, n (%)	3 (10)	0 (0)	0.237
Re-interventi per complicanze, n (%)	2 (25)	1 (16.7)	0.999
Re-ammissione entro 30 giorni, n (%)	0	0	-

\* definito come tempo operatorio >75esimo percentile

Tabella 3-Caratteristiche cliniche prima e dopo 6 mesi dalla chirurgia

	Gruppo 1 - STARR (n=30)			Gruppo 2 - LVR (n=30)		
	Prima	Dopo	p	Prima	Dopo	p
Prolasso rettale interno (grado) [1Q 3Q]	3.0 [3.0 3.0]	1 [1 2]	<0.001	3.0 [3.0 3.0]	1 [1 2]	<0.001
Rettocele (POP-Q)[1Q 3Q]	2 [2 2]	1 [1 1]	<0.001	2 [2 2]	1 [1 2]	<0.001
ODS score [1Q 3Q]	17 [15 21]	7 [0 8]	<0.001	19.5 [16 22]	4 [0 8]	<0.001
Miglioramento dell'ODS score >50%, n (%)		22 (73.3)	<0.001		24 (80)	<0.001
Stipsi score[1Q 3Q]	14 [13 18]	8 [4 10]	<0.001	15.5 [14 18]	7.5 [4 10]	<0.001
Incontinenza fecale/urgenza defecatoria (CCS score) [1Q 3Q]	2 [1 4]	3 [2 6]	0.013	2 [0 4]	1.5 [0 2]	0.395
Incontinenza urinaria (urgenza), n (%)	16 (53.3)	6 (20)	0.002	12 (40)	6 (20)	0.041
Miglioramento attività sessuale, n (%)	18 (60)	21 (70)	0.013	14 (46.7)	16 (53.3)	<0.001
Perineo discendente, n (%)	12 (40)	0 (0)	<0.0001	13 (43.3)	0 (0)	<0.0001

Tabella 4-Qualità di vita prima e dopo 6 mesi dalla chirurgia

	Gruppo 1 - STARR (n=30)			Gruppo 2 - LVR (n=30)		
	Prima	Dopo	p	Prima	Dopo	p
PACQoL B1-B6, [1Q 3Q]	44 [41 56]	32 [13 44]	<0.001	44.5 [42 57]	32 [24 37]	<0.001
PACQoL B7, [1Q 3Q]	4 [2 6]	9.5 [7 12]	<0.001	4 [2 6]	11.5 [7 12]	<0.001
PFDI, [1Q 3Q]	56.3 [34.4 99.9]	29.2 [15.6 45.8]	<0.001	70.4 [50.1 152.2]	24.61 [15.62 54.3]	<0.001
PFQI, [1Q 3Q]	38.1 [28.5 95.2]	23.8 [0 42.9]	0.0001	69.5 [33.3 171.3]	14.3 [0 36.6]	<0.001
VAS satisfaction, [1Q 3Q]	-	8.5 [8.0 9.0]	-	-	9.0 [8.0 10.0]	-

Tabella 5- Risultati funzionali (manometria rettale) a 6 mesi dall'intervento chirurgico

	Gruppo 1 - STARR (n=30)			Gruppo 2 - LVR (n=30)		
	Prima	Dopo	p	Prima	Dopo	p
Maximum resting pressure (mmHg)	80.9 [69.7 97.2]	76.2 [67.1 87.5]	0.0157	80.4 [67.4 97.1]	80.3 [67.5 87.6]	0.1180
Medium resting pressure (mmHg)	27.35 [23.5 34.3]	28 [25.6 33.6]	0.4048	27.2 [25 31]	25.6 [24.6 31.5]	0.2328
HPZ (mm)	28 [23 31]	26.5 [25 31]	0.4088	29 [23 31]	29 [25 32]	0.0196
Maximum squeeze pressure (mmHg)	121.8 [93.3 136.9]	101.3 [91.5 125.7]	0.3600	110.5 [81.5 150]	99.8 [81.3 113.2]	0.0001
Medium Squeeze pressure (mmHg)	45.5 [33.3 62.7]	37.15 [28.1 51.4]	0.0007	50.3 [41.4 70]	36.55 [30.2 51.9]	0.8936
Endurance (sec)	15 [11 20.9]	16.5 [14 21]	0.0180	12.1 [8 21]	11.5 [8 15]	0.3234
Rate of sphincter relaxation at straining (%)	60.25 [24 86.9]	40 [60 80]	0.1811	65 [54 90]	80 [65 100]	<0.001
First sensation (ml)	60 [50 60]	50 [40 50]	0.0010	60 [50 70]	60 [60 60]	0.4000
Constant stimulus (ml)	150 [120 180]	80 [60 80]	<0.001	140 [120 150]	120 [120 150]	0.0211
Maximum tolerated volume (ml)	240 [180 240]	120 [120 150]	<0.001	240 [180 240]	240 [240 240]	0.0254

Tabella 6-Caratteristiche defecografiche a 6 mesi dall'intervento chirurgico

	Gruppo 1 - STARR (n=30)			Gruppo 2 - LVR (n=30)		
	Prima	Dopo	p	Prima	Dopo	p
Perineo discendente, n (%)	12 (40.0)	0 (0.0)	<0.0001	13 (43.3)	0 (0.0)	<0.0001
Prolasso rettale, n (%)	30 (100.0)	7 (23.3)	<0.0001	30 (100.0)	4 (13.3)	<0.0001
Rettocele, n (%)	22 (73.3)	2 (6.7)	<0.0001	24 (80.0)	11 (36.7)	0.001

è migliorata significativamente 6 mesi dopo l'intervento in entrambi i gruppi. Il grado di soddisfazione VAS a 6 mesi dall'intervento è risultato elevato in entrambi i gruppi senza differenze statisticamente significative.

Per quanto riguarda i risultati funzionali alla manometria rettale dopo 6 mesi dall'intervento chirurgico (Tabella 5), si è osservata una riduzione significativa postoperatoria dei valori pressori a riposo e in contrazione volontaria, e una riduzione della compliance rettale nel gruppo sottoposto a STARR. Nel gruppo sottoposto a LVR si è osservato una riduzione significativa della pressione massima di contrazione volontaria, un miglioramento significativo del rilassamento dello sfintere anale al pompamento e una riduzione

significativa della compliance rettale.

La Tabella 6 mostra le caratteristiche defecografiche prima e dopo l'intervento in entrambi i gruppi di studio, evidenziando un miglioramento statisticamente significativo del prolasso rettale, del rettocele e del perineo discendente, sia nel gruppo STARR che nel gruppo LVR.

#### DISCUSSIONE

I risultati di questo studio a 6 mesi hanno evidenziato che entrambe le tecniche chirurgiche (STARR e LVR) sono efficaci e sicure nel trattare l'ODS associata al prolasso rettale interno. Si è osservato un miglioramento statisticamente significativo del grado di IRP, rettocele, perineo discenden-



te, ODS, stipsi, incontinenza urinaria e dell'attività sessuale in entrambi i gruppi. In particolare, in entrambi i gruppi la maggior parte delle pazienti (>70%) ha riportato un miglioramento dell'ODS superiore al 50% (Tabella 3). Anche la qualità di vita prima e dopo l'intervento, valutata con il punteggio PACQol, il punteggio PFDI e PFQI (Tabella 4) è migliorata significativamente 6 mesi dopo l'intervento in entrambi i gruppi. Il grado di soddisfazione VAS a 6 mesi dall'intervento è risultato elevato in entrambi i gruppi senza differenze statisticamente significative.

Non sono state rilevate differenze statistiche tra i due gruppi per quanto riguarda le complicanze post-operatorie di qualsiasi grado e non sono stati segnalati eventi avversi maggiori (Tabella 2). Tuttavia, la STARR è risultata essere gravata da un maggior tasso di dolore pelvico cronico (10%, Tabella 2) e urgenza defecatoria (40%) (Tabella 3). Negli studi che riportano il dolore pelvico cronico<sup>24</sup> l'incidenza varia dall'1,6% al 31%. Il dolore pelvico cronico sembra essere correlato all'incorporazione della muscolatura liscia nella sutura, anche se può essere presente senza inclusione nella suturatrice<sup>25</sup>. Il dolore cronico è stato attribuito anche alla malattia emorroidaria persistente, allo spasmo dello sfintere anale, allo spasmo rettale o alle elevate pressioni anali a riposo, alla deiscenza della sutura, alla ragade anale, alla sepsi ano-rettale o alle graffette chirurgiche ritenute. Nella serie presentata le pazienti che presentavano dolore pelvico cronico dopo STARR sono state trattate con rimozione chirurgica delle agrafes in due casi e riabilitazione del pavimento pelvico in un caso con risoluzione del dolore. Dopo STARR è frequente la comparsa dell'urgenza defecatoria fino al 50% dei pazienti. In uno studio prospettico a 28 mesi di follow-up, l'urgenza defecatoria interessava ancora un'ampia percentuale (40%) di pazienti, era fastidiosa o grave nel 24% e incideva significativamente sulla soddisfazione del paziente più di qualsiasi altro sintomo<sup>26</sup>. Nella serie presentata l'incontinenza fecale post STARR era di grado lieve e si presentava come urgenza defecatoria in 14 pazienti su 30 (46.6%). Tale sintomatologia non è stata riferita dalle pazienti come un problema rilevante e non ha influito sull'alto tasso di soddisfazione delle pazienti circa l'intervento chirurgico effettuato. La manometria rettale eseguita prima e dopo l'intervento ha evidenziato delle alterazioni funzionali che giustificano un peggioramento postoperatorio della continenza anale quali la riduzione significativa postoperatoria dei valori pressori a riposo e in contrazione volontaria, e una riduzione della compliance rettale nel gruppo sottoposto a STARR, come dimostrato anche da de Nardi et al<sup>27</sup>.

Oltre allo studio funzionale pre-e post-operatorio con manometria rettale delle pazienti, nello studio presentato è stata eseguita anche la defecografia prima e dopo l'intervento. L'Rx defecografia a 6 mesi dall'intervento ha evidenziato una correzione anatomica significativa del prolasso retto-anale, del rettocele e del perineo discendente in entrambi i gruppi.

## CONCLUSIONI

Entrambe le tecniche chirurgiche (STARR e LVR) sono efficaci e sicure nel trattare l'ODS associata al prolasso rettale interno; tuttavia, la STARR è gravata da un tasso maggiore di urgenza defecatoria e dolore pelvico cronico. Tale aspetto va tenuto in considerazione nella scelta terapeutica tra le opzioni chirurgiche per il trattamento del prolasso rettale associato all'ODS.

## BIBLIOGRAFIA

- Podzemny V, Pescatori LC, Pescatori M. Management of obstructed defecation. *WJG* 2015; 21.4: 1053.
- Tsunoda A, Takahashi T, Sato K, et al. Factors predicting the presence of concomitant enterocele and rectocele in female

- patients with external rectal prolapse. *Annals of Coloproctology* 2021; 37(4), 218.
- Cavallaro PM, Staller K, Savitt LR, et al. The contributions of internal intussusception, irritable bowel syndrome, and pelvic floor dyssynergia to obstructed defecation syndrome. *Diseases of the Colon & Rectum* 2019; 62(1), 56-62.
- Grimes CL, Schimpf MO, Wieslander CK, et al. & Society of Gynecologic Surgeons (SGS) Systematic Review Group (SRG). Surgical interventions for posterior compartment prolapse and obstructed defecation symptoms: a systematic review with clinical practice recommendations. *International Urogynecology Journal* 2019; 30, 1433-1454.
- Ripamonti L, Guttadauro A, Lo Bianco G, et al. Stapled Transanal Rectal Resection (STARR) in the Treatment of Obstructed Defecation: A Systematic Review. *Front Surg*. 2022 Feb 14;9:790287.
- Ohazuruike NL, Martellucci J, Menconi C, et al. Short-term results after STARR versus internal Delorme for obstructed defecation: a non-randomized prospective study. *Updates in surgery* 2014, Vol.66 (2), p.151-156.
- Balata M, Elgendy H, Emile S H, et al. Functional outcome and sexual-related quality of life after transperineal versus transvaginal repair of anterior rectocele: a randomized clinical trial. *Diseases of the Colon & Rectum* 2020; 63(4), 527-537.
- Altomare DF, Picciariello A, Memeo R, et al. Pelvic floor function following ventral rectopexy versus STARR in the treatment of obstructed defecation. *Techniques in coloproctology* 2018; 22, 289-294.
- Emile SH, Elbanna H, Youssef M et al. Laparoscopic ventral rectopexy vs Delorme's operation in management of complete rectal prolapse: a prospective randomized study. *Colorectal Dis* 2017; 19(1): 50-57.
- D'Hoore A, Cadoni R, Penninckx F. Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse. *Br J Surg* 2004; 91:1500-1505.
- Tsunoda A. Surgical treatment of rectal prolapse in the laparoscopic era: a review of the literature. *J Anus Rectum Colon* 2020; 4(3):89-99.
- Solari S, Martellucci J, Ascanelli S, et al. Predictive factors for functional failure of ventral mesh rectopexy in the treatment of rectal prolapse and obstructed defecation. *Techniques in Coloproctology* 2022, 26(12), 973-979.
- Wijffels NA, Jones OM, Cunningham C, et al. What are the symptoms of internal rectal prolapse? *Colorectal Dis* 2013; 15: 368-373.
- Altomare DF, Spazzafumo L, Rinaldi M, et al. Setup and statistical validation of a new scoring system for obstructed defaecation syndrome. *Colorectal Dis* 2008; 10: 84-88.
- Forsgren C, Zetterström J, Zhang A, et al. Anal incontinence and bowel dysfunction after sacrocolpopexy for vaginal vault prolapse. *Int. Urogynecol. J.* 2010; 21(9), 1079-1084.
- Longo A. Obstructed defecation because of rectal pathologies. Novel surgical treatment: stapled transanal resection (STARR). Proceedings of the 14th Annual International Colorectal Disease Symposium, Ft Lauderdale, Florida, February 13-15, 2004.
- Agachan F, Chen T, Pfeifer J, et al. A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 681-5.
- Marquis P, De La Loge C, Dubois D, et al. Development and validation of the patient assessment of constipation quality of life questionnaire. *Scand J Gastroenterol* 2005; 40: 540-551.
- Clavien PA, Barkun J, de Oliveira ML et al. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. *Ann Surg* 2009; 250:187-196.
- Barber MD, Walters MD, Bump RC. Short forms of two conditions specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 103-13.
- Brokelman RBG, Haverkamp D, van Loon C, Hol A, van Kampen A, Veth R. The validation of the visual analogue scale for patient satisfaction after total hip arthroplasty. *Eur Orthop Traumatol* 2012; 3: 101-5.
- Emile SH. Abdominal rectopexy for the treatment of internal rectal prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Colorectal Disease* 2016; 19: O13-O24.
- Van Geluwe B. Relief of Obstructed Defecation Syndrome after Stapled Transanal Rectal Resection (STARR): a Meta-analysis. *Acta Chir Belg* 2014, 114: 189-197.
- Pescatori M, Gagliardi G. Postoperative complications after procedure for prolapsed hemorrhoids (PPH) and stapled

- transanal rectal resection (STARR) procedures. *Tech Coloproctol* 2008; 12, 7–19.
25. Cheetham MJ, Mortensen NJ, Nystrom PO, et al. Persistent pain and fecal urgency after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet* 2000; 356:730–733
  26. Fueglistaler P, Guenin MO, Montali I et al. Long-term results after stapled hemorrhoidopexy: high patient satisfaction despite frequent postoperative symptoms. *Dis Colon Rectum* 2007; 59:204–212.
  27. De Nardi P, Corsetti M, Passaretti S, et al. Evaluation of sensory and motor rectal response after hemorrhoidopexy with electronic barostat. *Dis Colon Rectum* 2007; 50:789.

#### DICHIARAZIONE

Gli Autori dichiarano l'assenza di conflitti di interesse. Lo studio non è stato supportato da alcun finanziamento o da alcuna Azienda.

Corrispondenza  
simona.ascanelli@unife.it

#### COMMENTO

Secondo la letteratura (Hany, *Dis Colon Rectum* 2016) l'intussuscezione rettale (IR) nei pazienti con sindrome da ostruita defecazione (OD) è presente dal 12 al 31% dei casi. Secondo un nostro trial prospettico (Pescatori et al, *Colorect Dis* 2007) su 100 pazienti 13 avevano una IR. Secondo Dvorkin et al (*Br J Surg* 2005) la IR nei pazienti con sintomi da OD è diversa da quella dei volontari asintomatici. Come varia la morfologia della IR tra pazienti sintomatici e asintomatici? Ce lo dice lo studio su 30 pazienti con OD, nei quali la porzione di retto coinvolta nella IR, quella cioè interna alla IR, è di 3 mm. Questo reperto è assente nella IR dei controlli volontari asintomatici. In questa casistica di 30 pazienti sintomatici con OD, la IR viene definita "a tutto spessore". Tra i pazienti con IR sintomatica, 22 avevano una IR a tutto spessore, detta anche "occlusiva". La conclusione è che la IR nei pazienti con OD è più avanzata morfologicamente rispetto ai controlli asintomatici. In quelli con OD è una IR a tutto spessore, negli altri è solo mucosa.

In caso di IR quando è sufficiente un trattamento medico (TM) e quando invece si deve operare? Fare chiarezza su questo punto è essenziale per evitare interventi inutili (che si fanno, questa è la mia impressione dopo aver visto molti pazienti in decenni). Il TM è indicato se la IR è di basso grado. Cosa si deve fare? Aumentare il volume delle feci, dare probiotici e fibre idrosolubili e, se c'è discinesia addomino-pelvica ovvero anismo, fare il bio-feedback. Stiamo sempre parlando di pazienti che hanno sintomi di OD. La chirurgia è invece indicata quando la IR è di alto grado, ovvero molto sintomatica e con la porzione di retto "invasinata" (alla defecografia o alla ecografia anale con sonda rotante) superiore ai 3 mm. (*Seminars in Colo Rectal Surgery* 2023)

Attenzione, ricordo quel che diceva l'ottimo proctologo svizzero Marc Claude Marti, di Ginevra, il maestro di Bruno Roche: "Operate il paziente, non le sue radiografie!". C'è un dato da ricordare (da uno studio radiologico di Paakko (*Colorect Dis* 24; 747: 2022): il 50% dei soggetti normali possono avere alla defecografia una IR! Ma non

per questo devono essere operati. Quelli che hanno sintomi di OD, hanno IR nel 31% dei casi, cioè di meno. Paradossale in apparenza. Questo dimostra che nel valutare i pazienti con OD ci vuole molto discernimento clinico. E non il "bisturi facile", perché dal nostro studio prospettico già citato su 100 pazienti con OD, risulta che ne abbiamo operati solo 14! E questo si spiega se aggiungo che, di questi 100, 44 avevano anismo (che all'epoca NON operavamo, ora si se il bio-feedback non funziona) e ben 66 avevano o ansia o depressione, che sono fattori prognostici negativi per la chirurgia. Fin da lavori di Keighley decenni fa.

Di fronte a un paziente con OD, nel nostro ambulatorio, apriamo un foglio con sopra un diagramma dell'iceberg. In cui ci sono due "scogli" emersi, facilmente identificabili, prolusso mucoso (96-100% , spesso da legatura elastica) e rettocele (68%, da operare solo se provoca autodigitazione ed è maggiore di 3 cm). Poi ci sono "gli scogli sommersi" ovvero le lesioni occulte, che possono essere 5 funzionali e 5 organici. Uno di questi organici è l'IR). Un nostro articolo (Pescatori et al, *Surgery* 2022) dimostra che se "approcciamo"= diagnosticliamo e curiamo seguendo questo diagramma dell'iceberg, abbiamo un miglioramento o guarigione del 68% dei pazienti a 6 anni, con una chirurgia "su misura", ovvero scegliendo l'intervento a seconda della lesione. Nei rari casi in cui operiamo una IR eseguiamo in genere una rettopessi ventrale. Da notare che Madbouly et al (*World J Surg* 2010) hanno il 60% di recidive a 4 anni usando la Starr, a dimostrazione che la Starr ha i suoi limiti e che non bisogna fare a tutti lo stesso intervento.

Termino ricordando ciò che scrisse su *Dis Colon Rectum* Ira Kodner, presidente dei chirurghi colo-rettali americani. "Non operate mai un paziente con intussuscezione rettale se prima non ha fatto una buona valutazione psicologico-psichiatrica".

Prof Mario Pescatori  
Clinica Parioli, Roma  
ucpclub@virgilio.it

# Spesso ignorate in Italia alcune raccomandazioni delle linee guida della Società Americana di Chirurgia Colo-Rettale (ASCRS) per la gestione delle emorroidi sintomatiche

GIUSEPPE DODI<sup>1</sup>, MARIA PAULA DI SILVESTRO<sup>2</sup>

*1 Centro Pelvi Padova, 2 Servizio Civile Aistom FAVO*

**Riassunto:** Le linee guida 2024 dell'ASCRS per la gestione della malattia emorroidaria considerano diagnosi, terapie mediche, ambulatoriali, urgenze e chirurgia in elezione. Sono ottime ed esaurienti con alcune raccomandazioni che in Italia sembrano spesso disattese: nell'ambito medico l'abuso di creme contenenti anestetico e in quello chirurgico la frequenza con cui vengono ancora praticate le anopsi con suturatrice meccanica omettendone le complicanze più gravi. Si rilevano peraltro pochi elementi se pur non del tutto marginali che i colleghi statunitensi trascurano e ci si riferisce in particolare alla valutazione della dissinergia nell'esame obiettivo nei soggetti con lunghe sedute defecatorie e alla prevenzione delle stenosi postoperatorie con le autodilatazioni anali.

**Parole chiave:** Emorroidi; Complicanze; Linee guida; Proctologia; Chirurgia coloretale

## Often ignored in Italy some recommendations of the guidelines of the American Society of Colorectal Surgery (ASCRS) for the management of symptomatic hemorrhoids

**Abstract:** The 2024 ASCRS guidelines for the management of hemorrhoidal disease consider diagnosis, medical therapies, outpatient, emergencies and elective surgery. They are excellent and comprehensive with some recommendations that in Italy often seem to be ignored: in the medical therapy the abuse of creams containing anesthetic and in surgery the frequency with which stapled hemorrhoidectomy are still practiced omitting the most serious complications. Few elements are highlighted, although not entirely marginal, that American colleagues overlook and we refer in particular to the evaluation of dyssynergia in the physical examination in subjects with long defecatory sessions and to the prevention of postoperative stenosis with anal self-dilation.

**Keywords:** Hemorrhoids; Complications; Guidelines; Proctology; Colorectal surgery

### INTRODUZIONE

L'ASCRS affida la composizione delle linee guida per diverse pratiche cliniche ad un gruppo di membri della società con esperienza specifica nella chirurgia colo-retto-anale al fine di definire gli standard di qualità per il trattamento delle varie patologie coloproctologiche in base alle migliori evidenze scientifiche disponibili. Chiaramente ogni medico dovrà poi prendere le decisioni finali sulla correttezza di una determinata procedura clinica valutandola secondo le caratteristiche del caso in questione.

Nelle linee guida del 2024 per la cura della malattia emorroidaria si individuano alcune raccomandazioni che nella pratica clinica dei pazienti gestiti in Italia sembrano spesso disattese. Riteniamo quindi opportuno che il giornale Pelviperineologia metta in evidenza le indicazioni provenienti dalla letteratura internazionale. Il testo è ripreso dall'articolo pubblicato su Diseases of the Colon & Rectum del 2024<sup>1</sup> a cui si rimanda per i riferimenti bibliografici dei dati citati. Lo scopo principale è dunque di dare rilievo ad alcune modalità di trattamento della malattia emorroidaria possibilmente da evitare.

### DEFINIZIONE DELLE EMORROIDI E DELLA MALATTIA EMORROIDARIA

Le emorroidi sono strutture altamente vascolarizzate presenti in ogni individuo che originano da un insieme di tessuti connettivi artero-venosi e drenano nelle vene emorroidarie superiori e inferiori. Classicamente vengono classificate come *esterne* e *interne* in base alla loro relazione con la linea pettinea, le prime ricoperte dall'anoderma molto sensibile, le seconde da mucosa relativamente insensibile; comunicano tra loro e, se interne ed esterne aumentano di volume, spesso in parte si sovrappongono. Quando siano sintomatiche per sanguinamento, prolasso, crisi dolorose, rappresentano uno dei quadri di malattia medica e chirurgica più comuni riscontrati nella pratica clinica: negli Stati Uniti si calcolano oltre 2,2 milioni di valutazioni ambula-

toriali all'anno. Le linee guida dell'ASCRS affrontano le modalità diagnostiche e terapeutiche nella gestione della malattia emorroidaria.

### METODI E RISULTATI

Sono stati selezionati 1897 studi per l'inclusione iniziale e la certezza; il livello delle *evidenze* con il grado finale di *raccomandazione* è stato determinato utilizzando il sistema GRADE (Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation). L'*evidenza* ottenuta da studi clinici randomizzati controllati (*RCT*) parte da un'elevata certezza, quella proveniente da *studi osservazionali* da una bassa certezza. Per ogni risultato l'*evidenza* viene classificata come elevata, moderata, bassa o molto bassa. Le *raccomandazioni* considerano rischio di errore, incoerenza, incertezza, imprecisione e bias di pubblicazione.

**1. Anamnesi ed esame obiettivo. Raccomandazione: forte, basata su prove di bassa qualità.** I segni fondamentali delle emorroidi interne sono il sanguinamento con la defecazione senza dolore, una tumefazione anale o il prolasso. Il fastidio a livello delle emorroidi esterne è legato alla difficoltà di igiene (in USA non utilizzano il bidè). Le emorroidi esterne trombizzate si presentano come noduli dolorosi nel margine anale, non riducibili. L'anamnesi si concentra su entità, gravità e durata dei sintomi. La stipsi predispone alla malattia emorroidaria.

**2. Anoscopia, rettoscopia e colonscopia.** Per la diagnostica endoscopica in caso di emorroidi sintomatiche con rettorragie, *la forza della raccomandazione è debole sulla base di prove di bassa qualità*, ossia l'indicazione non vincolante dipende da fattori specifici come preferenze del paziente, contesto clinico, risorse disponibili. Sebbene la malattia emorroidaria sia la causa più comune di ematochezia, anche altre patologie coloretali come cancro, malattie infiammatorie intestinali (IBD), coliti, malattia diverticolare, angiodisplasia, possono causare rettorragie.

**3. La terapia conservativa con dieta e modifiche dello stile**



**di vita** è il principale approccio di prima linea in presenza di sintomi emorroidari. *Raccomandazione forte, basata su prove di qualità moderata.* In una revisione Cochrane di 7 studi randomizzati controllati (RCTs n=378) che confrontavano una dieta ricca di fibre con dieta senza fibra per controllo, il rischio di avere sintomi persistenti è diminuito del 53% nel gruppo fibra rispetto al gruppo non fibra. Si consiglia di evitare sforzi e limitare il tempo trascorso sul water, in quanto comportamenti associati a tassi più elevati di emorroidi sintomatiche.

**4. La terapia medica topica e orale** sebbene eterogenea, comporta bassi rischi e può dare un sollievo sintomatico. *Raccomandazione debole, basata su prove di bassa qualità.* Comprende una varietà di agenti topici con creme, unguenti, schiume, supposte e farmaci tra cui idrocortisone, fenilefrina, pramoxina, amamelide. Sebbene l'applicazione topica di *unguenti contenenti anestetici*, steroidi, emollienti e antisettici sia comunemente utilizzata, l'uso può causare reazioni allergiche o sensibilizzazione. I flebotonici, il cui meccanismo d'azione non è stato stabilito, sono comunque associati al rafforzamento delle pareti dei vasi sanguigni, all'aumento del drenaggio linfatico e alla normalizzazione della permeabilità capillare con beneficio per prurito, sanguinamento, secrezioni e miglioramento generale dei sintomi.

**5. Le terapie ambulatoriali** sono indicate nella maggior parte dei pazienti con emorroidi sintomatiche di grado 1 o 2 e in casi selezionati con emorroidi di grado 3 e 4, refrattarie al trattamento conservativo. La *raccomandazione è forte sulla base di prove di qualità moderata.* Vengono prese in considerazione le tre procedure principali:

*legatura elastica delle emorroidi* considerata il trattamento ambulatoriale più efficace, significativamente migliore della terapia sclerosante; sepsi perineale e emorragia grave sono complicanze molto rare;

*iniezioni sclerosanti* con soluzione di fenolo al 5% in olio di mandorle, utilizzate da decenni per il sanguinamento emorroidario; la schiuma di polidocanolo dà risultati simili alle legature per il sanguinamento ma non per il prolasso;

*coagulazione all'infrarosso*: consiste nell'applicazione di energia infrarossa al tessuto emorroidario per ottenerne una necrosi e quindi la fissazione, così trattando il sanguinamento e il prolasso con risultati simili e in alcuni studi migliori rispetto alle legature elastiche.

**6. Terapie d'urgenza.** Alcuni pazienti con emorroidi esterne trombizzate possono trarre beneficio da un'escissione chirurgica precoce. *Raccomandazione debole basata su prove di bassa qualità.* Ci sono pochi studi sulla trombosi emorroidaria esterna. La chirurgia può essere superiore al trattamento non operatorio, ma non ci sono prove riguardo al periodo di tempo ottimale per la gestione non operatoria. La maggior parte dei pazienti trattati in modo non chirurgico sperimenterà una risoluzione finale dei loro sintomi. Una serie di 150 pazienti assegnati in modo casuale all'applicazione topica di nitroglicerina allo 0,2%, all'incisione e all'evacuazione del trombo o all'escissione delle emorroidi ha riscontrato una si-

gnificativa riduzione del dolore con l'escissione delle emorroidi rispetto al trinitroglicerina topica o alla trombectomia dopo 3 giorni. Non vi è stata alcuna differenza nel sollievo sintomatico tra i gruppi di trattamento al follow-up di 1 mese, ma a 1 anno il tasso di recidiva era significativamente inferiore dopo l'escissione rispetto alla trombectomia.

**7. Terapia chirurgica con emorroidectomia escissionale.**

L'emorroidectomia escissionale secondo Milligan Morgan (aperta, o chiusa secondo Ferguson) va proposta a pazienti selezionati con emorroidi esterne o con emorroidi interne ed esterne sintomatiche combinate di grado 3-4. *Raccomandazione forte sulla base di prove di alta qualità.* L'escissione chirurgica è efficace nei pazienti non candidabili alle procedure ambulatoriali per emorroidi interne o dopo l'insuccesso di queste ultime o che hanno una malattia emorroidaria esterna concomitante. In una meta-analisi di 11 RCT che confrontavano l'emorroidectomia aperta secondo Milligan Morgan rispetto a quella chiusa secondo Ferguson (n=1326) l'approccio chiuso è stato associato a una riduzione del dolore postoperatorio, una guarigione più rapida delle ferite e un rischio ridotto di sanguinamento postoperatorio. Le complicazioni gravi dopo l'emorroidectomia chirurgica sono rare, la più comune è l'emorragia postoperatoria precoce o tardiva (1%-2%). La ritenzione urinaria acuta si verifica nell'1-15% dei casi. Le complicazioni a lungo termine possono includere stenosi anale e incontinenza.

**8. Legatura dell'arteria emorroidaria Doppler guidata (HAL)**

viene utilizzata per i pazienti con emorroidi interne e, rispetto all'emorroidectomia escissionale, può ridurre il dolore ma aumenta le recidive. *Raccomandazione debole basata su prove di qualità moderata.* In uno studio RCT multicentrico su 80 pazienti che confrontava HAL con escissione radicale per emorroidi di grado 3 e 4, un numero maggiore di pazienti nel gruppo escissione ha richiesto farmaci antidolorifici antinfiammatori non steroidei durante la seconda settimana postoperatoria rispetto al gruppo HAL (87,8% contro 53,8%). I gruppi non hanno mostrato differenze nelle complicanze postoperatorie, nel tempo di ritorno al lavoro o nella soddisfazione del paziente. A 2 anni dall'intervento chirurgico, non sono rimaste differenze nella recidiva, nelle complicazioni, nella qualità della vita o nella soddisfazione del paziente tra i gruppi. Un altro RCT su 98 pazienti, che ha confrontato HAL con escissione ha rilevato a un anno tra i gruppi nel gruppo HAL un tasso significativamente più alto di prolasso recidivo: 59% contro 31%.

**Emorroidopessi con suturatrice meccanica:** non è raccomandata come trattamento chirurgico di prima linea per le emorroidi interne, data la sua efficacia marginale e il profilo di rischio significativo. *Raccomandazione debole, basata su prove di qualità moderata.* Questa tecnica utilizza un dispositivo di sutura circolare per creare un'anastomosi muco-mucosa mediante l'escissione della sottomucosa prossimale alla linea pettinea con conseguente fissazione prossimale dei cuscinetti anali e interruzione delle arterie nutri-

TABELLA 1. Riepilogo e forza delle raccomandazioni GRADE (in rosso aggiunte degli autori).

Riepilogo	Forza raccomandazione	Evidenza
anamnesi, esame obiettivo, grado, durata sintomi, fattori di rischio, <b>tono sfinterico, sinergia al ponzamento</b>	Forte	Bassa
colonscopia in pazienti selezionati con emorroidi sintomatiche e sanguinamento anale	Debole	Bassa
modifica dieta e stile di vita, terapia di prima linea nelle emorroidi sintomatiche	Forte	Moderata
terapia medica: innocua ( <b>evitando anestetici topici</b> ) con potenziale sollievo sintomatico	Debole	Bassa
emorroidi sintomatiche di grado 1, 2, casi selezionati 3, 4, legatura: il trattamento ambulatoriali più efficace	Forte	Moderata
emorroidi esterne trombizzate: possono trarre beneficio dall'escissione chirurgica precoce	Debole	Bassa
emorroidectomia escissionale: nelle emorroidi esterne o interne ed esterne sintomatiche di grado 3 e 4	Forte	Elevata
legatura arteria emorroidaria Doppler guidata: emorroidi interne, riduce il dolore ma aumentano le recidive	Debole	Moderata
emorroidopessi con suturatrice meccanica: non raccomandata, efficacia marginale e rischi significativi	Debole	Moderata

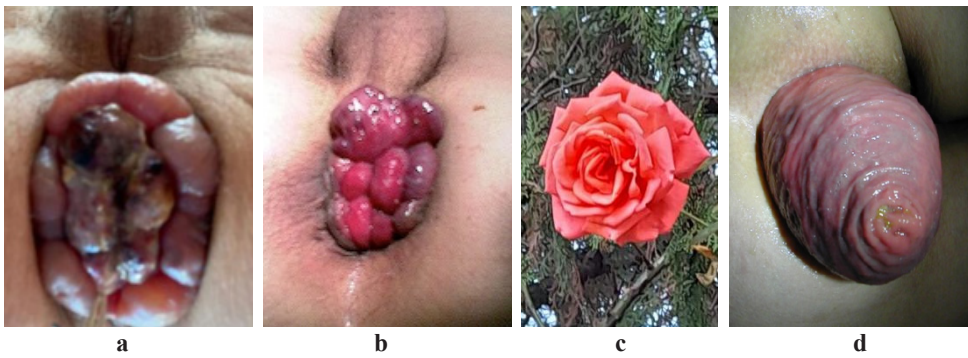


Fig. 1- Le linee guida dell'ASCRS indicano l'emorroidectomia escissionale (tecnica di Milligan Morgan, aperta o chiusa secondo Ferguson) come l'intervento di elezione nelle emorroidi interne ed esterne di grado 3 e 4 (a,b). Il prollasso emorroidario non va confuso col prollasso rettale completo: i "petali (c)" emorroidari vanno distinti dalle plie concentriche della parete rettale prollassata (d).

zionali. Sebbene efficace per le emorroidi interne prolassate, non affronta le emorroidi esterne per cui i pazienti hanno meno dolore e migliore qualità della vita entro le prime 6 settimane dopo l'intervento, tuttavia rispetto all'emorroidectomia escissionale ha significativamente più recidive e tassi più alti di tenesmo e incontinenza. Inoltre una percentuale significativamente più alta di pazienti sottoposti a emorroidopessi lamentava un prollasso sintomatico in tutti i 13 studi (1191 pazienti) e maggiori probabilità di richiedere ulteriori interventi. In un'altra revisione di 98 studi con 7827 partecipanti sottoposti a tutte le tecniche chirurgiche, la recidiva era significativamente più comune dopo suturatrice. Un'altra serie retrospettiva di 86 pazienti con un follow-up di 10 anni ha riportato il 39% di recidive e l'8% incontinenza. Un'ulteriore serie retrospettiva di 194 pazienti ha riportato recidiva a lungo termine nel 41% a 12 anni e incontinenza nel 39%. Oltre a tali risultati l'uso della suturatrice è associata a complicazioni uniche: fistole rettovaginali, sanguinamento, stenosi della linea di sutura: una revisione sistematica di 784 articoli con 14.232 casi ha rilevato un tasso di complicazioni medio del 16,1% con 5 decessi documentati. Tra il 2000 e il 2009, sono stati pubblicati 40 casi di perforazione rettale in letteratura dopo questo tipo di intervento, 35 pazienti hanno richiesto una laparotomia con deviazione fecale e 1 paziente è stato trattato con resezione anteriore bassa e nonostante il trattamento chirurgico e la rianimazione, si sono verificati comunque 4 decessi.

## CONCLUSIONE

La ASCRS fornisce una disamina molto precisa e condivisibile a tutti i livelli su come affrontare le terapie mediche, ambulatoriali e chirurgiche della malattia emorroidaria (Tab.1). Si tratta di un'ottima base per proporre ai pazienti il *consenso informato* ai diversi tipi di cura. Alcune indicazioni meritano comunque un commento.

Quando nei convegni in Italia si affrontano questi temi si sente ancora dar valore alla procedura con le *suturatrici mec-*

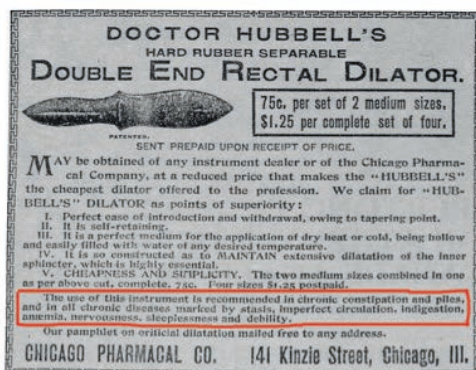
*caniche*: se pure in molti casi i risultati inizialmente siano buoni e le complicanze non frequenti, non è concepibile far accettare al paziente il rischio, per lo più non dichiarato, di laparotomia, stomia, proctalgia cronica, incontinenza anale e addirittura morte, per curare i sintomi emorroidari. Di questi casi siamo tutti venuti a conoscenza anche per le frequenti cause medico-legali, ma la forte pressione delle aziende produttrici di suture meccaniche, se pur minore rispetto al primo decennio di diffusione della metodica, ottiene il suo risultato. V'è addirittura chi sostiene che solo questo tipo di anoressia possa aiutare a risolvere casi di emorroidi interne-esterne come quelli illustrati nella figura 1a,b.

Finalmente l'autorevolezza dell'ASCRS mette in evidenza i rischi dell'uso delle *creme contenenti anestetici*, le più diffuse, prescritte dagli ignari MMG nonché consigliate dalle farmacie e acquisite dalle strutture pubbliche interessate al basso costo di produzione. I proctologi francesi (gastroenterologi!) raccomandavano di non usarle (*jamais!*) già negli anni '70, ma da noi i pazienti continuano a farne un uso indiscriminato.

Stupisce che, a fronte del rischio di avere *stenosi* dopo emorroidectomia escissionale, i chirurghi statunitensi della commissione non considerino le *autodilatazioni* postoperatorie come metodo per evitare tale complicanza<sup>2</sup>. Eppure uno dei primi dilatatori anali compariva con doti quasi miracolose proprio nelle pagine dell'American Journal of Obstetrics all'inizio del XX secolo (Fig. 2). Né viene menzionato nel dolore delle crisi emorroidarie il beneficio dei semicupi o bidè caldi<sup>3</sup>; spesso negli USA, e non solo, il dolore anale viene in questi casi erroneamente trattato con il ghiaccio.

Fa sorridere il dato che il *tempo eccessivo* trascorso sul wc sia associato a tassi più elevati di emorroidi sintomatiche. Quei momenti .... che per molti possono essere occasione di tranquillità per lettura o meditazione sembrano essere confusi con quelli di chi a lungo è costretto col ponzamento a forzare una defecazione ostruita magari solo a causa della *dissinergia* di cui nella diagnostica (punto 1.) non è segnalato l'obbligo di verifica, mentre viene consigliato solo il controllo del tono sfinterico

Fig. 2- Inserzione sull'*American Journal of Obstetrics and diseases of Woman and Children* del 1904, fondato nel 1868 e dal 1920 ribattezzato *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.



## BIBLIOGRAFIA

- Hawkins AT, Davis BR, Bhamra AR, Fang SH, Dawes AJ, Feingold DL, Lightner AL, Paquette IM; Clinical Practice Guidelines Committee of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2024 May 1;67(5):614-623.
- Dodi G. Editoriale Il galateo degli sfinteri. Dilatatori, dildo, analità, tabù e salute. *Pelvipiperineologia*. 2018 37 (2): 18.
- Dodi G, Bogoni F, Infantino A, Pianon P, Mortellaro LM, Lise M. Hot or cold in anal pain? A study of the changes in internal anal sphincter pressure profiles. *Dis Colon Rectum*. 1986 Apr; 29(4):248-51

Corrispondenza  
giuseppe.dodi@unipd.it

## Robert Capa: lui e il suo mondo

STEFANIA BERTELLI

*Media Relationship Manager, Campodarsego, Padova*

La fotografa mentre lei affronta il set, ma nonostante le luci artificiali, le pose dettate dal copione, gli abiti di scena le foto di lui fanno sentire, quasi in modo palpabile, lo sguardo che accarezza il volto, le braccia, la linea sinuosa del collo e poi dei fianchi, come una lunga, caldissima carezza che trapassa ogni cosa, l'obiettivo, i vestiti, la scena da recitare. Lui è uno dei fotografi più noti, Robert Capa (Fig. 1), lei è Ingrid Bergman (Fig. 2), una delle attrici del momento, chiamata a girare con i più importanti registi del momento. Una coppia che fa molto rumore, anche perché la Bergman è sposata.

È appena finita la guerra, è cominciata un'altra vita, un'altra storia, ma le ferite sono tutte aperte. Capa si sente svuotato, barcollante. Se la guerra è finita, lui che farà? Su cosa punterà l'obiettivo catturando le immagini fatali che lo hanno reso famoso e che hanno riempito di frenesia ogni fibra del suo corpo e della sua anima? Grazie all'incontro con Ingrid Bergman, nel giugno 1945, inizia a frequentare l'ambiente hollywoodiano. Capa è bello proprio come un attore. Allegro, simpatico, piace alle donne, è sempre stato così, e la prima volta che incrocia lo sguardo dell'attrice, all'hotel Ritz di Parigi, tra i due vibra una corrente sotterranea, una passione che li sconvolge per due anni. La loro storia adulterina è raccontata nel libro di Chris Greenhalgh «Seducing Ingrid Bergman» uscito nel 2012. Sembra che Capa, colpito dall'attrice, abbia deciso di far scivolare un biglietto sotto la porta della sua stanza per invitarla a bere un drink. A quel tempo la Bergman è sposata con Petter Aron Lindström e ha una figlia di sei anni, Pia. Ma tutto questo non le impedisce di accettare quel drink, di far chiudere alle sue spalle una porta d'albergo e scivolare in ore e ore di passione con quell'uomo che guarda il suo corpo come nessuno ha mai fatto. Quando, agli inizi del 1946, lei inizia le riprese del film-capolavoro di Alfred Hitchcock *Notorius*, per starle vicino si accredita sul set come inviato di *Life*. Scatta molte foto di scena e dietro le quinte. Stessa situazione si ripropone quando partecipa al set di *Arco di Trionfo*, di Lewis Milestones. La relazione con la Bergman però finisce. Secondo alcuni cronisti lei ne ha il cuore spezzato, secondo altre versioni è lui ad essere abbandonato. Capa decide di partire per la Turchia per dimenticarla e per girare un nuovo documentario.

Robert ha sempre pensato che il matrimonio non facesse per lui. Troppi legami, lui vuole essere libero per seguire il suo istinto, la sua voglia di vivere e soprattutto di guardare e documentare la vita, in tutte le sue sfaccettature. Una sola donna, probabilmente, ha toccato fino in fondo il suo cuore, così come i suoi sensi. Ed è stata Gerda Taro. Chi era?

Bisogna tornare indietro di qualche decennio. Bisogna tornare a Budapest, negli anni Trenta. E seguire quel bel ragazzo dagli occhi neri e fascinosi, Endre Friedmann, nato nel 1913 a Budapest. Ribelle, fuori dalle regole, in cerca di una propria identità, costretto a scappare prima dal regime conservatore e antibolscevico di Horthy, e poi dall'avvento

del partito nazionalsocialista. Più o meno segue la stessa parabola esistenziale Gerda Pohorylle, ebrea tedesca figlia di una famiglia borghese, che aderisce molto presto al partito socialista e che, intuisce subito di non poter più restare in Germania. A 23 anni lascia la famiglia e comincia una nuova vita a Parigi, dove per puro caso, accompagnando un'amica in uno studio fotografico, incontra Endre.

I due scoprono di condividere, oltre alla sorte di espatriati, idee politiche e interessi artistici. Lui le racconta quanto è difficile affermarsi come fotografo, nonostante l'evidente talento. Lei capisce che il suo problema sono i pregiudizi e l'apparenza che contano agli occhi dell'opinione pubblica, e allora ha un'idea: d'ora in poi non si presenterà più come un povero giovane mitteleuropeo, ma come un ricco americano di successo. Lo porta a cambiare abiti e lo ribattezza con un nome semplice e che rimane impresso: Robert Capa; lei stessa cambia il suo in Gerda Taro. Così comincia un sodalizio professionale molto proficuo. Gerda è inizialmente la sua attenta manager, che gli fa ottenere sempre più commissioni. Non ci sono, in questo momento "complicazioni sentimentali" anche se i due si sentono evidentemente attratti. Ma si tengono lontani. Tanto a Endre-Robert le avventure non mancano. Per lui le donne – e il sesso – sono un modo per gettarsi nella vita, assaporarne la forza minuto per minuto. Non è un don giovanni seriale, non ama la conquista per la conquista, ma ama amare, ama guardare e conquistare le donne, ama comprenderle. Intanto Gerda sparisce per un po', o meglio è lui che si allontana perché inviato in Spagna. Per Robert, tra la frenesia e i rischi della situazione, c'è qualcosa che si impone e prende spazio dentro di sé giorno dopo giorno: ha bisogno di rivedere Gerda. Si ritrovano nel sud della Francia e la storia ricomincia sotto altre spoglie, quella dell'amore.

Vanno a vivere in un minuscolo appartamento nel cuore di Parigi; sono in sintonia per ogni aspetto della vita, compreso quello intimo. Lei è una donna libera, senza inibizioni, e per lui tutto è eccitante, anche nella routine. Nel 1936 inizia la guerra civile spagnola ed entrambi vengono assoldati come fotografi di guerra. Accettano anche per testimoniare la loro presa di posizione contro la dittatura militare, sostenuta peraltro dalla Germania nazista e dall'Italia fascista. Si recano sul campo, vivono accanto ai soldati e registrano tutto: dagli scontri veri e propri alle esistenze della gente semplice che cerca di sopravvivere quotidianamente, senza sapere quello che succederà domani. Rivoluzionano la fotografia di guerra, ritraendo le persone "da vicino", come sempre suggerirà di fare Capa, e fanno conoscere all'Europa il conflitto che precede e prepara la Seconda Guerra Mondiale.

Gerda è spericolata come sempre e Robert comincia a temere che possa rischiare troppo. E in questo periodo succede qualcosa che cambia ancora una volta il destino del fotografo: riesce ad immortalare il momento della morte di un miliziano in una foto (Fig.4) che lo rende famosissimo e lo consacra, a 25 anni, come "il più grande fotografo di guerra della storia". Sembra l'apice della vita e della fortuna. Ma le cose cambiano davvero, fino in fondo: Capa è lanciato e Gerda, che pure è felice del suo successo, per cui ha tanto lottato per anni, sente che comunque non potrà sempre vivere nella sua ombra, semplicemente come la donna che vive accanto al grande fotografo. Eppure le ha pure chiesto

---

**Stefania Bertelli** Media Relationship Manager, specializza in comunicazione integrata, si occupa dell'Ufficio Stampa di eventi e mostre di livello nazionale e internazionale. Vive a Campodarsego, Padova.



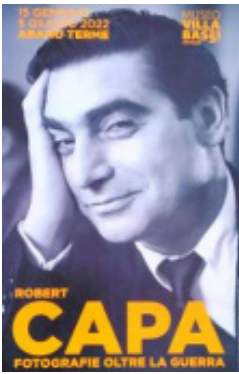


Fig. 1 - Autoritratto.

Fig. 2 - Ingrid Bergman sul set.

Fig. 3 - Picasso premuroso protegge dal sole Françoise Gilot musa e amante di quaranta anni più giovane, l'unica che lo abbia abbandonato, madre di Paloma.

di sposarlo; lei risponde di no. E Robert non lo chiederà a nessun'altra, probabilmente.

Gerda resta in Spagna e si spinge sempre più vicino agli scontri. Del resto, è l'unica reporter presente a Brunete, a ovest di Madrid. Un giorno si trova sul predellino di un convoglio di feriti e viene sferrato un attacco aereo tedesco: Gerda viene sbalzata e investita da un tank e perde la vita. Capa riceve la notizia e non riesce a crederci. Per giorni rimane come intontito, inebetito. Gerda non c'è più, Gerda compagna, amica, amante, complice. Non c'è più. Ma la vita continua, e la carriera di Capa decolla sempre più. Fonda insieme a d'altri importanti fotografi la fondamentale agenzia Magnum Photos e si getta a capofitto in un'esistenza vorticosa, soprattutto nei vari conflitti sparsi nel mondo. Perché la guerra non cessa mai; dopo la seconda guerra mondiale, ecco quello tra Israele e Palestina e quello tra Francia e Indocina, durante il quale incontra una morte simile a quella di Gerda nel 1954, quando calpesta una mina.

Ma prima di quel giorno fatale, ci sono invece i giorni luminosi e le notti infinite, a Parigi e in giro per il mondo. A lui che può passare giorni, settimane, mesi, dormendo all'aperto, in bivacchi di fortuna, mangiando quello che capita e dove capita, insieme a soldati, contadini, fuggiaschi, non dispiace certo soggiornare nei grand hotel della Costa Azzurra o nelle località sciistiche alla moda. Grazie al suo incontro con la Bergman, come si diceva, entra in contatto con il mondo del cinema, in piena espansione. Sono gli anni d'oro del grande cinema, dagli Usa all'Europa. Tornato da un viaggio in Unione Sovietica con l'amico John Steinbeck, nel 1948 arriva in Italia, sul set di *Riso Amaro*, dove ha una love story con una delle attrici che affiancano Silvana Mangano, Doris Dowling. Ancora una volta una passione che accende le cronache mondane, un'altra attrice bella e sensuale, un nuovo capitolo per il fotografo vorace di pas-

sioni e di bellezza.

Il periodo in cui vive Capa è contraddistinto da personalità così segnate dal gusto, e a tratti da una sorta di compulsione a volte esasperata, della vita. Pensiamo a George Simenon, alla sua vera e propria dipendenza dal sesso, così come la descrive lui stesso nei *Ricordi intimi*: «La donna è ciò che più mi ha affascinato nella vita. Avevo fame di tutte le donne che incrociavo con la cui groppa ondeggiante bastava ad infiammarmi al dolore fisico. Quante volte ho placato questa fame con giovani donne più grandi di me, sulla soglia di una casa o in qualche vicolo buio? Oppure si intrufolava in alcune di quelle case alle cui finestre una donna più o meno grassa e desiderabile tesseva placida». Si è sposato tre volte, con la seconda moglie avrà un rapporto trasgressivo: vanno insieme nelle case chiuse per fare sesso con altre donne. La sua terza moglie era la cameriera assunta per prendersi cura della seconda durante la sua malattia. «Ho fatto i conti una volta. Dall'età di dodici anni ho avuto diecimila donne a letto», ha ammesso Simenon.

Usciti da due guerre, da dittature, dal crollo delle ideologie, da infiniti lutti e sofferenze, e insieme inseguiti dalla voglia di prendersi tutte le rivincite possibile sull'esistenza, uomini, artisti geniali come Simenon e Capa, hanno attraversato la storia e il mondo con uno sguardo spalancato sulla realtà senza finzioni e ipocrisie, ma con il desiderio di creare nuova vita e forza.

#### DICHIARAZIONE

Questo articolo non è stato supportato da alcun finanziamento.

Corrispondenza  
stefania.bertelli@artemidepr.it



Fig. 4 - Il miliziano colpito a morte, icona del fotogiornalismo, rappresenta l'attimo in cui il soldato viene ucciso durante la guerra civile spagnola nel 1936.



L'AisFinVeneto è l'associazione regionale che fonde in un'unica entità di volontariato la missione e la visione dell'Aistom e della Fincopp nazionali. Il tema comune è rappresentato dall'incontinenza stomale e dall'insufficienza sfinterica urinaria e anale, lo scopo è di risolvere o alleviare le conseguenze sulla disabilità. Per agevolare nella regione veneta la realizzazione dei progetti più sentiti e urgenti, l'AisFinVeneto programma ogni anno una serie di riunioni provinciali ove gli iscritti all'associazione, i pazienti, i professionisti della sanità e tutte le persone interessate possono esprimere le loro esigenze e le loro potenzialità.

### L'incontro AisfinVeneto di Rovigo, ospedale - medicina del territorio - assistiti: gli squilibri del pavimento pelvico

ANDREA LEGNARO

UOC Chirurgia Generale P.O. di Rovigo e Trecenta, responsabile "UOS day Surgery e Week Surgery Multidisciplinare Rovigo" Chirurgia generale e Proctologia

Venerdì 31 gennaio 2025 nella Cittadella Socio Sanitaria di Rovigo si è tenuta la riunione provinciale AisFinVeneto che ha visto la partecipazione di medici specialisti, infermieri e rappresentanti delle associazioni di pazienti con l'obiettivo di approfondire le problematiche legate agli squilibri del pavimento pelvico e di fornire strumenti per una gestione integrata tra ospedale, medicina del territorio e assistiti. L'evento è stato organizzato da Andrea Legnaro chirurgo e coloproctologo che ha coinvolto tutte le figure ospedaliere che quotidianamente affrontano le complesse patologie pelvi-perineali.

Al saluto delle autorità è seguita, da parte del Prof. Giuseppe Dodi, l'illustrazione del ruolo dell'AisFinVeneto, evidenziando il contributo dell'associazione nel supporto ai pazienti e nella diffusione della consapevolezza sui disturbi del pavimento pelvico. A seguire il Signor Marco Torresan dell'APIS ha presentato il contributo delle associazioni dei pazienti, sottolineando l'importanza del supporto reciproco e della sensibilizzazione pubblica.

Il Dr. Luigi Losacco ha poi trattato il tema dell'omeostasi del pavimento pelvico, spiegando i meccanismi fisiologici che regolano il corretto funzionamento di questa complessa struttura anatomica.

Nel corso dell'incontro, diversi specialisti hanno approfondito le principali patologie legate agli organi pelvici. Per l'**incontinenza fecale** la Dr.ssa Beatrice Salmaso ha spiegato cause, sintomi e opzioni terapeutiche disponibili per questa condizione invalidante. Il confezionamento delle **enterostomie** è stato affidato al Dr. Dario Parini che ha illustrato le tecniche chirurgiche e la gestione post-operatoria di tali interventi. La Dr.ssa Sandra Battaglia ha fornito un quadro dettagliato delle problematiche legate all'**incontinenza urinaria** e alla gestione delle **uro- e nefrostomie**, con le strategie adatte a migliorare la qualità della vita dei pazienti. I **prolassi del compartimento medio** sono stati discussi dalla Dr.ssa Vania Minardi, che ha affrontato il tema delle disfunzioni pelviche femminili e delle opzioni terapeutiche disponibili riportando casi clinici e le strategie terapeutiche intraprese.

L'**approccio riabilitativo** e la gestione quotidiana delle disfunzioni pelviche sono un tema di non facile approccio per il numero di pazienti da considerare e il limite delle risorse di strutture di personale. Le problematiche mediche, pur complesse sono in genere meno assillanti degli aspetti organizza-



tivi. L'attenzione in questi frangenti di contatto tra popolazione e istituzioni si sposta proprio sulle strategie di gestione della riabilitazione: il **percorso riabilitativo** è stato illustrato dal Dr. Roberto Barbieri, che ha evidenziato l'importanza della fisioterapia per il recupero funzionale del pavimento pelvico, mentre la gestione ed educazione alla **stomia**, spiegata dall'IP Massimiliano Bergamini, ha fornito indicazioni pratiche per migliorare l'autonomia e la qualità della vita dei pazienti stomizzati. L'IP Marzia Lombardi ha illustrato le tecniche di terapia fisica per il recupero del tono muscolare e della funzionalità pelvica nell'ambito della riabilitazione del pavimento pelvico, mentre per i **comportamenti alimentari** la Dr.ssa Barbara Cavallaro ha sottolineato il ruolo dell'alimentazione nella prevenzione e nel trattamento di molti disturbi del pavimento pelvico. L'incontro si è concluso con una discussione finale durante la quale sono stati analizzati casi clinici concreti e condivise esperienze quotidiane da parte dei partecipanti. Il confronto ha permesso di evidenziare l'importanza di un approccio multidisciplinare per la gestione delle problematiche del pavimento pelvico, favorendo la collaborazione tra specialisti, infermieri, pazienti e accudenti.

La chiusura dei lavori è avvenuta con il ringraziamento ai partecipanti e la conferma dell'importanza di eventi formativi e divulgativi su queste tematiche per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e la consapevolezza della popolazione.

Corrispondenza  
andrea.legnaro@auls5.veneto.it

L'Aula Magna della Cittadella Socio Sanitaria di Rovigo





# Continenza o incontinenza? Questo è il problema! AisFinVeneto incontra la cittadinanza a Venezia

SARA VEDOVETTO

UOC Chirurgia Generale Ospedale SS. Giovanni e Paolo Venezia, ULSS3 Serenissima

AisFinVeneto è sbarcata a Venezia con l'arrivo della primavera. Nel pomeriggio di venerdì 21 marzo le porte della sala San Domenico dell'Ospedale SS. Giovanni e Paolo (Fig.1) si sono aperte ad un drappello di cittadini veneziani interessati al tema "Continenza o incontinenza? Questo è il problema! Il compito del pavimento pelvico e soluzioni possibili: farmaci, riabilitazione, chirurgia e stomie". Come in occasione dei precedenti eventi promossi da AisFin, anche gli specialisti dell'Ospedale di Venezia, assieme alle infermiere che si dedicano alla gestione dell'ambulatorio stomizzati, si sono impegnati nell'intento di avvicinare la cittadinanza ai temi dell'incontinenza urinaria e fecale e a quello delle stomie. Tali temi hanno costituito un valido collante alla partecipazione delle associazioni dei malati e dei professionisti della salute, costituendo un momento di particolare rilevanza, tanto che il Direttore dell'ULSS3 Serenissima, Dr. Edgardo Contato, ha partecipato all'apertura dell'evento, piacevole sorpresa per i presenti, che hanno ascoltato parole di rilancio dell'Ospedale Civile come centro della salute di Venezia. Hanno accolto i presenti anche i saluti del sempre vivace Prof. Giuseppe Dodi e del Direttore del Dipartimento Chirurgico Dr. Roberto Merenda.

A dare parola ai relatori il Dr. Giovanni Leoni, responsabile della unità Operativa Semplice di colon-proctologia di Venezia e Presidente dell'Ordine dei Medici di Venezia, che ha contribuito a patrocinare l'evento. Le relazioni degli Specialisti del nosocomio veneziano si sono susseguite a ritmo serrato attorno al fulcro comune del pavimento pelvico: il Dr. Alberto Aceti per il comparto anteriore, il Dr. Gianluca Cerri per il comparto centrale e Vedovetto per il comparto posteriore. Sono inoltre intervenuti la Dr.ssa Antonietta Furlan per il ruolo della riabilitazione nelle problematiche del pavimento pelvico (Fig.2) e il Dr. Alessandro Mulachié per illustrare il contributo dell'anestesia nel merito delle tematiche trattate. Le infermiere Fiorenza Giroto e Samanta Benedetti, assieme alla Dr.ssa La Bombarda, hanno bene illustrato la cura e l'accoglienza che ricevono i pazienti portatori di urostomie e colostomie presso il servizio ambulatoriale dell'Ospedale, che, seppur con le difficoltà del caso, è riuscito a sopravvivere dopo il duro periodo della pandemia, ma Venezia e i suoi



Fig.1 - La sala San Domenico nella Scuola Grande di San Marco, legata al complesso Ospedaliero dell'Ospedale Civile di Venezia dal 1437.

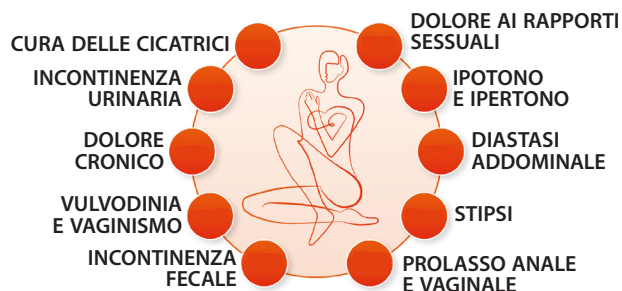


Fig.2 - Quando può essere utile la riabilitazione

Ospedali e Lazzaretti hanno una ricca storia di vittorie sulle pestilenze, come capita di leggere nelle numerose lapidi e icone lungo le mura del nosocomio.

In sala erano presenti alcuni pazienti portatori di colon e ileostomia, che mi hanno stretto la mano a inizio e fine evento, ma non si sono sentiti di esporsi per parlare della loro esperienza. Per favorire che ciò accada è necessario invitare a dar l'esempio le persone più "estroverse", se pur non facili da individuare, che accettino volentieri di fornire una testimonianza importante per i pazienti e fondamentale anche per i professionisti sanitari a tutti i livelli. Le infermiere stomaterapiste, conoscendo più a fondo le personalità dei loro assistiti, possono dare un importante contributo nell'aiutare ad individuare le persone adatte. Sono comunque scelte che evidentemente restano alla sensibilità del singolo. Ospiti molto gradite con i loro interventi pieni di personalità sono state la Dr.ssa Tiziana Russo, nutrizionista, e la vicepresidente AisFinVeneto Martina Santagiuliana, intervenute portando entrambe anche la loro esperienza di MICI con parole che sono arrivate dritte al cuore in quanto piene di vita vissuta. Devo ammettere che sentire parlare la giovane nutrizionista e Martina della loro storia sotto il profilo sia strettamente umano che legato alla interazione con gli ambiti medico-scientifici e assistenziali, è stato davvero emozionante ed è sicuramente una esperienza utile da condividere come persona e come medico e chirurgo in particolare.

Lo sciopero dei trasporti corso il giorno dell'evento ha probabilmente ridotto le presenze di pazienti interessati ma limitati nella possibilità di raggiungere l'ospedale a piedi: Venezia splendida, ma come sempre difficile! Purtroppo lo sciopero ha trattenuto a Chioggia anche i fedelissimi Bertilla Ugolin e Nicodemo Doria, presidente AisFinVeneto. La loro presenza era però nell'aria, come testimoniato dalla foto proiettata che immortalava un momento importante per la storia degli stomizzati a Venezia: il Dipartimento Chirurgico, nella figura del Direttore Dr. Merenda, nel 2016, proprio in presenza di Bertilla Ugolin, Nicodemo Doria, Dodi e Leoni, aveva inaugurato il primo ambulatorio per stomizzati presso l'Ospedale Civile.

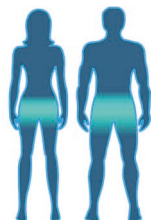
Insieme ad AisFin confidiamo che queste iniziative aumentino la consapevolezza e l'interesse della cittadinanza riguardo ai temi più sensibili, aiutando ad infrangere quelli che sembrano essere ancora dei tabù radicati.

Corrispondenza  
sara.vedovetto@gmail.com



# Pelvishop

## LA PELVI SICURA



**DILATAN Plus** I dilatatori, nelle misure 18, 20, 23 e 27 mm, sono indicati nelle stenosi del canale anale e nello spasmo doloroso dell'ano associato ad ipertono sfinterico indotto da ragade anale o crisi emorroidaria. Sono utili in caso di sanguinamento emorroidario e di stipsi per difficile espulsione delle feci. Spalmare il dilatatore con la crema indicata per ragade, emorroidi o altro, possibilmente priva di anestetico locale che è spesso irritante.



**SAPIGENK** Detergente intimo ad azione lenitiva con estratto di capperò ed aloe vera. Per l'igiene intima, la prevenzione della candidosi e delle infezioni batteriche vaginali in generale. Decongestionante, antiarrossante e dermoprotettiva.



**CREMA EMORAUS** Crema a base di centelloside, calendula, allantoina, escina, elianto, cardiospermum halicacabum; astringente, antiossidante. Migliora la vascolarizzazione e la riepitelizzazione, il trofismo tissutale e allevia il prurito/fastidio/dolore anale. Applicare 2 volte/dì sulla zona interessata.



**LAXAUS** integratore alimentare a base di estratti vegetali con vari principi attivi e attraverso una fitoterapia olistica mira a correggere i numerosi elementi responsabili dei sintomi della stitichezza. Assumere 20 cc di sciroppo (2 cucchiaini) al dì.



**REGOLAUS RABARBARO** integratore alimentare; regola la funzione intestinale in caso di stipsi svolgendo coi suoi principi attivi naturali un'azione efficace ed equilibrata anche sulle prime vie digestive. Il contenuto di senna e frangula è dosato al fine di limitarne l'aggressività sulle mucose, facendo rientrare il prodotto nella categoria dei lassativi non irritanti. Come digestivo: 1 grano dopo i pasti; come blando lassativo: 3 grani prima di coricarsi la sera.



**IGIET** dispositivo meccanico, un solo gesto, un maggior benessere e un occhio di riguardo alla natura, evitando inutili sprechi di carta. È di particolare beneficio in quelle situazioni di problemi anali (emorroidi, ragadi, dermatiti con prurito, fistole, ferite di vario tipo, ecc.) in cui è preferibile evitare lo sfregamento della carta igienica con l'ano. Inoltre induce il riflesso ano-colico per completare lo svuotamento del retto nei casi in cui c'è la sensazione di defecazione incompleta.



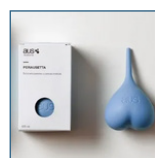
**PULSACLIS** il clisma a getto pulsante, dotato di cannula lunga e morbida, svuota e pulisce l'ultimo tratto dell'intestino (retto e sigma) e con le pulsazioni stimola la peristalsi per una corretta gestione sia della stipsi che dell'incontinenza anale.



**TIME MARKERS** marcatori radiopachi per lo studio dei tempi di transito intestinale. Metodo consigliato: assumere 10 marcatori al giorno (1 busta) per 10 giorni (con dieta regolare e nessuno stimolo per la defecazione); effettuare una radiografia diretta dell'addome l'11° giorno.



**VENOCIRCOLAUS** integratore alimentare naturale contiene diosmina, esperidina e centella. Migliora il microcircolo e previene la fragilità capillare nelle gambe e favorisce la circolazione del plesso emorroidario. Assumere 2 capsule al dì.



**PERAUSSETTA** peretta indicata per effettuare piccoli clisteri e lavaggi del tratto finale dell'intestino (retto e canale anale, ano) e della vagina. L'applicazione è consigliata per lo stimolo iniziale alla defecazione oppure, nei casi di sensazione di incompleto svuotamento, per indurre, dopo il primo passaggio delle feci, l'emissione successiva e concludere in due sole volte la defecazione.



**CREMA RAGADAUS** crema naturale a base di calendula, vit. A, E, cardiospermum. Migliora la vascolarizzazione e la riepitelizzazione dell'anoderma e predispone alla rapida riduzione del prurito e del dolore anale. Applicare 2 volte/dì sulla zona interessata.



**TEST DEL MICROBIOTA** nell'arco di alcune settimane analizza in coltura un campione di feci. Considera le condizioni generali del paziente e identifica gli squilibri (disbiosi) tra le colonie microbiche responsabili di varie malattie. Un professionista qualificato fornisce consigli sull'alimentazione e l'eventuale assunzione di integratori o farmaci.



**RELAXER** dispositivo wireless studiato per lo svolgimento degli esercizi mirati al rilassamento dei muscoli pelvici a livello anale, urinario e sessuale. Permette di visualizzare sullo smartphone la contrazione e il rilasciamento dei muscoli del perineo e dello sfintere anale, in modo piacevole e rilassante, con la possibilità di avere un riscontro (feedback) in tempo reale sul corretto svolgimento dell'esercizio.



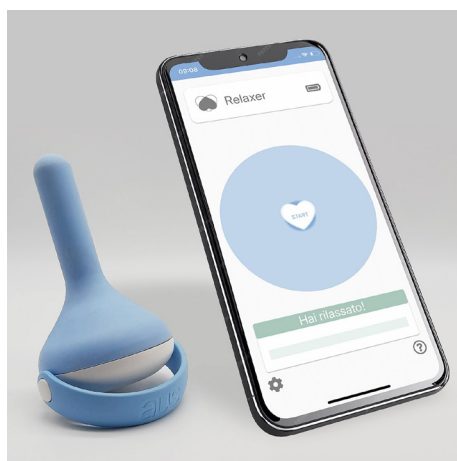
**INTELLISTIM** dispositivo professionale ad uso domiciliare per il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale con l'elettrostimolazione perineale.

# LA PELVI SICURA



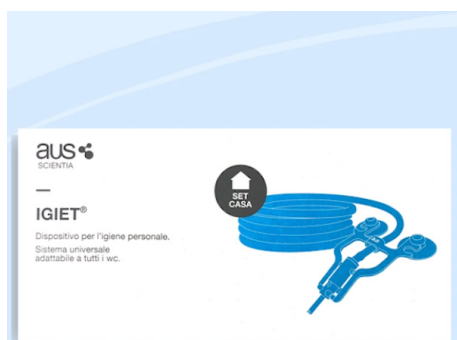
## PULSACLIS Kit Irrigazione Trans Anale

L'Irrigazione Trans Anale (TAI) è la risposta alle situazioni più fastidiose collegate alla stitichezza (intestino irritabile/"colite") e all'incontinenza anale. Il clisma a getto pulsante, dotato di cannula lunga e morbida, svuota e pulisce l'ultimo tratto dell'intestino (retto e sigma) e stimola la peristalsi per una corretta gestione della stipsi e dell'incontinenza. Molti fattori, comprese le emozioni, possono impedire una soddisfacente defecazione. Nelle forme che maggiormente disturbano la qualità della vita il problema si supera in modo semplice col clistere pulsante, approccio innovativo di facile uso a domicilio, economico rispetto ad altri dispositivi, utile nella stitichezza con transito rallentato. All'effetto meccanico dell'acqua si possono aggiungere prodotti con azione emolliente e lenitiva sulle mucose irritate.



## RELAXER biofeedback®

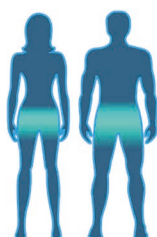
È un dispositivo wireless studiato per lo svolgimento degli esercizi mirati al rilassamento dei muscoli pelvici a livello anale, urinario e sessuale. La sonda, di 6 x 1,5 cm, è elasticamente deformabile e sensibile alla pressione sfinterica. Contiene un sensore di pressione che emette un segnale audio attraverso lo smartphone con cui è collegato per mezzo di una app. È alimentato da una batteria ricaricabile al suo interno. Il Relaxer® permette di visualizzare sullo smartphone il rilasciamento dei muscoli del perineo e dello sfintere anale, in modo piacevole, con la possibilità di avere un riscontro (feedback) in tempo reale sul corretto svolgimento dell'esercizio.



## IGIET getto igienico

Dispositivo meccanico, un solo gesto, un maggior benessere e un occhio di riguardo alla salvaguardia della natura, evitando inutili sprechi di carta. L'Igiet va collegato al rubinetto del bidè o del lavandino accanto al wc. Oltre che per una normale igiene personale, l'Igiet è di particolare beneficio in quelle situazioni di problemi anali (emorroidi, ragadi, dermatiti con prurito, fistole, ferite di vario tipo, ecc.) in cui è preferibile evitare lo sfregamento della carta igienica con l'ano. È inoltre adatto alle persone con disabilità fisiche, con difficoltà nell'utilizzo delle mani, soggetti molto anziani, obesi, poiché non richiede alcuno sforzo fisico.

**Pelvishop**  
LA PELVI SICURA



## A.U.S. Srl

Sede legale e Amministrativa:  
Via Croce Rossa, 42 Padova  
Tel. 393 85 795 61 - P.Iva 04616290286

**pelvishop.com**  
**info@pelvishop.com**



Flangia di fissaggio  
per operatività  
hands-free

Slider di  
scorrimento

Impugnatura cava  
che accoglie diversi  
tipi di illuminazione  
anche wireless

Spinginodo

# ERODe

ENDORECTAL OPERATIVE DEVICE

Abbinabile a sonda  
doppler pluriuso

ERODe è un dispositivo chirurgico versatile che si presta a diverse tipologie di interventi proctologici per l'ampia visuale e il comodo spazio di manovra.

**sapimed**

via della Chimica, 6 - Alessandria  
[www.sapimed.com](http://www.sapimed.com)

