



Fondazione italiana
continenza

Paola De Nardi,
Giuseppe Dodi, Filippo La Torre

INCONTINENZA FECALE

*Quello che
ognuno
vorrebbe e
dovrebbe sapere*



Introduzione

L'incontinenza fecale rappresenta una delle condizioni più disabilitanti per l'individuo dal punto di vista fisico, sociale e psicologico.

È una problematica più frequente di quanto si pensi comunemente e la cui esatta prevalenza risulta difficile da stabilire, poiché di perdita di feci involontaria si parla poco e, quando se ne parla, cresce subito l'imbarazzo e la difficoltà nell'affrontare l'argomento.

Spesso si preferisce nascondere il problema e negarlo per superare la vergogna e l'umiliazione personale, che cercare di affrontarlo. Tale atteggiamento è favorito dalla scarsa conoscenza delle possibilità di una presa in carico sanitaria, che può invece fornire degli strumenti diagnostici e terapeutici e dei sistemi di compenso atti a gestire questo invalidante problema

Conoscere l'esistenza di tali possibilità vuol dire migliorare la qualità di vita propria o delle persone circostanti.

L'incontinenza fecale rappresenta, come quella urinaria, un tabù della nostra società in cui tutto è prestabilito per funzionare come una macchina perfetta.

E quando la macchina non funziona? È bene rivolgersi al proprio meccanico per fare una diagnosi e cercare una soluzione.

Questo opuscolo ha lo scopo principale di aiutare chi soffre di incontinenza fecale a riconoscere il problema, a parlarne con il meccanico che sceglierà la chiave giusta per risolvere il problema.

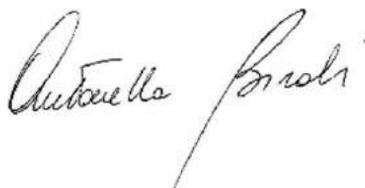
Siamo grati a Paola De Nardi, Giuseppe Dodi e Filippo La Torre che, dall'alto della loro esperienza, sono stati in grado di produrre un opuscolo in formato semplice, di facile consultazione, ma di grande aiuto e adatto tutti i pazienti senza distinzione di età e sesso.

Siamo grati inoltre al Comitato Scientifico per la revisione dei contenuti.

Fondazione italiana continenza

Presidente
Mario De Gennaro

Presidente Comitato Scientifico
Antonella Biroli



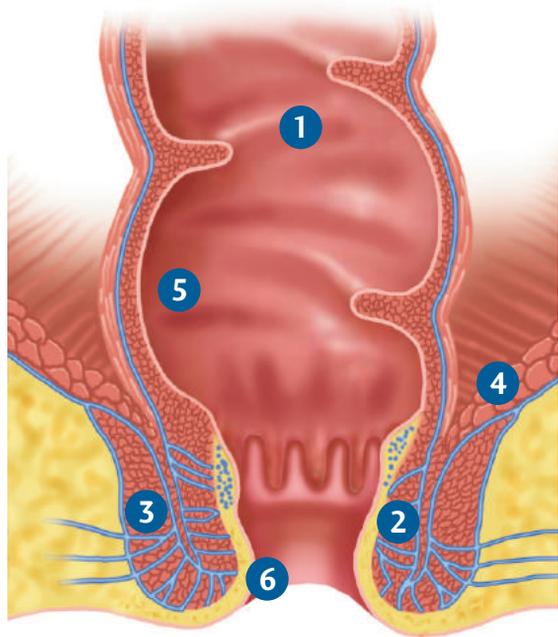
Incontinenza fecale

Questo opuscolo rientra in una collana di opuscoli divulgativi a cura della Fondazione italiana Continenza rivolto a tutti i pazienti, ai loro cari e alle persone che se ne prendono cura nonché a tutti coloro che anche al di fuori dell'ambito sanitario vogliono iniziare a conoscere il mondo dell'incontinenza.

Che cos'è l'incontinenza fecale?

Per incontinenza fecale si intende la perdita involontaria di feci o gas o l'incapacità a trattenerle nel retto per un tempo sufficiente a recarsi in un ambiente idoneo all'evacuazione. La reale incidenza dell'incontinenza fecale nella popolazione generale non è nota

sia per mancanza di una definizione standardizzata, sia perché spesso i sintomi non vengono riportati o vengono sottostimati da chi ne è affetto, tuttavia si pensa che questa condizione interessi circa il 2% della popolazione generale, con percentuali significativamente più alte tra gli anziani e i soggetti ricoverati presso strutture di lungodegenza.



1 Retto
2 Sfintere interno
3 Sfintere esterno

4 Muscolo pubo-rettale
5 Mucosa del retto
6 Mucosa canale anale

Per capire le cause e gli eventuali rimedi è necessario accennare brevemente all'anatomia della regione ano-rettale ed ai meccanismi che regolano la continenza, un sistema complesso che richiede l'integrità anatomica e funzionale di diverse strutture (Fig. 1):

- i muscoli del pavimento pelvico e dell'apparato sfinteriale, che includono lo sfintere interno, lo sfintere esterno e il muscolo pubo-rettale, che svolgono un ruolo fondamentale attraverso la loro contrazione volontaria e involontaria;
- il retto, che funge da serbatoio per le feci ed è in grado di trattenerle sino a quando l'evacuazione può avvenire in un momento e in un luogo socialmente accettabili;
- il sistema nervoso periferico, che permette una adeguata innervazione del pavimento pelvico consentendone un'adeguata funzione;
- il sistema nervoso centrale, necessario per avere la coscienza e la volontà di mantenere la continenza;
- la muscolatura liscia del retto e del colon, la mucosa del retto e del canale anale, e il plesso emorroidario, che in varia misura contribuiscono a questo delicato processo.

L'azione sinergica tra tutti questi organi e apparati è indispensabile per mantenere la continenza mentre un danno a qualsiasi livello di questo sistema può portare ad incontinenza fecale.

Quali sono le cause?

Le cause dell'incontinenza fecale sono molteplici e spesso originate dalla combinazione di diversi fattori. Le cause di origine congenita, come l'ano imperforato, l'agenesia ano-rettale, la spina bifida e il mielomeningocele, sono rare e possono causare incontinenza fecale la cui severità dipende dal grado di alterazione del sistema motorio e sensitivo. Nella maggior parte dei casi l'inconti-

nenza è invece acquisita. Tra le cause più frequenti ricordiamo le lesioni agli sfinteri anali, sia traumatiche che iatrogene. È ormai accertato che il parto è il principale fattore predisponente nella donna, le lesioni ostetriche infatti determinano un'incidenza di 8 volte maggiore nella donna rispetto all'uomo. Cause frequenti sono gli interventi chirurgici nella zona ano-rettale, per esempio gli interventi per fistole, ragadi anali o emorroidi, o le alterazioni del volume dell'ampolla rettale come si ha in seguito a resezioni del retto. In altri casi ci possono essere delle alterazioni non traumatiche della funzione degli sfinteri come può accadere nella sclerodermia, nella distrofia muscolare o dopo radioterapia pelvica. Anche alcune patologie del colon e del retto, quali i prolassi e i tumori, possono manifestarsi con incontinenza.

Nelle persone anziane o che vivono in Istituti per lungo degenti, o a volte nei bambini, una causa non infrequente è la formazione di un fecaloma, cioè l'accumulo, nel retto, di una massa fecale di grande dimensioni, che, distendendo la parete del retto, determina l'apertura dell'ano con fuoriuscita di piccole quantità di feci o aria. Altre cause sono di origine neurologica come può accadere nell'ictus, nelle lesioni del midollo, o nella neuropatia periferica del diabete.

Anche un'alterata funzione intestinale, come nei casi di malattie infiammatorie croniche dell'intestino o di malassorbimento, può causare incontinenza. Infine bisogna ricordare che quasi sempre l'eziologia è multifattoriale, l'incontinenza insorge quando uno o più meccanismi di controllo sono alterati e i rimanenti non sono in grado di compensare.

Come si manifesta?

Esistono due tipi fondamentali di incontinenza. Il primo, detto incontinenza passiva, è caratterizzato dalla perdita di gas o feci senza che venga avvertito lo stimolo o la perdita. In questi casi le persone tipicamente si trovano gli slip

macchiati ma non sanno riferire quando è avvenuta la perdita. Nel secondo tipo, detto anche urgenza, il soggetto, pur avvertendo lo stimolo e accorgendosi del passaggio delle feci, non è in grado di prevenirne la perdita. La vera incontinenza deve poi essere distinta da altre condizioni che determinano il passaggio incontrollato di feci o liquidi attraverso l'ano come può avvenire nei casi di emorroidi, polipi anali, scarsa igiene, fistola anale, prolasso del retto, abuso di lassativi, parassitosi intestinale.

Incontinenza e qualità di vita

L'incontinenza fecale è una delle condizioni più debilitanti dal punto di vista fisico, sociale e psicologico. Questa condizione può portare il soggetto che ne è affetto, e per altri versi sano, a progressivo isolamento, perdita di fiducia e stima in se stesso e depressione. L'incontinenza fecale è un disordine abbastanza comune tuttavia i dati sulla reale incidenza sono difficili da ottenere, infatti chi ne soffre è spesso riluttante a cercare aiuto, e prova imbarazzo e vergogna a parlarne, anche con il proprio medico. La difficoltà ad affrontare l'argomento fa sì che spesso le informazioni fornite siano limitate o addirittura fuorvianti. Molte persone possono cioè lamentarsi di prurito, diarrea o tenesmo inducendo in errore il medico sulla diagnosi. L'incontinenza fecale è una condizione che può essere devastante sia dal punto di vista fisico che psicologico. In molti casi la propria vita viene organizzata in modo da poter avere un rapido e facile accesso alla toilette; frequentemente si evita di uscire, di frequentare altre persone o luoghi pubblici. L'isolamento che ne consegue può portare a depressione. Spesso però queste limitazioni dello stile di vita sono inutili perché molte cause di incontinenza sono oggi trattabili.

La mancanza di informazione sui possibili trattamenti costituisce, insieme alla reticenza ad affrontare l'argomento, la causa principale del mancato trattamento stesso.

Cosa fare?

Il primo passo da intraprendere è vincere la reticenza e l'imbarazzo. La persona più indicata con cui affrontare l'argomento inizialmente è il proprio medico; egli infatti, conosce la storia clinica dei propri assistiti ed è in grado di effettuare un primo *screening*, di identificare le indagini da eseguire e lo specialista a cui rivolgersi. Attraverso le seguenti domande potrà effettuare una prima e utile valutazione:

1. Quante volte si canalizza al giorno?
2. Com'è la consistenza delle feci?
3. Che tipo di perdite ha (gas, feci liquide, feci solide) e quanto spesso (tutti i giorni, occasionalmente)?
4. Deve usare pannolini?
5. Utilizza lassativi o farmaci antidiarroici?
6. Riesce a differenziare il contenuto rettale (gas, liquidi, solidi)?
7. Per quanto tempo riesce a trattenere le feci dal momento della comparsa dello stimolo?
8. Quanto è limitato nelle attività quotidiane?

Lo specialista e la visita proctologica

Lo specialista al quale rivolgersi per la valutazione e l'eventuale terapia dell'incontinenza è un chirurgo coloproctologo, specializzato nel trattamento delle patologie funzionali del pavimento pelvico. La colon-proctologia è la specialità medico-chirurgica che tratta le malattie dell'ultima parte dell'intestino, cioè colon, retto ed ano.

La visita proctologica è una visita che, come tutte le altre, è un po' invasiva e fastidiosa ma non più di quella del dentista o del ginecologo. Come dal ginecologo anche in questo caso viene coinvolta la sfera intima delle persone ma il

medico ne tiene conto ed esegue tutte le manovre in modo delicato, informando sempre prima su cosa si sta per fare. Prima della visita è opportuno defecare e, salvo diversa raccomandazione, urinare. A tale scopo un piccolo clistere praticato una o due ore prima è in genere sufficiente a svuotare dalle feci il retto ed il sigma consentendo quindi una visita completa. In caso di incontinenza fecale questa preparazione può essere resa difficile dall'incapacità a trattenere il clisma, per cui il tipo di preparazione va concordato con il medico che effettuerà l'esame.

La visita prevede un colloquio (anamnesi) durante il quale vengono indagate la natura e le caratteristiche dei disturbi e vengono acquisite informazioni relative a patologie concomitanti, terapia farmacologica assunta, eventuali allergie e pregressi interventi chirurgici. Al medico vanno riferiti anche quei sintomi che possono apparire irrilevanti o non in rapporto diretto con l'intestino e l'ano e vanno mostrati gli esami effettuati anche se non sembra vi possano essere correlazione con la visita.

L'esame obiettivo consiste innanzitutto in una valutazione generale di addome, cuore, mammelle, collo, regione inguinale, organi genitali, ecc. La visita proctologica vera e propria può essere eseguita in posizione litotomica/ginecologica (posizione supina), oppure in ginocchio (posizione genupettorale), o appoggiati sull'addome (posizione prona) o infine sul fianco sinistro con le ginocchia avvicinate all'addome (posizione fetale). Quest'ultima rappresenta la posizione più comoda e meno imbarazzante.

Viene quindi eseguita l'esplorazione digitale dell'ano e del retto. Durante questa manovra è necessario rilassare bene i muscoli dell'ano e delle natiche poiché contrastando la visita questa può essere dolorosa. Ci si può aiutare respirando profondamente e lentamente. Tale indagine, apparentemente semplice, consente di ottenere moltissime informazioni sull'apparato ano-rettale, genitale, urinario, osteo-vertebrale e sulla situazione della pelvi: l'ano può essere visto come una finestra aperta sul basso addome.

La fase successiva è rappresentata dall'anoscopia. Tale indagine consiste nell'introdurre nell'ano un tubo di circa 2 cm di diametro e lungo 7 cm al fine di visualizzare il canale anale ed una parte dell'ampolla rettale. L'esame non è generalmente doloroso ed è indispensabile per la diagnosi di emorroidi, ragadi, prolasso, fistole, ecc.

La visita è di regola completata con la rettoscopia che consiste nell'introduzione nel retto di un tubo di circa 20 cm. Durante tale indagine è necessario rimanere immobili e rilassati. Qualora si dovesse sentire dolore bisogna dirlo senza spostarsi bruscamente per il rischio di lesioni interne. Lo strumento progredisce grazie all'insufflazione di aria nel viscere che viene disteso, ciò crea un senso di urgenza di defecare ed un lieve disagio che si risolve pochi minuti dopo il termine dell'esame. L'esame è indispensabile per la diagnosi di tumori e fenomeni infiammatori (coliti) interessanti il tratto distale dell'intestino. Consente inoltre di eseguire dei prelievi di mucosa o di porzioni di polipi che possono essere inviati per esame istologico al fine di ottenere una diagnosi.

Gli esami

Al termine della visita lo specialista può prescrivere degli esami mirati ad ottenere ulteriori informazioni al fine di avere una visione il più completa possibile del quadro clinico.

Il diario per l'incontinenza

Si tratta di un diario, che viene compilato quotidianamente per almeno quattro settimane, nel quale viene indicato il numero di episodi e il tipo di incontinenza (gas, feci liquide, feci solide), l'uso di protezioni e quanto tali episodi gravino sulla qualità di vita intesa come limitazione alle normali attività quotidiane. Tale indagine richiede un certo impegno e spesso viene giudicata superflua. Al contrario è uno strumento fondamentale al fine di determinare la gravità del-

l'incontinenza e di attribuire appositi punteggi indispensabili per valutare l'andamento dei sintomi che sono spesso non facili da descrivere.

L'ecografia endoanale

Consiste nell'introduzione nell'ano di una sonda rotante a 360° che permette di valutare, mediante ultrasuoni, le pareti del canale anale ed eventualmente degli ultimi 10 cm del retto. Nel caso di incontinenza l'indagine consente di valutare gli sfinteri anali (interno ed esterno) di misurarne lo spessore e di evidenziare eventuali lesioni. Per tale motivo rappresenta una delle indagini fondamentali.

Le prove di continenza

Rappresentano dei test di valutazione diretta della capacità di trattenere le feci. Queste prove possono essere eseguite al termine della visita proctologica e constano nella somministrazione di un clisma di 200 ml di acqua tiepida, o di feci artificiali a varia densità che si trovano in commercio. Il soggetto viene quindi invitato ad indossare un pannolone e a camminare per circa 10 minuti. L'entità della perdita, se presente, verrà valutata pesando il quantitativo di liquidi o di feci artificiali perse.

La manometria anorettale

L'indagine consiste nell'inserimento nell'ano di una sonda con palloncino che viene gonfiato durante l'indagine; quest'esame consente di misurare la forza (pressione) esercitata dagli sfinteri anali e la loro capacità di contrarsi, la sensibilità rettale ed eventuali riflessi anomali indotti dalla distensione del viscere da parte del palloncino, tipici di alcune patologie quali il megacolon o il megaretto.

L'elettromiografia

Può essere vista come l'elettrocardiogramma dello sfintere anale. Si esegue mediante l'inserimento di aghi sottilissimi nel muscolo o attraverso l'uso di

elettrodi adesivi. Con tale indagine è possibile valutare la massa di muscolo effettivamente innervata, l'eventuale presenza di lesioni nervose e, qualora queste siano presenti, come evolvono nel tempo.

Come trattare l'incontinenza fecale?

Le cure mediche e riabilitative sono trattamenti di prima scelta in tutti i casi di incontinenza mentre la chirurgia deve essere riservata per quei casi in cui lo sfintere è neurologicamente integro e riparabile o, in alternativa, ai casi in cui è possibile l'esecuzione di una cosiddetta chirurgia sostitutiva della funzione sfinteriale.

Terapia medica

Il trattamento medico-conservativo presuppone l'identificazione di eventuali cause specifiche (fecaloma, emorroidi, prolasso, malattie infiammatorie intestinali). La terapia, in questi casi, si basa sulla correzione delle cause e quindi sul facilitare la formazione di feci formate mediante l'utilizzo di fibre purificate, sul rallentamento del transito intestinale con farmaci specifici (Lomotil, Imodium), o sull'utilizzo di piccoli clismi.

Naturalmente si tratta di terapie a lunga/lunghissima scadenza con approccio farmacologico multivariato e con l'ausilio di schemi igienico-dietetici spesso personalizzati.

Trattamento riabilitativo

Alla terapia medica si può associare una terapia riabilitativa funzionale del pavimento pelvico. Lo scopo della riabilitazione deve essere il recupero della funzione nella sua complessità. Evidentemente, perciò, la rieducazione non può essere orientata verso un "semplice" rinforzo muscolare sfinterico, nè verso una "*restitutio ad integrum*" delle strutture; essa deve, invece, intervenire a livello dei vari meccanismi che regolano la funzione pelvica privilegiando quelli che,

alla luce delle indagini anamnestico-clinico-strumentali, appaiono deficitari.

L'iter riabilitativo segue varie tappe a difficoltà crescente (trattamento sequenziale) e si avvale principalmente di tre tecniche: fisiokinesiterapia, *biofeedback* ed elettrostimolazione.

Fisiokinesiterapia

La Fisiokinesiterapia (FKT) è una tecnica rieducativa specifica per i muscoli del pavimento pelvico. Consiste in esercizi di contrazione e rilasciamento volti al rinforzo della muscolatura del pavimento pelvico e dell'apparato sfinteriale. Gli esercizi sono sincronizzati con gli atti respiratori e possono essere eseguiti in maniera assistita (quando vi è un grave deficit muscolare), facilitata (se si associa una cattiva presa di coscienza o se c'è difficoltà all'esecuzione), o libera (nella fase domiciliare). La ginnastica viene eseguita inizialmente sotto la guida dell'operatore ma una volta appresa la tecnica gli esercizi possono essere eseguiti anche a domicilio, quotidianamente. È una tecnica utile quando l'incontinenza fecale è associata a una discesa del perineo o a difetti del supporto pelvico in quanto agisce principalmente sui muscoli elevatori di cui migliora la performance, l'elasticità e l'estensione.

Biofeedback

Il *biofeedback* (BFB) è una tecnica che utilizza, per l'apprendimento motorio, un'informazione a feedback esterno sull'andamento della funzione monitorata, mediante la trasformazione di eventi biologici in segnali uditivi, visivi, tattili. Il BFB è un potente fattore facilitante l'apprendimento in quanto fornisce le informazioni sulla conoscenza del risultato, utile per ricalibrare i canali afferenziali alterati. L'apparecchiatura utilizzata ha il compito di rilevare i segnali relativi alla funzione monitorata, amplificarli, elaborarli, semplificarli e trasformarli in informazioni di facile interpretazione da inviare al paziente in tempo quasi reale. Si tratta quindi di una tecnica attiva i cui principali vantaggi sono rappresentati dalla stimolazione attentiva e motivazionale, dalla possibilità di graduare le

richieste e dalla versatilità del mezzo, che ne fanno non una tecnica a se stante ma un “mezzo di rieducazione”. Il suo utilizzo risulta particolarmente importante in caso di ridotto flusso informativo, causante:

- difficoltà nel controllo della funzione perineale;
- difficoltà alla scomposizione del movimento perineale dalle sinergie
- difficoltà nella percezione del “bisogno”.

Elettrostimolazione

La stimolazione elettrica funzionale (FES), consiste nell'applicazione di stimoli elettrici a nervi o muscoli, allo scopo di determinare una contrazione capace di indurre un movimento funzionalmente efficace. Nel muscolo parzialmente denervato la FES determina un “rinforzo” muscolare o un aumento del trofismo. Nel muscolo innervato invece, poiché la stimolazione corretta e fisiologica è quella proveniente dal sistema neuromuscolare dell'individuo stesso, la sua finalità è un aiuto nella presa di coscienza del piano perineale, quando si sia instaurata una sorta di “neuroaprassia” per cui la persona non è capace di utilizzare in maniera adeguata i muscoli del pavimento pelvico con il risultato di un circolo vizioso di ridotta funzionalità e di ridotto flusso informativo sensoriale.

Terapia chirurgica

Il trattamento chirurgico dell'incontinenza fecale può essere diviso in **ricostruttivo** e **sostitutivo**. Il trattamento ricostruttivo trova indicazione quando vi sia un danno muscolare singolo con muscolo residuo congruo, come avviene per esempio nei traumi ostetrici anteriori e nelle iatrogenie (lesioni derivanti da interventi chirurgici) in genere.

Tra i trattamenti ricostruttivi troviamo l'intervento di sfinteroplastica che consiste nella sutura dei due monconi muscolari sfinterici separati, generalmente per sovrapposizione. Questo intervento consente di recuperare una buona continenza in oltre il 70% dei casi.

Un'altra tecnica ricostruttiva è il “*Postanal Repair*”, attuabile nei soggetti con sfintere integro, che consiste nella ricostruzione, posteriormente al canale anale, dei fasci muscolari verticali allo scopo di allungare artificiosamente il canale anale e di ripristinare l'angolo anorettale.

Trattamento sostitutivo

Comprende il Clisma Continente Anterogrado secondo Malone, la Graciloplastica Stimolata, i “*Bulking Agents*”, la Neuromodulazione Sacrale, lo Sfintere Anale Artificiale e la Stimolazione Percutanea del Nervo Tibiale.

Il *Clisma Continente Anterogrado secondo Malone* è un trattamento che viene utilizzato principalmente nei casi di spina bifida e nei traumi spinali. Prevede l'esecuzione di un lavaggio colico periodico dall'alto, mediante il confezionamento di un'appendicostomia o di una mini-ciecostomia (cioè un abboccamento alla cute dell'appendice o del cieco).

La *Graciloplastica Stimolata* è una tecnica che permette di sostituire un apparato sfinterico non più funzionante con un muscolo motorio della coscia che viene ruotato e fatto girare intorno al canale anale, mono o bilateralmente. Il muscolo andrebbe però rapidamente in atrofia e si è quindi adottato l'accorgimento di stimolarlo attraverso uno stimolatore elettrico sottocutaneo.

È tecnicamente più complessa della sfinteroplastica e consente di ottenere un



significativo miglioramento della continenza nel 50% dei casi circa.

Non tutti i tipi di incontinenza fecale possono essere trattati mediante graciloplastica dinamica; sono candidabili i soggetti con lesioni gravi dello sfintere anale o del retto, con problemi



relativi ai nervi o con incontinenza congenita. Il follow-up a distanza prevede il controllo periodico dello stimolatore da parte di una equipe dedicata con frequenti problemi di disfunzione; per tali motivi la sua adozione si è molto ridotta negli ultimi anni.

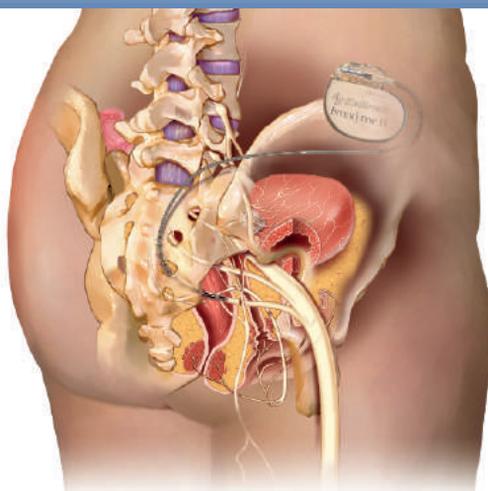
Per ciò che concerne l'incontinenza lieve o moderata, si sono raggiunti ottimi risultati con terapie iniettive con agenti volumizzanti (Bulking Agents).

Si tratta di iniezioni di materiale biocompatibile (silicone o collagene in varia formulazione o composizione) tra lo sfintere anale interno e lo sfintere anale esterno oppure all'interno dello sfintere interno con lo scopo di incrementare la resistenza del canale anale.

I risultati della terapia dell'incontinenza fecale lieve/moderata con *Bulking Agents* sono sicuramente incoraggianti. Le complicanze del trattamento (costipazione, infezione, ascesso perianale, peggioramento dell'incontinenza, stenosi per ispessimento della zona trattata, dolore o urgenza nei movimenti intestinali, sanguinamento, perdita di materiale iniettato nell'ano) sono basse o praticamente nulle. Questa terapia sta riscontrando un notevole successo poiché viene effettuata in ambulatorio, è rapida e poco invasiva, praticamente indolore, con risultati immediati e con costi limitati.

Negli ultimi anni, in caso di incontinenza lieve/moderata, secondaria a debolezza dello sfintere interno, è stata utilizzata l'applicazione locale di Radiofrequenza, che induce modifiche del collagene della sottomucosa del canale anale e del muscolo determinandone l'ispessimento.

La Neuromodulazione Sacrale nasce negli anni '60 per il trattamento dell'incontinenza urinaria e nel 1990 è stato fatto il primo impianto in Italia per incontinenza fecale da neuropatia periferica. Consiste nella trasmissione di impulsi elettrici ad una radice sacrale, di solito S3, che regola la contrattilità della muscolatura del pavimento pelvico, dello sfintere



esterno dell'ano e dello sfintere striato dell'uretra. La stimolazione del nervo sacrale è indicata in alcuni casi di incontinenza fecale e urinaria, stipsi e ritenzione urinaria, nonché nelle disfunzioni del pavimento pelvico non dipendenti da patologie organiche.

In un primo tempo viene posizionato uno stimolatore "provvisorio" che consente la verifica del risultato funzionale in un tempo variabile di 2-6 settimane. Successivamente, e dopo verifica del successo funzionale, si posizionerà lo stimolatore definitivo, mediante confezione di una tasca cutanea sopra il gluteo. I risultati sono incoraggianti se effettuati su casi correttamente selezionati e se seguiti bene nel *follow-up*. I numeri sono ancora limitati, ma la percentuale di successo funzionale è alta.



stimolatore definitivo, mediante confezione di una tasca cutanea sopra il gluteo. I risultati sono incoraggianti se effettuati su casi correttamente selezionati e se seguiti bene nel *follow-up*. I numeri sono ancora limitati, ma la percentuale di successo funzionale è alta.

I pazienti con incontinenza fecale di grado severo, nei quali tutte le tecniche di plastica dell'apparato sfinteriale abbiano fallito, sono stati considerati candidabili all'impianto di uno Sfintere Anale Artificiale (Neosphincter Acticon). Un'ulteriore applicazione è rappresentata dalla possibilità di impiantare tale dispositivo nei pazienti operati di resezione addominoperineale e, quindi, non aventi il canale anale. Tali possibilità chirurgiche sono di recentissima acquisi-

zione e solo centri altamente specializzati sono in grado di sostenerne gli impianti e gestirne il *follow-up*.

Lo sfintere anale artificiale è un dispositivo attraverso il quale il paziente, mediante un apposito interruttore, è in grado di controllare l'apertura e la chiusura del canale anale ogniqualvolta egli ne abbia necessità.

I risultati furono inizialmente descritti efficaci in oltre il 75% dei casi, mentre l'osservazione nel tempo degli stessi casi ha fatto diminuire molto l'iniziale entusiasmo, con risultati inferiori al 50% dei casi. Rimane invece valida l'indicazione nelle ricostruzioni anali totali dopo intervento di amputazione del retto.

La *Stimolazione Percutanea del Nervo Tibiale (PTNS)* è un sistema a minima invasività, progettato per consentire un accesso retrogrado al plesso sacrale, mediante la stimolazione elettrica percutanea del nervo tibiale. La PTNS sembra promettente come trattamento alternativo della incontinenza al fallimento della terapia convenzionale, ma necessita di ulteriori studi.

Links utili

www.siccr.org

www.ginsnet.or

www.terapiaincontinenza-fecale.com

www.finco.org

www.centropelvi.it

www.pelvicfloordigest.org

www.nafc.org

*Questo libretto non può esaurire
tutti gli aspetti
dell'incontinenza fecale
e tutte le tue domande.*

Per ulteriori informazioni contatta:



Fondazione italiana continenza

La Fondazione italiana continenza nasce nel 2000 dalla volontà di alcuni fra i massimi esperti in Italia in materia di incontinenza, che già da tempo avevano identificato il bisogno di lavorare per l'affermazione della rilevanza socio-sanitaria di una patologia sempre più diffusa.

La Fondazione italiana continenza si propone di combattere i pregiudizi che circondano l'incontinenza per contribuire al superamento del disagio nei confronti di una patologia che, per i pazienti e per i loro familiari, comporta un serio impatto psicologico, spesso aggravato dalla mancanza di informazioni puntali e approfondite.

La Fondazione italiana continenza raggruppa al suo interno rappresentanti di tutte le parti che compongono l'universo incontinenza: medici, associazioni dei pazienti, infermieri, fisioterapisti, aziende, enti ed organizzazioni, tutti con il comune obiettivo di far sì che i temi chiave di "consapevolezza" ed "educazione" in materia di incontinenza abbiano lo spazio di cui necessitano all'interno del sistema Italia.

Missione

La Fondazione italiana continenza è un ente senza fini di lucro che si propone di essere il principale referente in materia di incontinenza per tutti i pubblici interessati.

Inoltre, la Fondazione italiana continenza lavora per migliorare l'educazione sanitaria dei cittadini, contribuire alla preparazione degli operatori sanitari e sostenere il principio della qualità dei servizi delle strutture sanitarie in termini di prevenzione, riabilitazione e cura.

Oltre a promuovere la ricerca, l'istituzione di figure professionali specifiche e la sperimentazione scientifica, la Fondazione italiana continenza vuole svolgere un ruolo attivo in qualità di interlocutore del Ministero della Salute, delle Regioni e delle altre istituzioni governative e sanitarie, per tutti i temi relativi all'incontinenza.

Obiettivi

- Sensibilizzare sulle tematiche dell'incontinenza;
- identificare i bisogni dei pazienti e le possibili soluzioni;
- aiutare i pazienti a migliorare la qualità di vita e a superare il tabù;
- migliorare l'educazione sanitaria dei cittadini;
- contribuire alla preparazione degli operatori sanitari e all'istituzione di figure professionali specifiche;
- sostenere il principio della qualità dei servizi delle strutture sanitarie in termini di prevenzione, riabilitazione e cura;
- promuovere la ricerca;
- svolgere un ruolo attivo in qualità di interlocutore del Ministero della Salute, delle Regioni e delle altre istituzioni governative, per tutti i temi relativi all'incontinenza.

Pubblici di riferimento

La Fondazione italiana continenza si rivolge e riunisce tutti i soggetti coinvolti nella prevenzione, diagnosi e cura dell'incontinenza:

- Ministero della Salute, Regioni e altre istituzioni governative e sanitarie;
- pazienti e loro associazioni;
- comunità medica (medici di medicina generale, specialisti, infermieri, fisioterapisti, farmacisti, farmacoeconomisti);
- associazioni scientifiche;
- aziende del settore (produttori di farmaci, presidi chirurgici e dispositivi medici).

Networking

La Fondazione italiana continenza aderisce al **Continence Promotion Committee** dell'**International Continence Society** (<http://www.continenceworldwide.com>), organismo internazionale che riunisce circa trenta organizzazioni con il comune obiettivo di promuovere la conoscenza e le risposte socio/sanitarie in tema di incontinenza.

Fondazione italiana continenza Via Tommaso Agudio, 2 - 20154 Milano
E-mail: info@contenuti-web.com • Web site: www.contenuti-web.com

a cura di:

Dr.ssa Paola De Nardi

*Chirurgia Generale, Istituto Scientifico San Raffaele,
Milano*

Prof. Giuseppe Dodi

Chirurgia Generale, Università degli Studi di Padova

Prof. Filippo Latorre

Chirurgia Generale, Università la Sapienza, Roma

Realizzato da: Theneway srl
Via Tommaso Agudio, 2
20154 Milano

Edizione Aprile 2016

Si ringrazia Medtronic Italia S.p.A.
per aver fornito le immagini di apparecchi e strumenti
riportati nell'opuscolo.

*Tutti i diritti sono riservati.
Nessuna parte di questa
pubblicazione può essere riprodotta,
inserita in banche dati o trasmessa
in qualsivoglia forma o tramite
strumentazione elettronica, meccanica,
in fotocopia, registrazione o altro,
senza il permesso scritto dell'editore.*

