

Rettocele

Il rettocele è una forma di POP (Pelvic Organ Prolapse) posteriore e che è definito come un'erniazione della parete anteriore del retto che protrude ventralmente nel contesto della parete posteriore della vagina, dovuto ad un difetto del setto rettovaginale .

Epidemiologia.

Nello studio "Women's Health Initiative" pubblicato nel 2002 nel quale sono state arruolate 16,616 pazienti non isterectomizzate di età compresa tra i 50 e i 79 anni, è stata evidenziata un'incidenza per il rettocele del 18,6%, seconda solamente al cistocele (34,7%)

Fisiopatologia

Il rettocele non è un'alterazione intrinseca della parete del retto, al pari della patologia diverticolare, ma un'alterazione secondaria del setto retto-vaginale, importate struttura di sostegno. Per una migliore comprensione della fisiopatologia del rettocele è utile sintetizzare l'anatomia del setto e dell'intero sistema muscolo-connettivale che garantisce il supporto ai visceri pelvici.

Il setto rettovaginale è una struttura controversa, sulla cui reale esistenza ancora si discute. Gli studi di dissezione anatomica condotti da Stecco et al. su 20 cadaveri hanno identificato il setto rettovaginale come una struttura interposta tra retto e vagina, situata su un piano coronale obliquo, con una forma a clessidra, più spessa nelle porzioni craniali del livello II e III. Istologicamente è formata da una fitta rete di fibre collagene, fibre elastiche, cellule muscolari lisce e fibre nervose provenienti dal plesso ipogastrico inferiore, come confermato anche da Richardson et al. Differenti gruppi di ricerca hanno dimostrato inoltre la presenza del setto rettovaginale in età fetale, e Dietz et al. hanno dimostrato la sua possibile visualizzazione in ecografia.

Da un punto di vista funzionale sono stati descritti 3 livelli di supporto, che ha permesso a Delancey et al. di formulare un accreditato modello patogenetico di seguito illustrato:

Livello I: costituito dal paracolpium (fascia endopelvica) e dai legamenti cardinali o utero-sacrali. Come precedentemente accennato stabilizza l'utero e la vagina in senso cranio-caudale.

Livello II: costituito dalla parte superiore del setto retto-vaginale, che viene poi fissato al retrostante muscolo elevatore dell'ano per interposizione della fascia endopelvica. In questo livello le fibre presentano un andamento dorsale e craniale fornendo supporto in trazione verso l'alto e prevenendo così i movimenti in avanti della parete posteriore della vagina.

Livello III: costituito dal raccordo della superficie caudale della fascia endopelvica, dal setto retto-vaginale e dalle due metà della membrana pelvica o diaframma urogenitale al livello del corpo perineale. Vi trovano inoltre inserzione anche una porzione del muscolo elevatore dell'ano e lo sfintere anale esterno. A questo livello le fibre hanno un decorso "side-to-side" riempiendo il gap tra i rami ischiopubici.

All'interno del pavimento pelvico il muscolo Puborettale, si trova normalmente in uno stato di contrazione, permettendo la chiusura dello iato anale e la giustapposizione delle pareti posteriore e anteriore della vagina (Figura 3. A). In questa condizione, le pressioni dei compartimenti pelvici anteriori e posteriori risultano bilanciate e il livello II è sollecitato da una forza minima.

Quando il muscolo è rilassato o danneggiato, nel caso del rettocele, il canale vaginale resta aperto e si genera un'importante pressione al livello II che tenta di opporsi, tramite una tensione dorsale opposta che risulta insufficiente (Figura 3.B).

Figura 3. Modello di funzione e disfunzione dei meccanismi di supporto nella patogenesi del rettocele. Si noti la differenza del bilanciamento delle forze in A (funzionamento conservato del puborettale) e in B (perdita funzionamento muscolo puborettale).

Da: DeLancey JO. Structural anatomy of the posterior pelvic compartment as it relates to rectocele. Am J Obstet Gynecol (1999)180:815-23

Fattori di Rischio.

- Età avanzata
- Incremento della pressione intraddominale (BMI>25 Kg/m²; Tosse cronica; Ostruita defecazione; Esercizio fisico eccessivo; Lassità congenita)
- Parità
- Menopausa

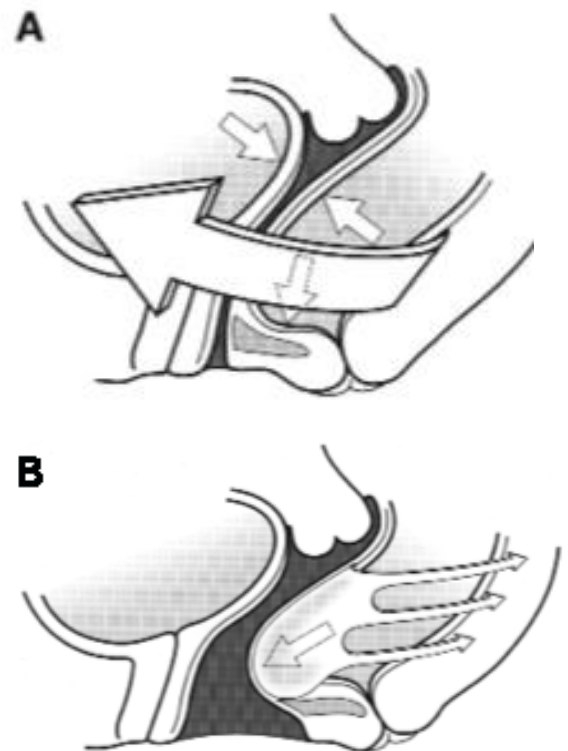
Clinica

Frequentemente le pazienti presentano segni clinici di POP in assenza di alcun sintomo. Non è stata infatti evidenziata alcuna correlazione rilevante tra le dimensioni del rettocele alla defecografia e la sintomatologia percepita. Il rettocele è solito manifestarsi con sintomi di sforzo evacuativo legati alla ritenzione delle feci accompagnata da senso di incompleto svuotamento, dalla necessità di manovre digitali e dal bisogno di effettuare plurimi tentativi (defecazione in due o più tempi) per ottenere un'evacuazione completa. Piuttosto frequenti sono anche la sensazione di peso, spesso esacerbata dalla stazione eretta prolungata, la sensazione di blocco al passaggio e il senso di contrattura della zona perianale. Inoltre viene riscontrato spesso il "bulging vaginale" (Massa in sede vaginale), specialmente in rettoceli di grandi dimensioni. Più rari i quadri riferiti di dischezia, incontinenza e cistiti.

Diagnosi

Esami clinici:

Un'anamnesi rivolta specificamente ai sintomi sopraelencati, integrata con la valutazione dei principali fattori di rischio, ci fornisce già un ottimo orientamento diagnostico. Questo viene



poi completato con l'esame obiettivo condotto mediante esplorazione rettale. Tale modalità di indagine è fondamentale e presenta un'efficacia diagnostica del 77-88%.

Esami strumentali:

Numerose sono le opzioni di indagine a nostra disposizione. Tuttavia nessuna di queste è stata mai indicata come il gold standard. Attualmente l'esame strumentale accreditato come il più idoneo è sicuramente la defecografia. Si tratta di un esame radiologico dinamico contrastografico del compartimento pelvico posteriore. Essa permette di individuare e classificare il rettocele, con una capacità diagnostica superiore a quella dell'esame obiettivo (90% vs. 77-88%). Tra gli svantaggi principali ricordiamo l'impossibilità di valutare l'intero compartimento pelvico, l'esposizione a radiazioni ionizzanti e la diagnosi di rettoceli minimi e asintomatici che possono indurre ad un atteggiamento di "over-treatment".

Altre metodiche, seppure meno invasive hanno manifestato consistenti limiti:

- Ecografia Transrettale: impossibile la manovra di ponzamento, minor sensibilità nell'individuare rettoceli di piccole dimensioni.
- Manometria Ano Rettale: nelle pazienti affette a costipazione cronica i valori pressori con e senza rettocele sono analoghi, in virtù di un'aumentata compliance dell'ampolla.
- Defocografia RM: impossibile manovra di ponzamento e posizionamento non fisiologico, e quindi non rappresentativo della dinamica evacuatoria.

Trattamento

Trattamento conservativo

La prima strategia di trattamento del rettocele è conservativa. Inizialmente si procede con una correzione del regime alimentare, incrementando l'apporto di fibre e di acqua, e controindicando gli alimenti, quali il cioccolato, che possono aumentare la viscosità delle feci rendendo più difficile l'evacuazione in un unico tempo.

Gli ultimi studi hanno rivelato come spesso l'alterazione anatomica determinata dal rettocele, possa causare un disturbo della coordinazione ano-rettale, fattore che ha aperto la strada all'impiego terapeutico del biofeedback. Le pazienti che hanno ricevuto questo trattamento hanno percepito un sensibile miglioramento (50-70%) dei principali sintomi.

Trattamento Chirurgico

Trova indicazione in tutte le pazienti che presentano rettocele sintomatico in assenza di risposta alle terapie conservative. Ad oggi sono disponibili numerose tecniche con diversi approcci, la cui scelta è influenzata dalla specialità del chirurgo stesso. I Chirurghi uro-ginecologi prediligono le vie di accesso transvaginale e perineale al contrario dei coloproctologi che propendono per un approccio transanale. Obiettivi della chirurgia sono la ricostituzione della normale anatomia e il rinforzo del setto retto-vaginale.