

# Ospedale Evangelico Internazionale S.S. di Colonproctologia Dott. P. G. Farina



**LA SINDROME DELLA DEFECAZIONE  
OSTRUITA**  
(STIPSI DA DEFECAZIONE OSTRUITA)

# DEFINIZIONE DI STIPSI

Meno di tre evacuazioni alla settimana

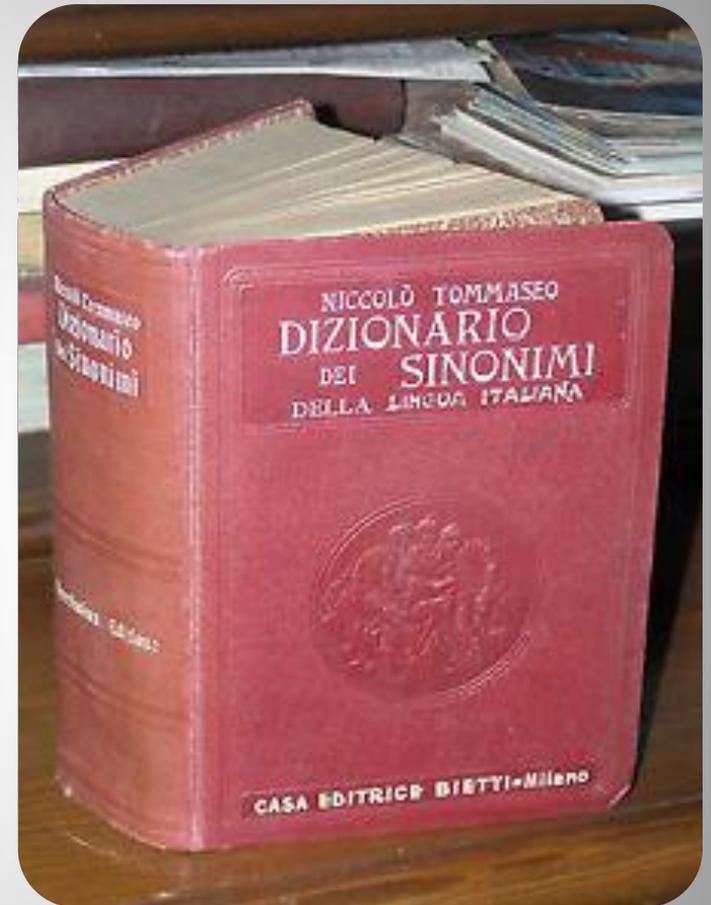
## CLASSIFICAZIONE

- Da rallentato transito
- Da defecazione ostruita
- Da sindrome dell'intestino irritabile (forma a prevalente stipsi)



# SINDROME DA DEFECAZIONE OSTRUITA

- ✓ anismo
- ✓ s. del puborettale
- ✓ s. del perineo spastico
- ✓ defecazione dissinergica
- ✓ contrazione paradossa del pubo-rettale



# SINDROME DELLA DEFECAZIONE OSTRUITA

## Difficoltà all'espulsione delle feci:

- ➡ Necessità di stare sul water per più di 15 min'
- ➡ Sforzi prolungati per iniziare o portare a termine la defecazione
- ➡ Defecazione in più tempi (refratta o interrotta)
- ➡ Sensazione di svuotamento incompleto
- ➡ Sensazione di peso perineale



# SINDROME DA DEFECAZIONE OSTRUITA

Questi disturbi costringono il pz. a:

- ➡ Uso costante di lassativi
- ➡ Ricorso a supposte o clisteri per iniziare o completare la defecazione
- ➡ Digitazione (manovre digitali per iniziare o completare la defecazione)



Ehi Mort, queste supposte ci sono anche in altri gusti?



Peter, mi stai dicendo che le mangi?



No, me le infilo su per il sedere! Ma certo che le mangio!

## D. F. Altomare: new scoring system for obstructed defaecation syndrome. Colorect Dis 2007 (Score 0-31)

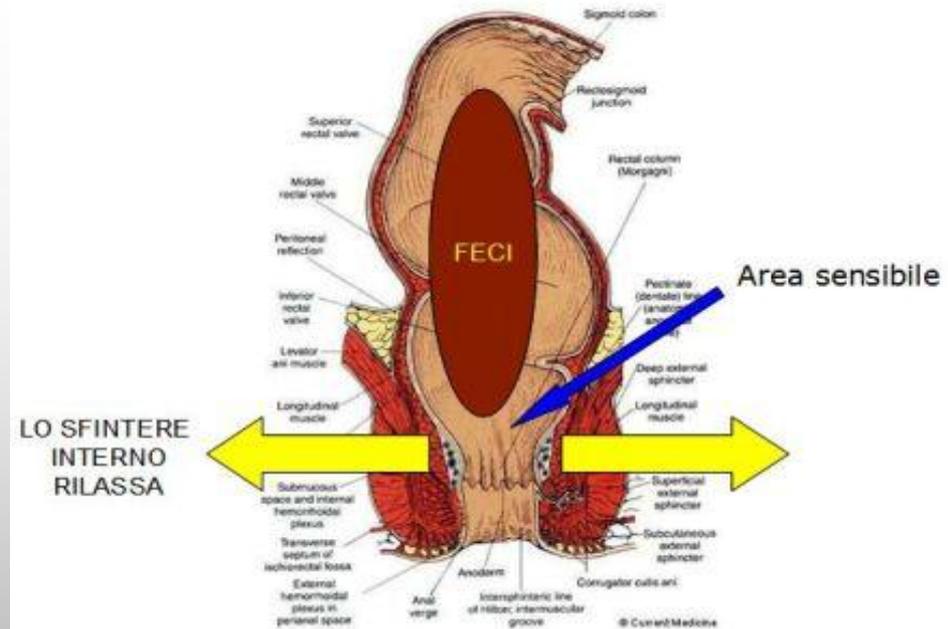
	VARIABILI	SCORE	0	1	2	3	4
1	Tempo medio in minuti necessari per evacuare	≤ 5 min	6-10 min	11-20 min	21-25 min	>25 min	
2	N° di tentativi per defecare al giorno	1	2	3	4	> 5	
3	Bisogno di digitazione anale e/o vaginale	Mai	> 1/mese e < 1/settimana	Una volta settimana	2-3 volte settimana	Sempre alla defecazione	
4	Uso di lassativi	Mai	> 1/mese e < 1/settimana	Una volta settimana	2-3 volte settimana	Sempre alla defecazione	
5	Use di clisteri	Mai	> 1/mese e < 1/settimana	Una volta settimana	2-3 volte settimana	Sempre alla defecazione	
6	Incompleta e/o defecazione in più tempi	Mai	> 1/mese e < 1/settimana	Una volta settimana	2-3 volte settimana	Sempre alla defecazione	
7	Spinta alla defecazione	Mai	25% delle volte	50% delle volte	75% delle volte	Sempre alla defecazione	
8	Tipo della consistenza fecale	Soffici	Dure	Dure e piccole	Formazione di fecalomi		

# FISIOLOGIA DELLA DEFECAZIONE

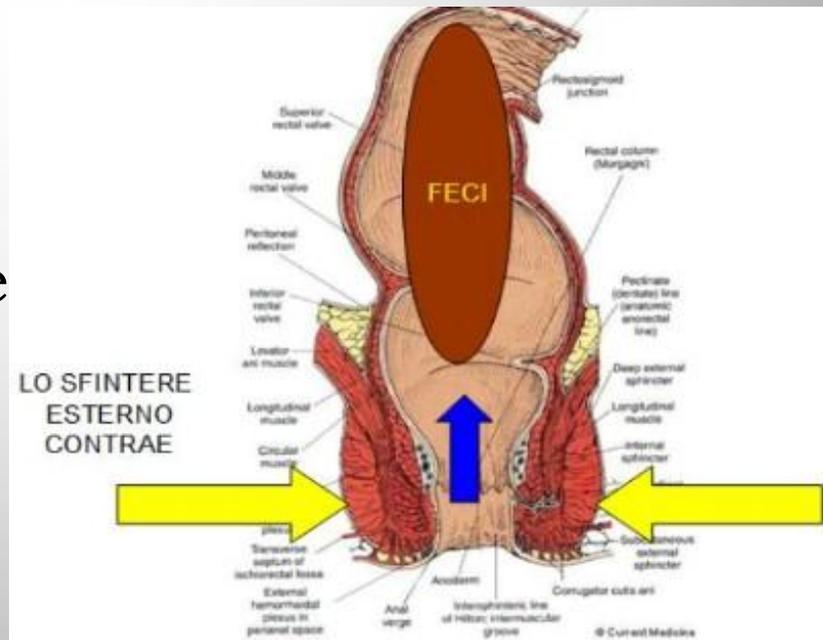
Quando le feci o i gas arrivano in ampolla:

→ la distensione della parete ampollare determina un temporaneo rilasciamento dello sfintere interno (riflesso inibitorio retto- anale);

→ il contenuto rettale viene a contatto con un'area del canale anale dotata di recettori sensitivi somatici che permettono di discriminare la composizione del contenuto stesso (gas, feci liquide, feci solide).



- ➔ Contemporaneamente entra in funzione una contrazione riflessa del puborettale (meccanismo a fionda) e dello sfintere esterno (riflesso eccitatore retto-anale).
- ➔ Questo riflesso garantisce la continenza fino al momento in cui il soggetto avrà deciso di evacuare (o di espellere i gas).
- ➔ Le informazioni dai recettori anali e rettali sono quindi giunte a coscienza. Il soggetto percepisce lo stimolo a svuotare l'ampolla, distingue le caratteristiche del contenuto e decide se vi sono condizioni opportune per la defecazione.



# Defecazione rinviata

- Mantenimento della contrazione volontaria dello sfintere esterno e del pubo-rettale.
- Adattamento dell'ampolla all'aumentato contenuto.
- Esaurimento del riflesso inibitorio retto-anale con ricomparsa della contrazione tonica dello sfintere interno.

# Meccanismo della defecazione

- ➔ Mantenimento del rilasciamento dello sfintere interno.
- ➔ Risoluzione volontaria del riflesso eccitatore retto-anale.
- ➔ Rilasciamento dello sfintere esterno e del pubo-rettale, con apertura dell'angolo ano-rettale.
- ➔ La pressione all'interno dell'ampolla (contrazione della parete del retto + pressione intraaddominale) supera quella del canale anale con conseguente espulsione delle feci.

# SINDROME DA DEFECAZIONE OSTRUITA

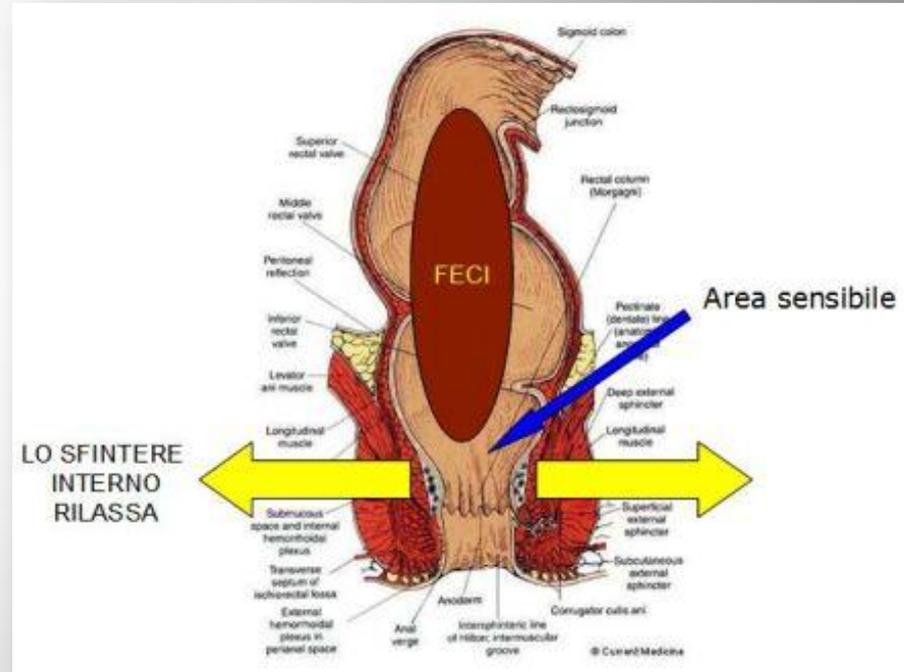
## CLASSIFICAZIONE EZIOLOGICA

A) Da diminuita sensibilità del retto alla distensione :

perdita della sensazione di riempimento rettale



mancata percezione dello stimolo alla defecazione

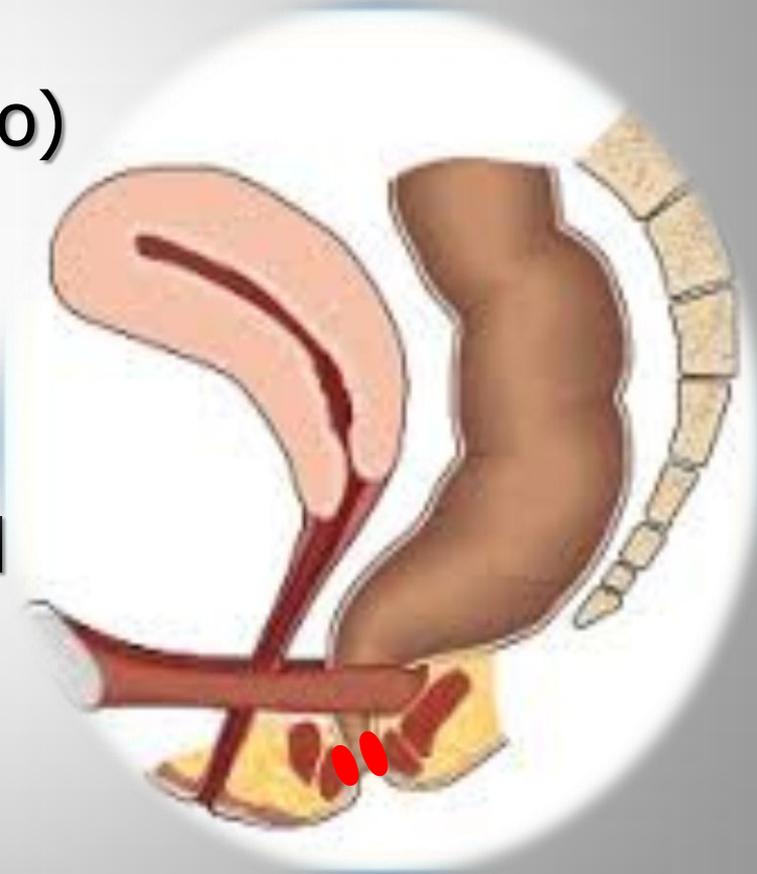


# SINDROME DA DEFECAZIONE OSTRUITA

## CLASSIFICAZIONE EZIOLOGICA

### B) Da dissinergia pelvi-perineale:

- Per insuff. inibizione dello s. i.  
(es. Hirschsprung segmentario)
- Per insuff. inibizione dello s.e.
- Per contrazione paradossa del  
m. puborettale (anismo o  
s. del puborettale)



# Dissinergia pelvi-perineale: le cause

**E' sempre difficile stabilire le cause di un disturbo funzionale.**

? **Disordine comportamentale acquisito?**

? **Apprendimento scorretto dello schema motorio della defecazione?**

**!!! Molto spesso associata ad ansia, stress psicologico, abusi sessuali (in 1/3 delle donne con ODS!)**

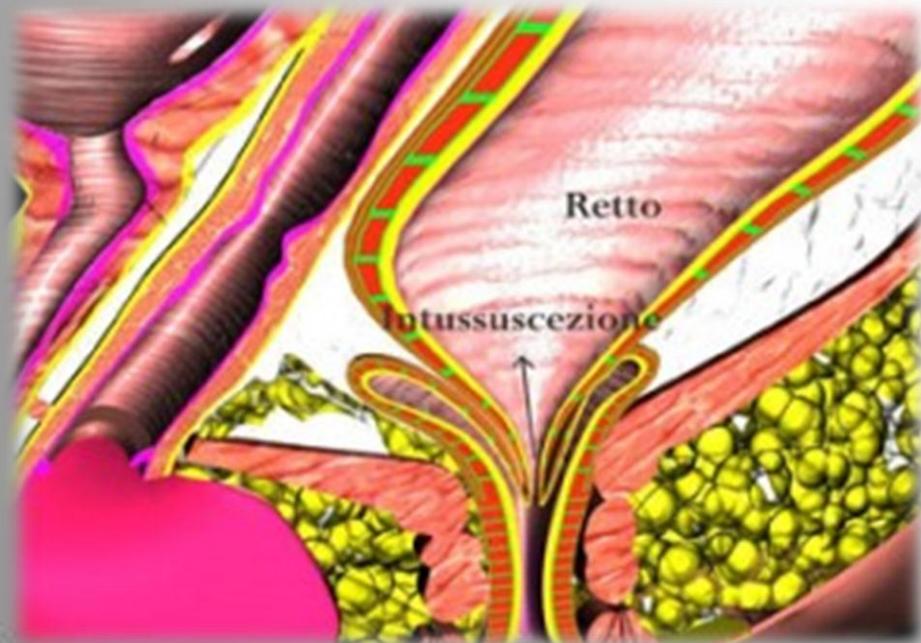


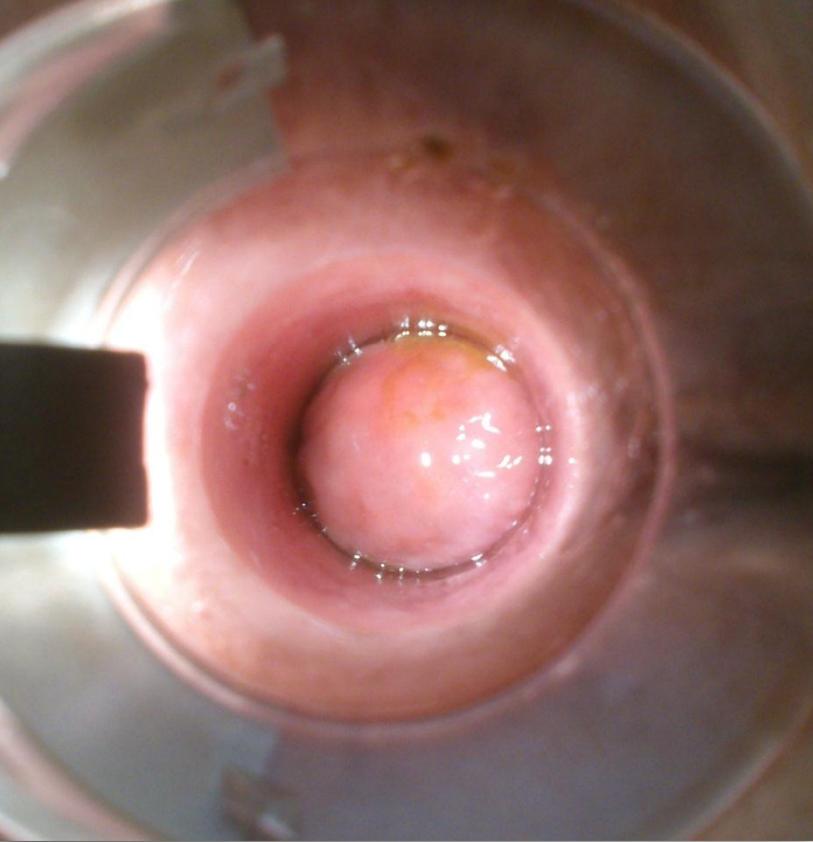
# SINDROME DA DEFECAZIONE OSTRUITA

## CLASSIFICAZIONE EZIOLOGICA

### C) Da ostruzione meccanica:

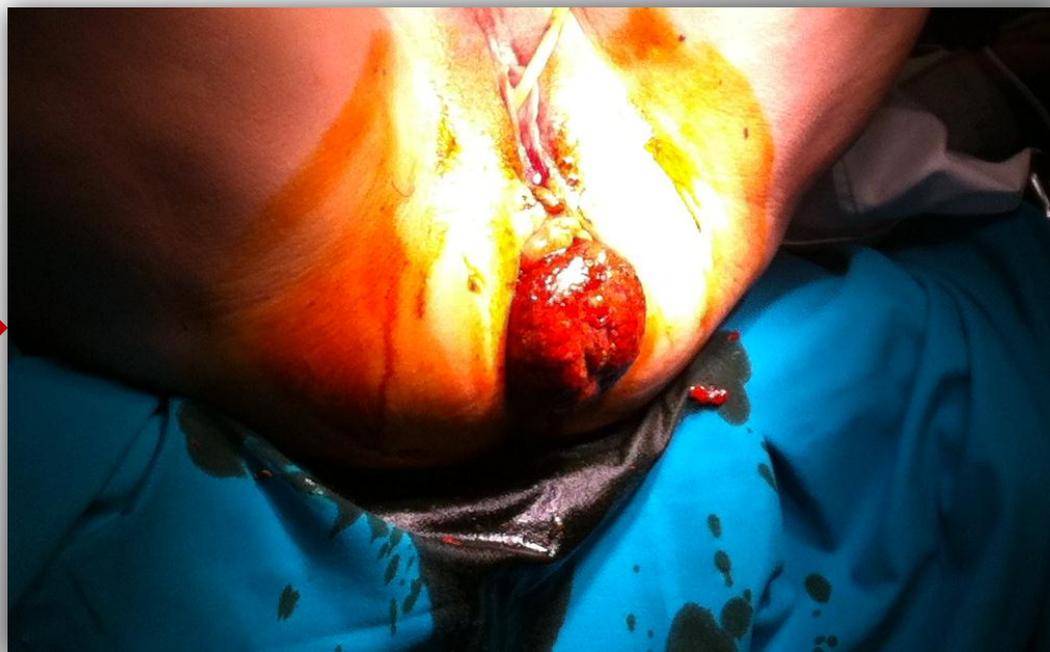
- Prolasso mucoso interno del retto: intussuscezione retto-rettale o retto-anale, generalmente anteriore.
- Prolasso completo (1°, 2°, 3° grado)





**Prolasso mucoso interno anteriore**

**Prolasso completo strozzato**



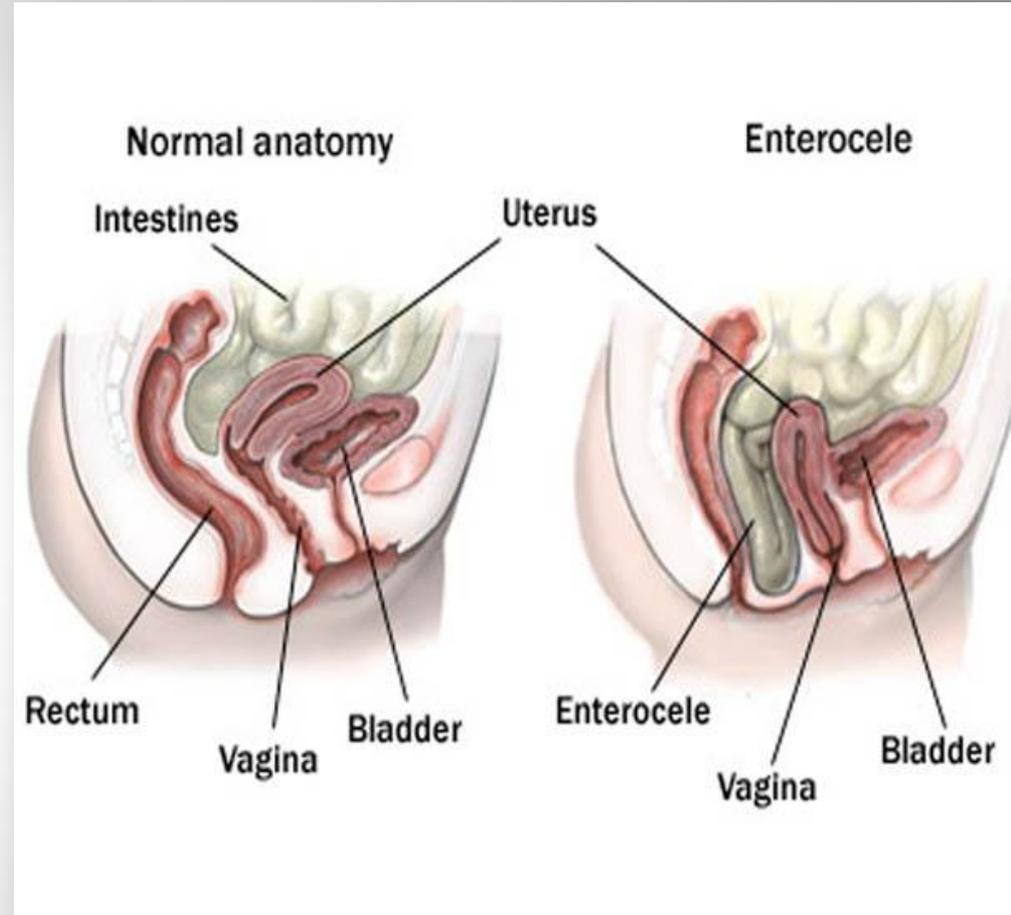
# Da ostruzione meccanica:

## ➤ Enterocele – sigmoidocele:

- Erniazione di alcune anse dell'intestino tenue (o del sigma) in un cavo retto-uterino abnormemente profondo.

## ➤ Neoplasie (!)

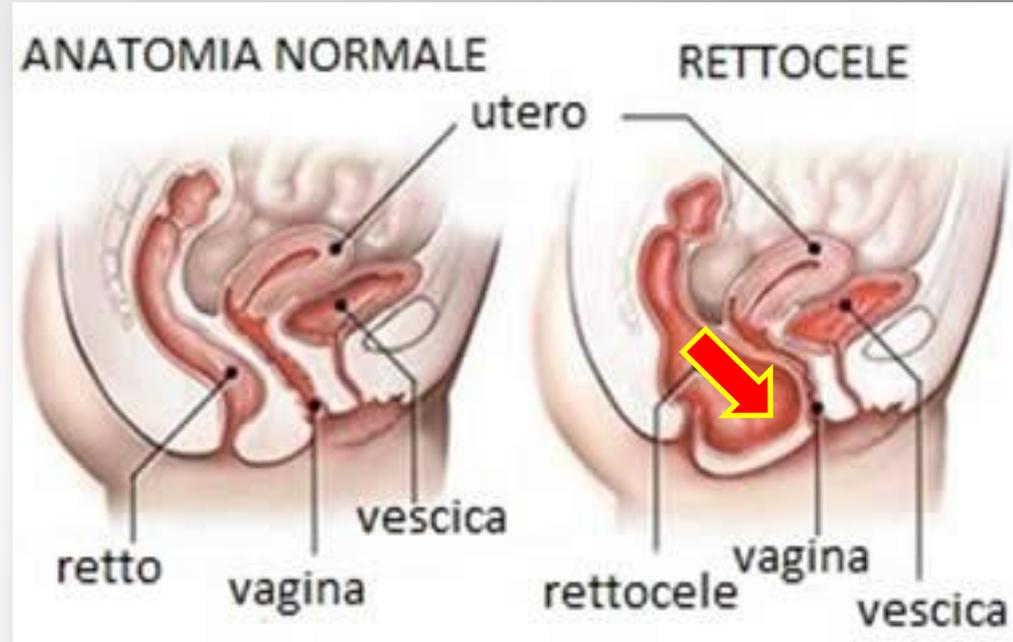
## ➤ Stenosi cicatriziali (!)



D) Da dissipazione del vettore di forza. Ovvero:

la pressione addominale non riesce a convogliare il contenuto fecale verso il canale anale.

➤ **Rettocele:** protusione sacciforme della parete rettale anteriore verso la vagina.



- Presente nel **20-80 %** della popolazione femminile.

- Fattori di rischio: gravidanza; parto vaginale; defecazione dissinergica.

- Aggravato da invecchiamento, menopausa, pregressa chirurgia pelvica, BPCO.

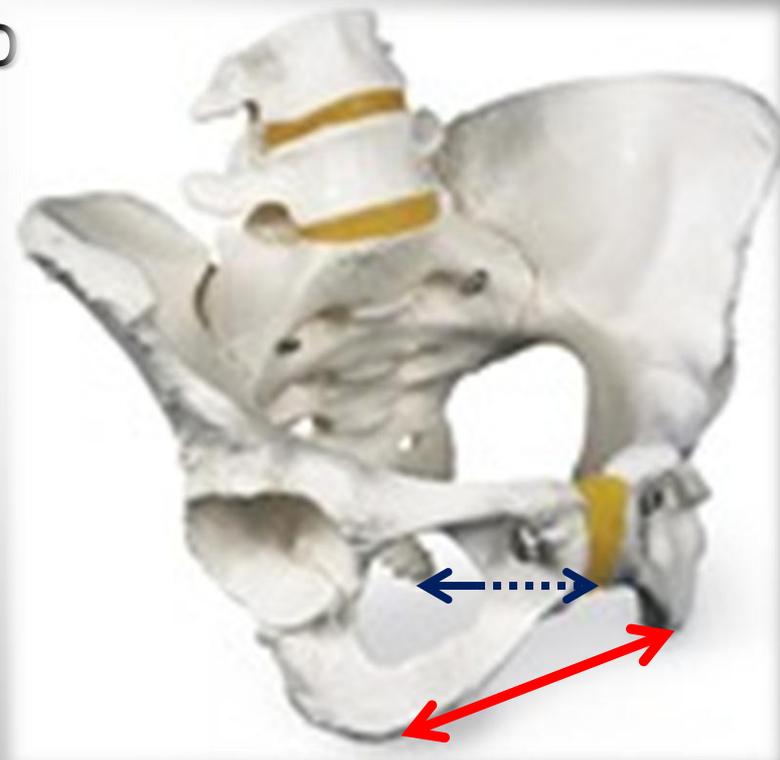
## ➤ **Sindrome del perineo discendente:**

Eccessiva discesa del piano perineale ( $>3.5$  cm), rispetto ai punti di repere ossei del bacino, durante il ponzamento.

**Perineo disceso:** il piano perineale si trova in posizione inferiore alla norma già a riposo

### **Punti di repere:**

- nella valutazione clinica: grandi tuberosità ischiatiche
- nella diagnostica per immagini: linea pubo-coccigea



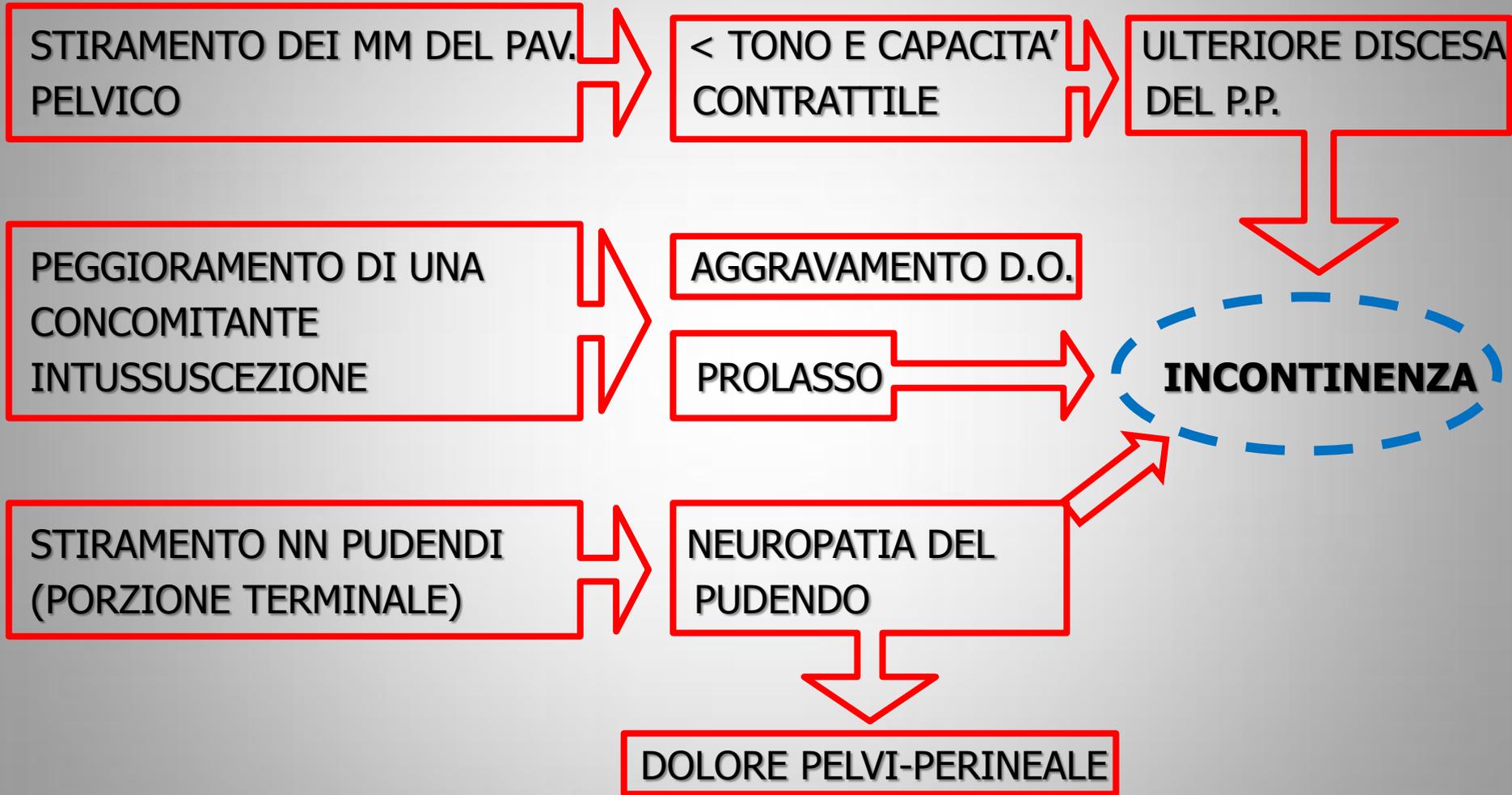
# Sindrome del perineo discendente

Più frequente nel sesso femminile per:

- maggior debolezza del pavimento pelvico;
- possibili danni correlati a
  - \* gravidanza
  - \* parto
  - \* interventi ginecologici



# In questi due casi (soprattutto nel perineo discendente) gli sforzi evacuatori ripetuti e prolungati determinano:



# DIAGNOSI CLINICA 1

## ACCURATA ANAMNESI :

- Alvo e sintomi associati (soiling, prurito, dolore, ecc.)
- Minzione
- Alimentare
- Ginecologica e sessuale
- Stile di vita



# DIAGNOSI CLINICA 2

## ATTENTO ESAME OBIETTIVO



### Ispezione:

- **ponzamento: prolasso; perineo discendente; perineo immobile**
- **tosse: riflesso anale alla tosse (polisinaptico); rettocele; cistocele**
- **riflesso cutaneo anale (S4-S5): lesione centrale o dei nn. Pudendi**
- **ispezione durante e dopo squatting**

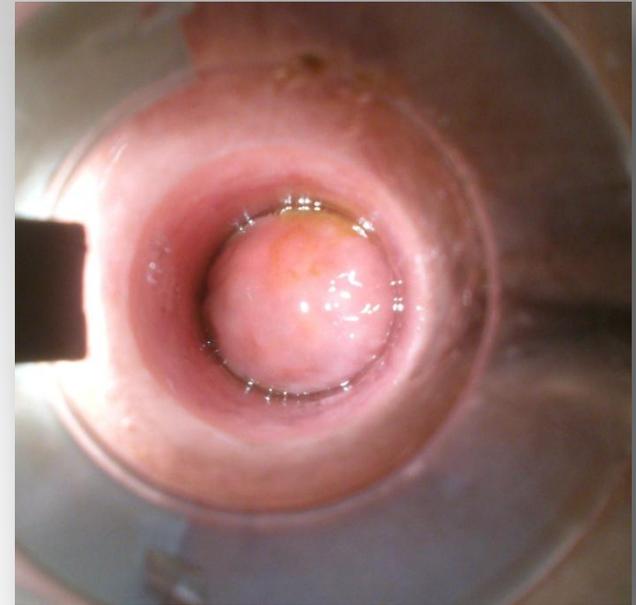
## Esplorazione digitale:

- palpazione margini sfinteriali anali
- dolorabilità
- residuo fecale da evacuazione incompleta
- tono sfinteriale e del pubo rettale
- contrazione riflessa (tosse)
- contrazione volontaria: forza; durata (30 sec.); sinergie muscolari (agoniste-antagoniste)
- ponzamento (spinta): rilassamento sfinteri e pubo-rettale; discesa piano perineale; coordinazione addomino-pelvica
- rettocele (1° - 2°- 3° grado)
- e. retto-vaginale: in pos. ginecologica; in ortostasi (enterocele)

# DIAGNOSI CLINICA 3

## ANOSCOPIA

- Intussuscezione retto-anale:  
valutazione con tosse e  
ponzamento.



---

## VALUTAZIONE GINECOLOGICA

### E/O UROLOGICA:

per conferma di un  
coinvolgimento del comparto  
pelvico medio e/o anteriore.



# TRATTAMENTO CONSERVATIVO 1

- Dieta ricca in fibre
- Adeguata idratazione
- Lassativi di massa e/o osmotici e/o emollienti



## Stitichezza: cosa mangiare?

Cibi da evitare		Cibi da preferire	
Mele crude 	Limone 	Cereali integrali 	Yogurt 
Formaggi 	Riso 	Mele cotte 	Kiwi 
Legumi 	Banane 	Prugne secche 	Zucchine 
Latte 	Nespole 	Carciofi 	Olio di oliva 

MEDICINA360.COM

©

## Dieta per la stitichezza. Menù tipo:

<b>Colazione:</b> 2 fette di pane integrale, marmellata, 1 pera 	<b>Pranzo:</b> 70 g di pasta integrale e broccoli, insalata mista, 
<b>Spuntino:</b> macedonia di frutta mista 	<b>Cena:</b> 200g di pollo ai ferri, 60g di pane integrale, verdure grigliate 

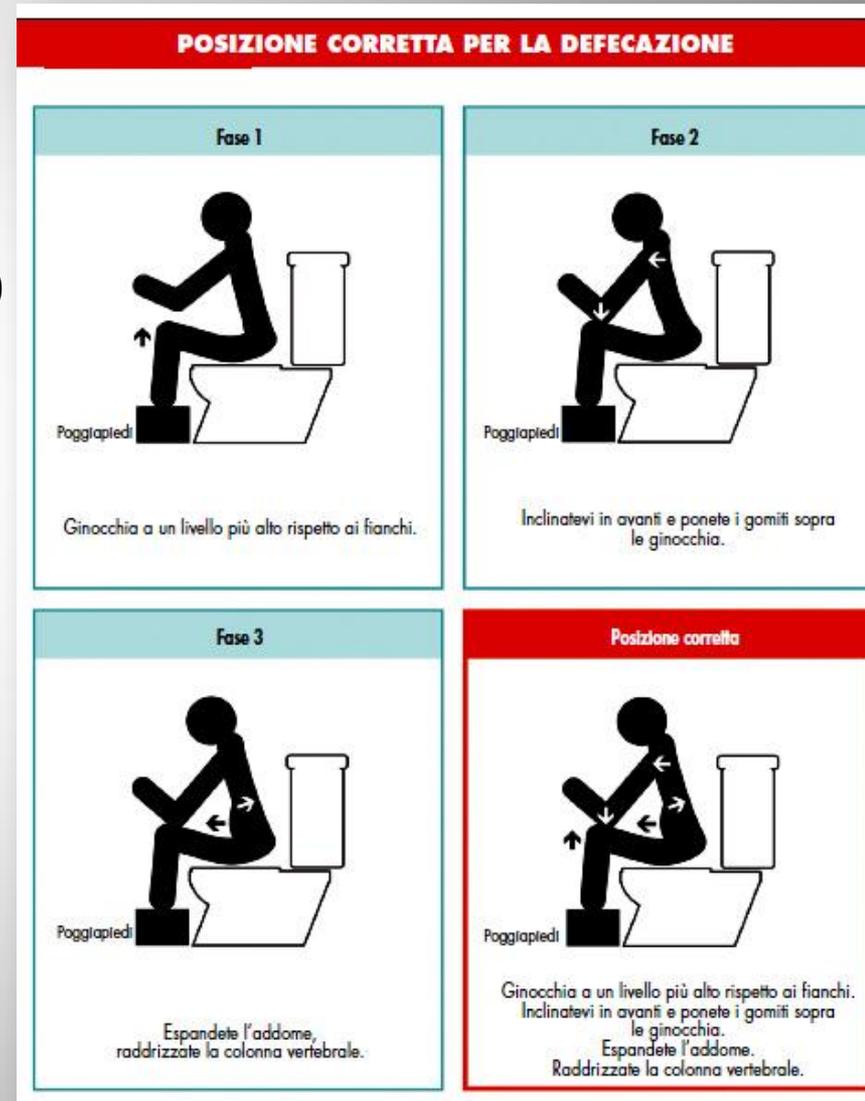
MEDICINA360.COM

©

# TRATTAMENTO CONSERVATIVO 1

## ➤ Toilet-training:

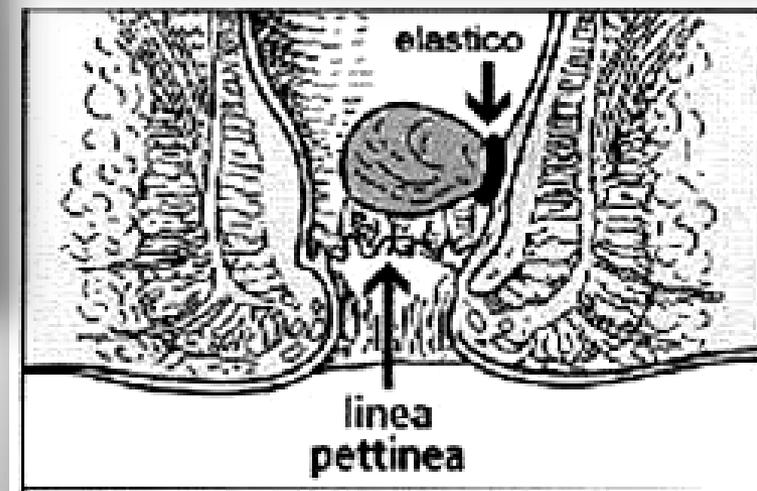
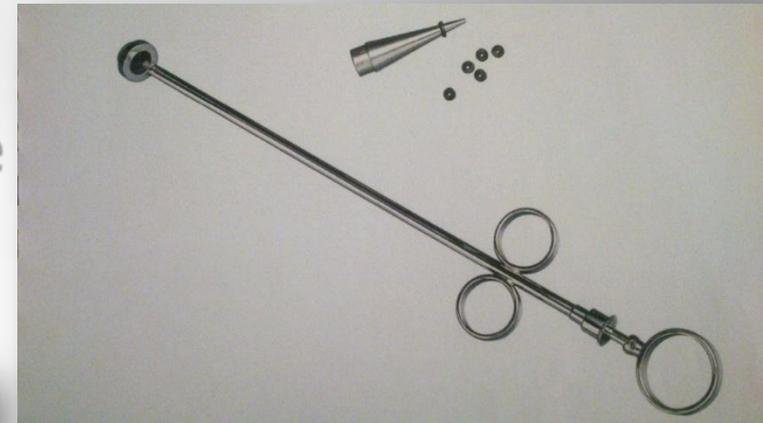
- non ignorare lo stimolo e non rinviare;
- posizione sul WC;
- supposte di glicerina
- eventuale clistere (sol. fisiologica)

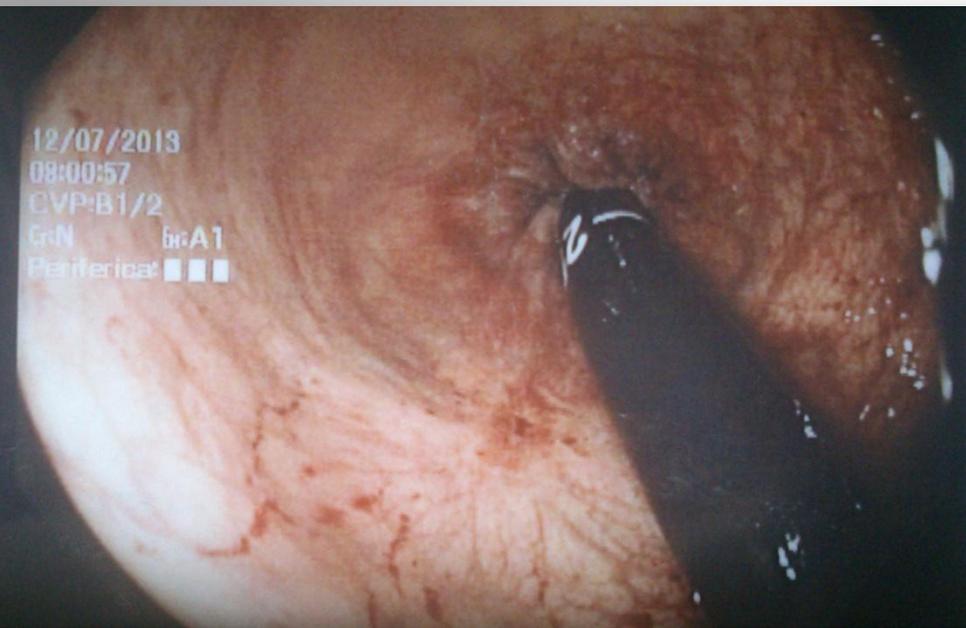
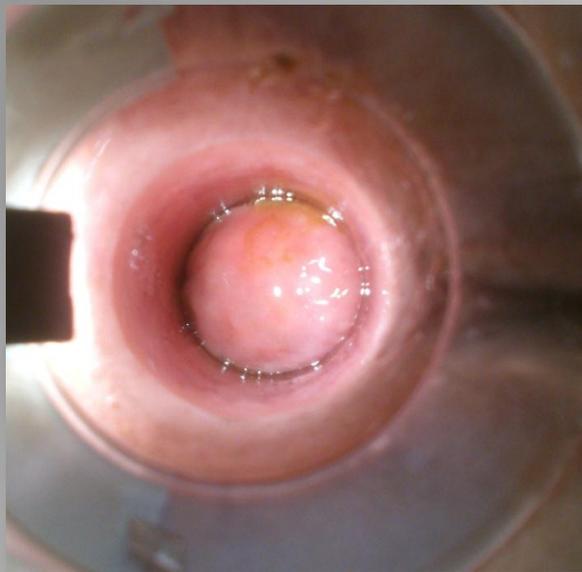


# TRATTAMENTO AMBULATORIALE: LEGATURA ELASTICA DEL PROLASSO MUCOSO (MUCOPESSI)

Stessa procedura della l.e. emorroidaria.

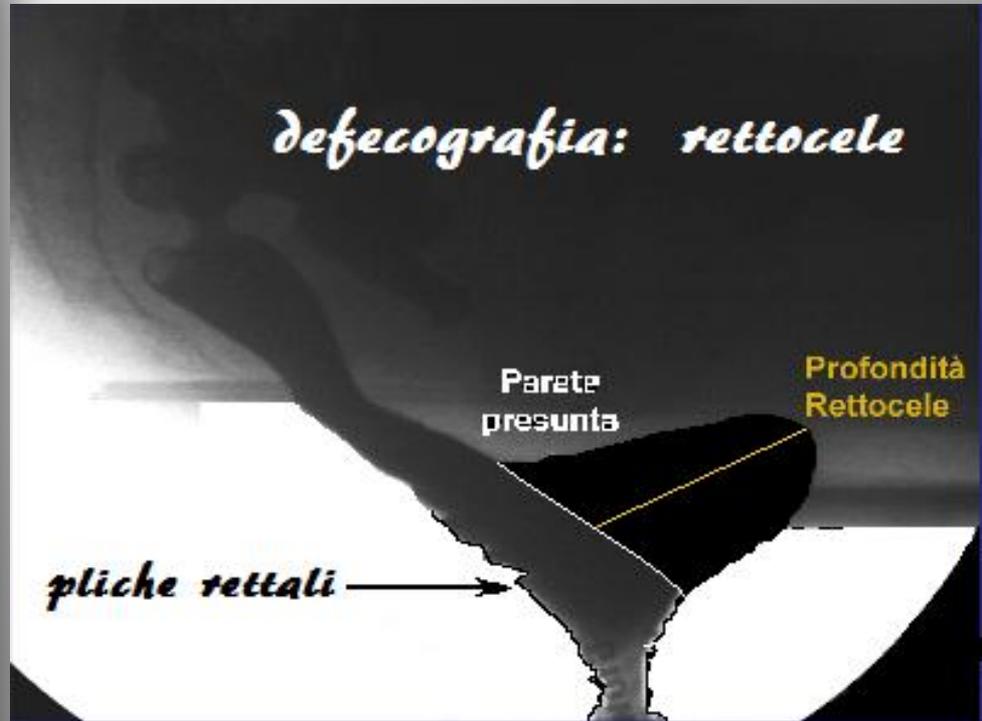
Viene creata una "pinces" di mucosa prolassata che successivamente viene eliminata con esito cicatriziale.





# DIAGNOSI STRUMENTALE

- Colpo-cisto-defecografia (perineogramma)
- RM defecografia
- Ecografia transanale
- Manometria anorettale
- Test di espulsione del palloncino (50 ml.)
- (Valutazione psicologica o psichiatrica)



# TRATTAMENTO CONSERVATIVO 2

- **Trattamento riabilitativo:**
  - chinesiterapia pelvi-perineale
  - biofeedback
  - stimolazione elettrica (funzionale)
  - approccio osteopatico
- Tossina botulinica: nel puborettale paradosso
- Idrocolonterapia
- Psicoterapia
- Terapia psicofarmacologica

# TRATTAMENTO CHIRURGICO



- Nessun tipo di trattamento chirurgico garantisce risultati superiori all'80%.
- Nessun tipo di trattamento chirurgico garantisce risultati stabili e duraturi nel tempo
- Nessun tipo di trattamento chirurgico è esente da possibili complicanze o effetti collaterali avversi a breve o lungo termine.

Quindi:

**valutare attentamente il rapporto rischi-benefici !**

# TRATTAMENTO CHIRURGICO

DELL' INTUSSUSCEZIONE - DEL RETTOCELE  
DI ENTRAMBI

TECNICHE  
TRANSANALI-TRANSVAGINALI-TRANSADDOMINALI

TECNICHE MANUALI - TECNICHE MECCANICHE

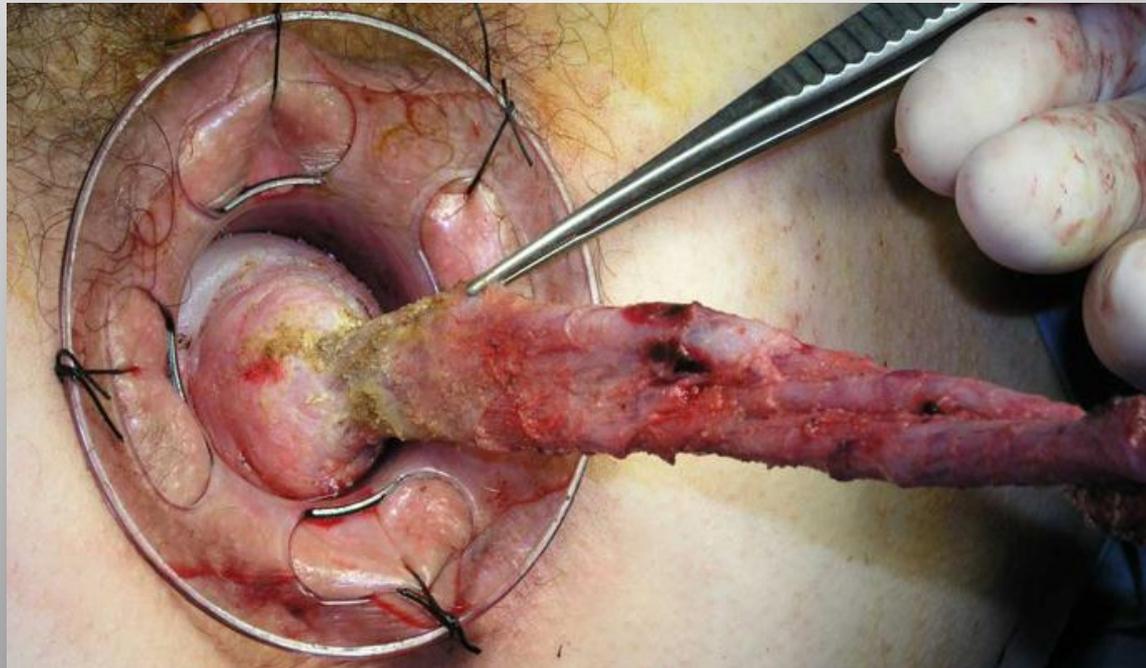
# **TRANSANALI MANUALI**

**RESEZIONE DELLA MUCOSA ESUBERANTE**

**+**

**PLICATURA DELLA PARETE RETTALE ANTERIORE O A  
TUTTA CIRCONFERENZA**

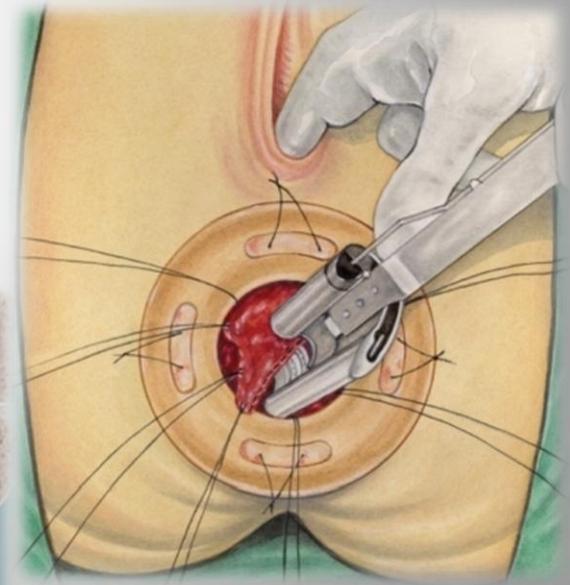
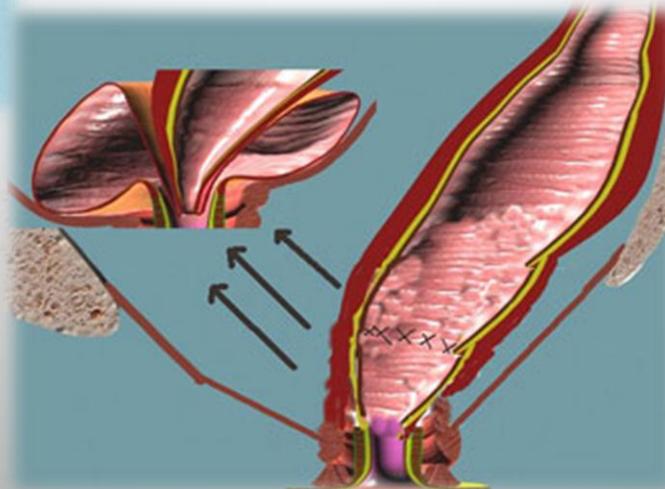
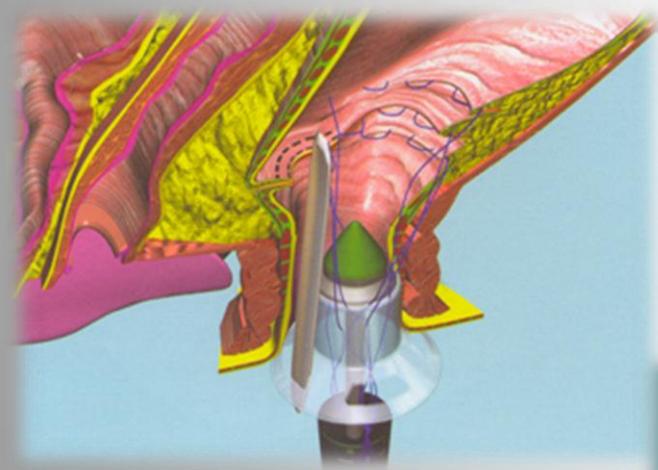
**(Sarles, Khubchandani, Delorme interna)**



# TRANSANALI MECCANICHE

## STARR (Longo)

Stapled – Trans – Anal – Rectal – Resection  
(vera e propria resezione della parete rettale)

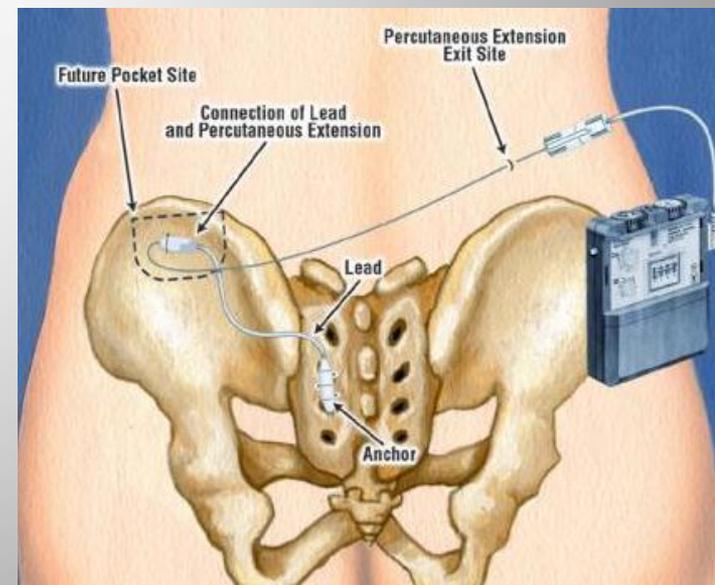


# TRANSADDOMINALI (VIDEOLAPAROSCOPICHE)

RISERVATE AI CASI DI:

- ✓ Prolasso rettale completo di 3° grado
  - ✓ Enterocele
  - ✓ Patologie associate del comparto medio e/o anteriore (prolasso di cupola vaginale; cistocele)
- 
- 

## NEUROMODULAZIONE SACRALE





Grazie per l'attenzione!