

# DICHIARAZIONE DELLE DEFINIZIONI PER I TEST SULLA FISILOGIA ANORETTALE E LA TERMINOLOGIA DEL PAVIMENTO PELVICO

**Articolo tradotto sulla base della seguente pubblicazione:**

## **Consensus Statement of Definitions for Anorectal Physiology Testing and Pelvic Floor Terminology (Revised)**

Bordeianou, Liliana, G., M.D., M.P.H.; Carmichael, Joseph, C., M.D.; Paquette, Ian, M., M.D.; Wexner, Steven, M.D., Ph.D.(Hon.); Hull, Tracy, L., M.D.; Bernstein, Mitchell, M.D.; Keller, Deborah, S., M.D.; Zutshi, Massarat, M.D.; Varma, Madhulika, G., M.D.; Gurland, Brooke, H., M.D.; Steele, Scott, R., M.D.

Diseases of the Colon & Rectum: April 2018 - Volume 61 - Issue 4 - p 421–427

doi: 10.1097/DCR.0000000000001070

Clinical Practice Guidelines

## **DEFINIZIONI**

### ***DEFINIZIONI DEI DISORDINI FUNZIONALI DELL'INTESTINO E DEL PAVIMENTO PELVICO***

**ANISMO:** per anismo s'intende l'incapacità dei muscoli striati del pavimento pelvico (puborettali e sfintere anale esterno) di rilasciarsi appropriatamente quando si prova a defecare. Clinicamente, può essere sospettato nei pazienti che presentano sindrome da ostruita defecazione, ma la diagnosi necessita di essere ulteriormente confermata attraverso l'EMG anale, la manometria anorettale e/o la defecografia. L'anismo può manifestarsi come mancato rilasciamento dei muscoli puborettali o, in casi estremi, come contrazione paradossa degli stessi (invece di rilasciamento) durante lo sforzo evacuativo. Attraverso la manometria anorettale, l'anismo può essere suddiviso in 4 categorie in base alla capacità del paziente di generare un'adeguata forza durante l'azione di spinta e sul tipo di contrazione dello sfintere.

**TIPO 1:** il paziente genera un adeguato incremento della pressione intra-addominale, ma è presente un aumento paradosso della pressione sfinterica anale.

**TIPO 2:** il paziente è incapace di generare un adeguato incremento della pressione intrarettale e presenta una contrazione paradossa dello sfintere anale.

**TIPO 3:** il paziente può generare un'adeguata pressione intra-addominale ma con assente o incompleto (< 20%) rilassamento dello sfintere anale.

**TIPO 4:** il paziente è incapace di generare una forza adeguata durante la spinta e mostra un rilassamento, assente o incompleto, dello sfintere anale.

**STIPSI:** la stipsi è una disfunzione della motilità del colon e del processo defecatorio meglio definita nei criteri di Roma IV. Un paziente è affetto da stipsi quando presenta almeno 2 (o più) dei seguenti sintomi durante almeno il 25% delle defecazioni: sforzo, feci dure, sensazione di svuotamento incompleto, sensazione di ostruzione anorettale, uso di manovre manuali per aiutare la defecazione e meno di tre evacuazioni spontanee a settimana. Inoltre, i criteri diagnostici di Roma IV specificano che, in questi pazienti, la presenza di feci morbide è rara senza ricorso all'uso di lassativi. I criteri di Roma IV affermano, inoltre, che il paziente non può avere, insieme, sia diagnosi di sindrome da intestino irritabile che di stipsi e stipsi funzionale.

**PROLASSI (Peritoneocele, Enteroccele, Sigmoidocele e Omentocele):** Il *peritoneocele* è una protrusione peritoneale tra il retto e la vagina non contenente visceri addominali. L'*enteroccele* invece, è una protrusione del peritoneo tra il retto e la vagina contenente il piccolo intestino. Un *sigmoidocele* è sempre una protrusione peritoneale tra il retto e la vagina che contiene però il colon sigmoideo. Un *omentocele* è invece una protrusione dell'omento tra il retto e la vagina. Queste condizioni possono essere interne (solo visibili tramite defecografia), o esterne (associate a rettocele o prolasso rettale clinicamente visibile).

**INCONTINENZA FECALE:** *l'incontinenza fecale* si identifica come la fuoriuscita incontrollata di feci o gas per un periodo uguale o superiore ad un mese, in un individuo di età maggiore o uguale ai 4 anni, che aveva in precedenza un controllo adeguato dell'emissione di feci e gas.

**SINDROME DELL'INTESTINO IRRITABILE (IBS):** l'IBS è un disturbo della funzionalità intestinale in cui il paziente riporta frequenti dolori addominali associati alla defecazione ed alterate abitudini intestinali (es. stipsi, diarrea o entrambe). L'IBS è, anch'essa, definita dai criteri di Roma IV come un dolore addominale ricorrente per un giorno o più a settimana durante i 3 mesi precedenti, ed è associato ad almeno 2 o più dei seguenti sintomi: dolore correlato con la defecazione, associato ad un'alterazione della frequenza e/o forma (aspetto) delle feci, con sintomi iniziati almeno 6 mesi prima della diagnosi. Inoltre l'IBS, in base al tipo di disfunzione intestinale associata alla condizione, si differenzia in IBS con stipsi, IBS con diarrea, IBS con sintomi misti e IBS indeterminato.

**PROLASSO DELLA MUCOSA:** il prolasso della mucosa è una protrusione circonferenziale della mucosa rettale all'interno o al di fuori del canale anale.

**SINDROME DA OSTRUITA DEFECAZIONE (ODS):** la sindrome da ostruita defecazione è un sottoinsieme della stipsi funzionale in cui il paziente riferisce sintomi di incompleto svuotamento rettale con o senza un'effettiva riduzione del numero delle evacuazioni a settimana. La presenza e la gravità della sindrome da ostruita defecazione si determinano chiedendo al paziente di quantificare il tempo medio trascorso in bagno, il numero di tentativi defecatori in un giorno, l'uso di clisteri o lassativi, la sensazione di defecazione incompleta o frammentata, bisogno di sforzarsi per defecare e l'evacuazione di feci molto dure. La sindrome da ostruita defecazione può coesistere con altri disordini funzionali dell'intestino, come una stipsi da rallentato transito o la sindrome dell'intestino irritabile.

Ulteriori strumenti per caratterizzare e confermare la sindrome da ostruita defecazione sono la manometria anorettale e/o l'elettromiografia anale e la defecografia. L'ODS può essere causata sia da anismo che da prolasso degli organi pelvici (POP).

**DISFUNZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO:** la disfunzione del pavimento pelvico rappresenta una terminologia imprecisa che non indica un particolare disturbo del pavimento pelvico e pertanto, non dovrebbe essere usata nella letteratura medica senza ulteriori chiarimenti.

**PROLASSO DEGLI ORGANI PELVICI:** il prolasso degli organi pelvici è la discesa di uno o più tra: parete vaginale anteriore, parete vaginale posteriore, utero, cervice e apice della vagina. Questo può avvenire con o senza concomitante prolasso rettale. Può essere quantificato con il sistema di quantificazione POP (Pelvic Organ Prolapse), che descrive la relazione tra la parete vaginale anteriore e posteriore, la cervice e l'utero in relazione all'imene vaginale. Viene considerata la distanza in centimetri di ogni struttura e viene definita come negativa quando l'organo è al di sopra dell'imene, e come positiva, quando l'organo è al di sotto dell'imene. I gradi di prolasso sono assegnati in base al grado di prolasso in relazione all'imene:

- a. STADIO 0: assenza di prolasso visibile
- b. STADIO 1: la parte più distale degli organi prollassati (parete vaginale anteriore, posteriore, cervice) è a più di 1 cm al di sopra dell'imene.
- c. STADIO 2: la parte più distale gli organi prollassati è a meno di 1 cm sopra o a livello dell'imene.
- d. STADIO 3: la parte più distale degli organi prollassati supera l'imene di almeno 1 cm ma non più di 2 cm.
- e. STADIO 4: Prolasso che supera l'imene più di 2cm o una completa eversione dell'organo.

**PERINEO DISCENDENTE:** è caratterizzato da un anomalo movimento caudale del pavimento pelvico sotto sforzo. Si misura valutando clinicamente la posizione del margine anale in relazione al piano delle tuberosità ischiatiche a riposo e durante sforzo massimo. Normalmente, il margine anale si trova appena sotto una linea immaginaria che va dal coccige alla sinfisi pubica. Si effettua diagnosi quando, a riposo, l'ano è situato diversi centimetri al di sotto di questa linea immaginaria, con o senza ulteriore movimento verso il basso durante lo sforzo.

**PROLASSO RETTALE:** il prolasso rettale è un'intussuscezione circonferenziale, a tutto spessore, della parete rettale. Il grado di prolasso può variare da prolasso intrarettale a prolasso intra-anale fino al prolasso rettale esterno; quest'ultimo può essere ulteriormente classificato attraverso la Oxford Prolapse Scale. Il prolasso rettale esterno può a volte essere visualizzato attraverso l'esame obiettivo del paziente sotto sforzo. Altrimenti può essere valutato più accuratamente all'esame clinico del paziente sotto sforzo, in posizione seduta. Il prolasso interno può essere unicamente visualizzato attraverso la defecografia o la rettoscopia.

**RETTOCELE:** il rettocele è una protrusione del retto nella parete vaginale posteriore. I possibili sintomi clinici che si possono riscontrare sono: difficoltà di svuotamento del retto, stipsi, ricorso a manovre manuali per facilitare lo svuotamento rettale, protrusione vaginale ed incontinenza fecale. Clinicamente, il rettocele può essere classificato come Stadio 4 della classificazione POP.

**STIPSI DA RALLENTATO TRANSITO:** la stipsi da rallentato transito è una sottocategoria delle stipsi funzionali in cui il paziente riporta meno di una evacuazione ogni 3 giorni. La presenza e la severità di tale stipsi sono sospettate e misurate chiedendo al paziente il grado di diminuzione delle proprie evacuazioni, la gravità della perdita del senso di urgenza defecatoria, il grado di bisogno di ricorrere all'uso di lassativi per favorire l'evacuazione ed il grado di disturbo causato da questi sintomi. La stipsi da rallentato transito può coesistere con altri disordini funzionali dell'intestino, come una sindrome da ostruita defecazione o IBS. Un'ulteriore descrizione e conferma della stipsi da rallentato transito richiede una documentazione del transito ritardato del colon.

### **TERMINOLOGIA DEI TEST**

**PRESSIONI ANALI:** la valutazione delle pressioni anali si effettua posizionando un catetere per manometria nello sfintere anale, sotto i muscoli puborettali. La *zona ad alta pressione* è la lunghezza del canale anale con una pressione a riposo  $\geq 30\%$  rispetto alla pressione rettale. La *pressione a riposo* è la pressione nella zona di alta pressione valutata a riposo dopo un periodo di stabilizzazione. La *pressione a riposo massima* è la più alta pressione a riposo registrata. La *pressione a riposo media* è la media delle pressioni a riposo registrate all'interno della zona di alta pressione. La *pressione volontaria massima* è la più alta pressione registrata sopra la linea di base (0) ad ogni livello del canale anale durante il massimo sforzo di contrazione del paziente. La *pressione di contrazione* è l'aumento della pressione al di sopra dei valori della pressione a riposo dopo una contrazione volontaria ed è calcolata come la differenza tra la pressione volontaria massima e la pressione a riposo, misurate allo stesso livello del canale anale. La *pressione durante colpo di tosse* è l'aumento di pressione al di sopra dei valori della pressione a riposo, dopo un colpo di tosse, ed è calcolata come la differenza tra la massima pressione registrata durante un colpo di tosse e la pressione a riposo, misurate allo stesso livello del canale anale. La *tolleranza sfinterica* è la durata di tempo in cui il paziente è in grado di mantenere una pressione di stretta superiore al valore della pressione a riposo.

**SENSIBILITÀ ANALE:** è la sensibilità nel canale anale misurata con l'elettrosensibilità mucosale anale. Rispecchia la componente somatica sensoriale del nervo pudendo.

**TEST DI ESPULSIONE DEL PALLONCINO:** il test di espulsione del palloncino valuta la capacità del paziente ad espellere un palloncino gonfiato con 50-60 ml d'acqua. Nei pazienti con normale funzionalità anorettale ci si aspetta l'espulsione del palloncino.

**ESAME ELETTROMIOGRAFICO:** l'esame elettromiografico registra il cambiamento dall'attività elettrica basale delle unità motrici dello sfintere anale esterno e dei muscoli

elevatori durante l'attività muscolare. Solitamente, questo test è eseguito con elettrodi di superficie o con una sonda anale con elettrodi. Gli elettrodi ad aghi sono dolorosi e non vengono usati. I pazienti con normale funzionalità anorettale mostrano un rilassamento dei muscoli puborettali quando invitati a spingere e una contrazione dei puborettali quando invitati a stringere per chiudere l'ano.

**SENSIBILITÀ RETTALE:** la valutazione della sensibilità rettale si esegue attraverso il posizionamento di un catetere a palloncino sopra l'anello anorettale. Il palloncino è gradualmente gonfiato con aria. La *pressione rettale* è la pressione generata dal retto a riposo, durante la contrazione e durante la spinta. Il *limite sensoriale* è il volume rettale minimo percepito dal paziente. La *sensazione di urgenza* è il volume associato all'iniziale sensazione di urgenza ad evacuare. Il *volume massimo tollerato* è il volume tale per cui il paziente sperimenta disagio ed un intenso desiderio a defecare.

**DEFINIZIONE DELLA TERMINOLOGIA DEFECOGRAFICA:** la *defecografia* è un esame dinamico eseguito al fine di studiare l'anatomia e la funzionalità dell'anoretto e del pavimento pelvico durante la defecazione. Il movimento delle strutture pelviche in relazione alle linee pubococcigea ed ischiococcigea ed in relazione tra loro è poi descritto e quantificato. Queste immagini dinamiche dello svuotamento rettale possono essere acquisite con la fluoroscopia, l'ecografia pelvica e la risonanza magnetica.

**DEFECOGRAFIA FLUOROSCOPICA DINAMICA:** il retto, e preferibilmente anche la vagina, sono opacizzati con il mezzo di contrasto. A volte anche altri organi, come il piccolo intestino e/o la vescica possono essere opacizzati. Al paziente viene richiesto di evacuare il mezzo di contrasto rettale in un gabinetto radiotrasparente mentre le immagini dinamiche sono catturate fluoroscopicamente per analisi aggiuntive.

**RISONANZA MAGNETICA DINAMICA DEFECOGRAFICA:** il retto è opacizzato con gel ecografico. Al paziente viene poi richiesto di evacuare il gel (supino o seduto) mentre la risonanza magnetica acquisisce le immagini dinamiche durante l'evacuazione.

**ECOGRAFIA DINAMICA DEFECOGRAFICA:** il retto è opacizzato con un gel ecografico. Al paziente viene poi richiesto di evacuare il gel (in posizione litotomica o in decubito laterale sinistro) mentre l'ecografo acquisisce le immagini dinamiche durante l'evacuazione con una sonda ecografica intrarettale o perineale.

**ANISMO** (non rilassamento dei m. puborettali e contrazione paradossale dei m. puborettali): per anismo si intende sia il mancato rilasciamento dei puborettali sia la contrazione paradossale di questi muscoli a livello della giunzione anorettale durante l'evacuazione.

**ANGOLO ANORETTALE:** è l'angolo compreso tra una linea disegnata attraverso l'asse centrale del canale anale e una linea che attraversa l'asse centrale del retto distale o una parallela alla parete posteriore del retto distale. Può essere misurata a riposo o durante l'evacuazione. I valori normali, a riposo, sono compresi tra i 90 e 110 gradi, mentre aumentano durante l'evacuazione.

**ENTEROCELE:** nella defecografia, l'enterocele è classificato come la presenza del piccolo intestino tra il retto e la vagina, che durante gli sforzi defecatori supera il terzo superiore della vagina. Un *enterocele di primo grado* è al di sopra della linea pubococcigea; il *secondo grado* è al di sotto della linea pubococcigea ma al di sopra della ischiococcigea; il *terzo grado* è al di sotto della linea ischiococcigea. In alternativa, ernie del sacco peritoneale (peritoneocele, omentocele, sigmoidocele ed enterocele) possono essere classificate come piccole (<3 cm) medie (3-6 cm) o grandi (>6 cm) misurando la distanza maggiore tra la linea pubococcigea e il punto più inferiore del sacco.

**LINEA ISCHIOCOCCIGEA:** la linea ischiococcigea è una linea che va dal bordo inferiore dell'ischio all'ultima articolazione coccigea. Viene usata nella defecografia come punto di riferimento per lo studio del movimento degli organi pelvici.

**PERINEO DISCENDENTE:** Viene misurato attraverso defecografia come la differenza tra la posizione della giunzione anrettale a riposo e sotto sforzo massimo, in relazione alla linea pubococcigea. Misurazioni aggiuntive del grado di discesa possono essere determinate attraverso due ulteriori linee di riferimento.

- A. La *linea H* misura l'ampiezza dello iato del muscolo pubococigeo. Questa viene misurata dal margine inferiore della sinfisi pubica alla parete posteriore del retto, a livello della giunzione anrettale.
- B. La *linea M* misura il movimento del pavimento pelvico al di là della linea pubococcigea. Questa misurazione viene calcolata tracciando una linea perpendicolare dalla linea pubococcigea al limite posteriore della linea H.
- C. Un'*anomala discesa perineale* si verifica quando la linea H e la linea M superano rispettivamente i 6 e i 2 cm in lunghezza.

**PERITONEOCELE/OMENTOCELE:** nella defecografia, il *peritoneocele* è una protrusione del peritoneo tra il retto e la vagina che non contiene nessun viscere addominale. Un *peritoneocele/omentocele di primo grado* è al di sopra della linea pubococcigea, un *secondo grado* è al di sotto della linea pubococcigea ma al di sopra della linea ischiococcigea mentre un *terzo grado* è al di sotto della linea ischiococcigea. In alternativa, ernie del sacco peritoneale (peritoneocele, omentocele, sigmoidocele ed enterocele) possono essere classificate come piccole (<3 cm) medie (3-6 cm) o grandi (>6 cm) misurando la distanza maggiore tra la linea pubococcigea e il punto più inferiore del sacco.

**LINEA PUBOCOCCIGEA:** la linea pubococcigea è la linea estesa tra il margine inferiore della sinfisi pubica e l'ultima articolazione coccigea. Viene usata nella defecografia come punto di riferimento per lo studio del movimento degli organi pelvici.

**RETTOCELE:** nella defecografia il rettocele è una protrusione della parete rettale verso la vagina. Considerazioni riguardo la sua misura e riguardo al fatto che il rettocele si svuoti con la defecazione con o senza ricorso a manovre manuali, può essere di aiuto per la valutazione del trattamento. Radiograficamente, i rettoceli sono classificati come piccoli (<2 cm), medi (2-4 cm) e grandi (>4 cm). Considerazioni aggiuntive riguardo la capacità di

svuotamento, con o senza ricorso a manovre manuali, possono essere d'aiuto per indirizzare la terapia.

SIGMOIDOCELE: nella defecografia, i *sigmoidoceli* sono classificati in base alla posizione dell'ansa più inferiore del sigma durante lo sforzo evacuativo. Un *sigmoidocele di primo grado* è al di sopra della linea pubococcigea, un *secondo grado* è al di sotto della linea pubococcigea ma al di sopra della linea ischiococcigea ed un *sigmoidocele di terzo grado* è al di sotto della linea ischiococcigea. In alternativa, ernie del sacco peritoneale (peritoneocele, omentocele, sigmoidocele ed enterocele) possono essere classificate come piccole (<3 cm) medie (3-6 cm) o grandi (>6 cm) misurando la distanza maggiore tra la linea pubococcigea e il punto più inferiore del sacco. Considerazioni aggiuntive sulla capacità di svuotamento, con o senza ricorso a manovre manuali ed il grado di ridondanza del sigma, possono essere d'aiuto per indirizzare meglio la terapia.

Traduzione a cura di:

Dr.ssa Sabrina Muscianesi

Dr. Daniele Passannanti