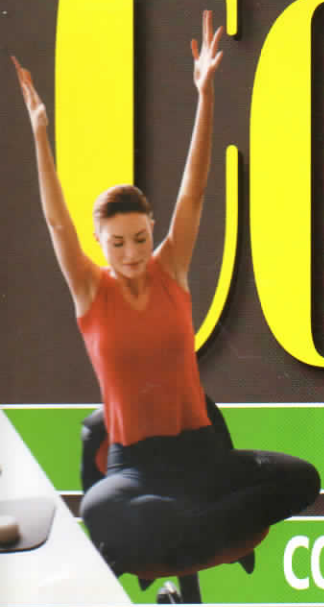


€2,00
(in Italia)

Mensile della salute per la famiglia

Come stai



10 DISTURBI PER

COLPA DELLA MENTE

Tiroide:
i sintomi che
non ti aspetti

DONNE:

perché vivono
di più



**Distrofia
muscolare:**

passi avanti
con le
staminali



ENDOMETRIOSI
Può dipendere
dai trucchi?



Vitamina D

ANCHE CONTRO I TUMORI?



Area 12 N.3 - 1990 - 2007 - mensile - Prof. Italo Calvino - Creazioni in abbonamento - D.L. 30/07/2004 - 40 - 401 - 1000 Milano

chirurgia

Oggi basta un intervento in anestesia locale per risolvere il rettocele, un disturbo che provoca dolore e difficoltà a evacuare, dovuto principalmente alle gravidanze



Una "fatica"

TUTTA FEMMINILE

Problema esclusivamente femminile, il **rettocele** non è un problema serio, quindi non causa danni alla salute in generale, ma **può dare disturbi fastidiosi**, come per esempio una sensazione di dolore e pesantezza nella zona perineale, nella parte bassa dell'addome o anche della schiena. Può inoltre **rendere difficoltosi i rapporti sessuali e predisporre a una forma particolare di stitichezza che si accompagna a una sgradevole sensazione di defecazione incompleta.**

Senza sostegno
Per rettocele si intende un cedimento della parete del retto, che tende a cadere anteriormente e verso il basso. Forma quindi una vera e propria ernia che prolassa verso la vagina.
La caduta è causata dalle fasce muscolari che hanno la funzione di separare il canale rettale da quello vaginale e al tempo stesso di sostenere i due organi. Si tratta di tessuti morbidi e abbastanza sensibili a traumi di vario tipo, che ne possono causare l'indebolimento.

Proprio a causa di questi traumi, le fasce muscolari del setto retto-vaginale diventano più cedevoli e non riescono più

a sostenere in modo corretto la vagina e il retto. Così questo, invece che continuare a mantenere la struttura a cana-

È IL RETTO CHE SI SPOSTA

Per comprendere quali sono le parti del corpo interessate dal rettocele, è opportuno descrivere la struttura dell'apparato retto-genitale della donna. È bene immaginare il corpo della donna in sezione, visto di lato. **Anteriormente, nella parte più esterna, si trova la vulva, che è l'ingresso della vagina, un cana-**

le collegato all'utero. La vagina è costituita da tessuti muscolari che prendono il nome di pavimento pelvico. **Al di sopra della vagina poggia la vescica**, una sorta di sacchetto che raccoglie l'urina prodotta dai reni e la elimina attraverso un canale chiamato uretra*. **Nella parte posteriore, sempre al**

LOWRIE/GETTY

Scivola anche la vescica

Spesso il rettocele si accompagna al cistocele, ossia un'ernia provocata dal prollasso della vescica all'interno della vagina. Le cause vanno ricercate in un indebolimento dei tessuti che costituiscono le pareti della vagina stessa. Priva di sostegno, la vescica scivola verso il basso e in avanti, attraverso la parete vaginale anteriore, formando il cistocele. Anche in questo caso le gravidanze sono le principali responsabili. Durante la gestazione e il parto, infatti, i sostegni muscolari della vagina

si distendono e poi si lacerano. Sono colpevoli anche l'eccessivo peso corporeo, che provoca una pressione costante sui tessuti muscolari interni, l'abitudine a compiere lavori pesanti e la menopausa. La fine delle mestruazioni è accompagnata da una diminuzione degli estrogeni che hanno un ruolo importante nel mantenimento di un buon tono dei tessuti degli organi genitali. Se esiste predisposizione familiare, però, il cistocele può comparire anche in giovane età.

le, cede, formando una sporgenza a forma di sacco che invade lo spazio vaginale.

Due metodiche

È necessario intervenire chirurgicamente per risolvere il problema quando il rettocele ha dimensioni così grandi da causare fastidi.

In caso contrario, infatti, il disturbo non dà sintomi e ci si può convivere normalmente.

L'intervento chirurgico consiste nell'effettuare una sorta di plastica ricostruttiva del setto retto-vaginale per rafforzarlo e restituirgli in questo modo la capacità di costituire un supporto valido per:

- il retto durante la defecazione,
- la vagina durante i rapporti sessuali.

Fino a qualche anno fa, l'intervento veniva effettuato esclusivamente attraverso la vagina. Oggi, invece, i chirurghi preferiscono spesso ope-

rare attraverso l'apertura anale.

È il chirurgo comunque a decidere la metodica più adatta, dopo aver effettuato la diagnosi attraverso la visita e i controlli.

Gli esami

Prima dell'intervento la donna deve sottoporsi ad alcuni esami di routine, che vengono richiesti prima di qualsiasi operazione chirurgica.

Si tratta:

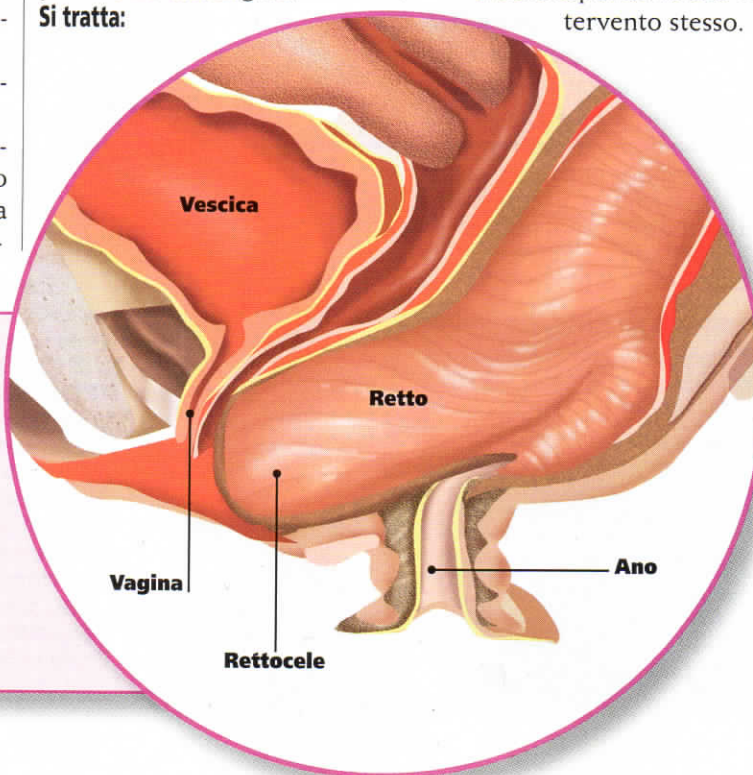
- degli esami del sangue, che servono per assicurarsi che la persona non abbia problemi di anemia o di coagulazione;
- dell'elettrocardiogramma, per valutare la funzionalità del cuore e delle arterie.

Questi esami possono essere effettuati qualche giorno prima dell'operazione o poche ore prima dell'intervento stesso, nella medesima struttura ospedaliera.

La persona viene sottoposta anche a un clistere in modo che il chirurgo possa disporre di un campo operatorio libero e nitido. Così, inoltre, viene abbassato il rischio di infezioni causato dall'eventuale presenza di batteri fecali che possono contaminare la zona.

Infine viene chiesto di firmare un modulo, chiamato "consenso informato", una procedura necessaria per ogni intervento chirurgico che ha l'obiettivo di rendere maggiormente consapevoli dei rischi, dei benefici e delle aspettative dell'intervento stesso.

“Solo se il cedimento provoca disturbi importanti si deve operare”



di sopra della vagina, si trova l'utero, un organo cavo muscolare che ha la funzione di ospitare il bimbo nel corso della gravidanza.

Posteriormente si trova il retto, un canale che rappresenta l'ultima parte dell'intestino crasso, che ha il compito di eliminare le feci e che termina in una apertura chiamata ano.

I SINTOMI PIÙ COMUNI

Il rettocele viene riconosciuto con una certa facilità perché le donne che ne soffrono accusano sempre gli stessi sintomi, in particolare:

● stitichezza immotivata, che non trova rimedio con un'alimentazione più ricca di fibre, con un maggiore apporto di acqua o con l'assunzione di lassativi;

● senso di evacuazione ostruita e incompleta, cioè sensazione di aver ancora feci da espellere, tanto che talvolta è necessario assumere posizioni particolari, come per esempio raddrizzare la schiena o mantenere una posizione quasi eretta durante la defecazione;

● sensazione di pesantezza nella zona del perineo (la zona che separa la vagina dall'ano);

● frequente stimolo a urinare, dovuto all'irritazione che con il tempo coinvolge l'uretra proprio perché la vagina è compressa;

● dolore durante i rapporti sessuali (dispareunia) a causa della presenza dell'ernia in vagina.

Locale o spinale

L'operazione può essere eseguita con qualsiasi tipo di anestesia.

Nelle mani di un chirurgo esperto in questa tecnica, può essere effettuata anche con l'anestesia locale, ricorrendo a particolari accorgimenti che consentono di non fare avvertire il dolore delle iniezioni e mirano a prolungare l'effetto antidolorifico per alcune ore nel periodo post-operatorio.

In alternativa viene scelta l'anestesia spinale detta "a sella", che prevede l'inserimento del liquido anestetico tra le vertebre spinali attraverso la puntura di un ago sottile. In questo modo

COME SI SCOPRE

Per accertare la presenza del rettocele spesso è sufficiente la descrizione dei sintomi. Per essere certi della diagnosi, però, può essere necessario ricorrere a due controlli.

L'ESAME PROCTOLOGICO

Si tratta di una semplice ispezione manuale. Lo specialista inserisce delicatamente un dito nell'ano e uno nella vagina. In questo modo può avvertire con il tatto la presenza dell'ernia in vagina e il cedimento del setto retto-vaginale.

LA DEFECOGRAFIA

Consiste in un esame radiologico che ha lo scopo di esaminare la defecazione, i cambiamenti della configurazione del retto durante la defecazione stessa e l'eventuale presenza di prolasso del retto.

Viene iniettato nell'ano un piccolo clistere di bario. La persona viene invitata a spingere come durante la normale defecazione. Lo specialista effettua una radiografia, quindi il meccanismo della defecazione viene registrato e può essere analizzato. Il mezzo di contrasto segue lo stesso tragitto delle feci: se è presente il rettocele, il bario può restare intrappolato nell'estroflessione del retto.

la persona perde la sensibilità nella zona corrispondente al cavallo dei pantaloni, ma resta cosciente e può quindi seguire le fasi dell'intervento.

Solo raramente si ricorre all'anestesia generale. Questo avviene se la persona è emotiva ed è necessario addormentarla per essere certi che stia sufficientemente immobile.

Le diverse fasi

La donna viene fatta sdraiare su un lettino a pancia in giù oppure supina: in questo caso le gambe vengono appoggiate su due sostegni laterali, simili a quelli del lettino ginecologico.

Il chirurgo incide la parete anteriore del retto, in corrispondenza della zona di debolezza della parete, e mette allo scoperto la parete muscolare del setto retto-vaginale.

Quindi applica una serie di punti di sutura per ricucire i muscoli che sono andati incontro al cedimento, in modo da avvicinarli gli uni agli altri. Questi punti vengono applicati in direzione orizzontale e verticale, per rafforzare le fibre muscolari e correggere quindi al meglio la tendenza a cedere della parete del retto.

Una volta che questa fase di rinforzo si è conclusa, il chirurgo **ricopre la zona con il lembo**

Attente al parto!

La comparsa del rettocele può essere causata da traumi acuti o cronici al pavimento pelvico e allo stesso setto retto-vaginale. Tra le cause più frequenti:

- **più gravidanze:** il passaggio della testa del feto nel canale vaginale comporta sempre uno stress a questa zona e può indebolire i muscoli;
- **parti difficili**, per esempio se c'è una sproporzione fetto-pelvica (il bambino è troppo grosso rispetto al canale vaginale della madre) oppure se la

madre è spossata e non riesce più a spingere in modo valido o, ancora, se il personale si accorge dal monitoraggio fetale che il bambino mostra segni di sofferenza e quindi è opportuno accelerare il parto. Tutto questo può comportare un trauma per il pavimento pelvico;

- **un intervento di isterectomia:** si tratta di un'operazione che prevede l'asportazione dell'utero, in genere effettuato per rimuovere tumori che si formano

all'interno dell'utero stesso. L'asportazione dell'organo comporta un indebolimento generale dell'apparato genitale femminile e quindi anche del pavimento pelvico. Infatti la mancanza dell'utero comporta un brusco calo del livello di estrogeni, ormoni che contribuiscono a mantenere tonici ed elastici tutti i tessuti, anche quelli del pavimento pelvico, che quindi è improvvisamente indebolito.

di mucosa che era stata sollevata, dopo avere asportato quella in eccesso (prolasso* mucoso) che quasi sempre accompagna il rettocele.

L'intervento ha una durata di circa un'ora.

Se si procede per via vaginale, la persona viene sistemata in posizione sdraiata sul

lettino operatorio, ma sempre a pancia in su con le gambe sollevate appoggiate a due sostegni. Il chirurgo con il bisturi "scolla" il rivestimento della parete posteriore della vagina, quello in corrispondenza del rettocele. In questo modo raggiunge la muscolatura del setto retto-vaginale. Una volta individuato il punto del prolasso, anche in questo caso applica punti di sutura che fanno in modo di rafforzare la parete del setto stesso.

Più vantaggi

I chirurghi tendono oggi a preferire l'intervento per via trans-retta-

PUÒ ESSERCI ANCHE UNA PREDISPOSIZIONE

Il rettocele può essere dovuto anche a una predisposizione: alcune donne, cioè, hanno un pavimento pelvico particolarmente morbido e cedevole, che quindi non riesce a esercitare una sufficiente funzione di sostegno agli organi genitali e al retto. Possono però intervenire altri fattori.

L'ETÀ: con il passare degli anni i tessuti sono soggetti a un indebolimento legato all'invecchiamento. Infatti la maggior parte delle donne colpite da rettocele ha più di 40 anni.

STARE MOLTO IN PIEDI: anche le donne che trascorrono molto tempo in posizione eretta sono più soggette al disturbo. Il peso infatti gravita sul pavimento pelvico che tende a indebolirsi.

IL SOVRAPPESO: le donne con problemi di chili di troppo o di obesità sono più soggette al rettocele perché il peso comporta un affaticamento dei muscoli del pavimento pelvico, che devono reggere il peso di tutto il corpo.



IL DISSINERGISMO ADDOMINO-PELVICO: al momento della defecazione lo sfintere anale dovrebbe allentare la sua tensione per consentire al retto di "raddrizzarsi" agevolando il passaggio delle feci. In alcune persone, soprattutto le più ansiose ed emotive, questo non avviene, si verifica anzi una ulteriore ed eccessiva contrazione del muscolo che spinge le feci verso la parete anteriore del retto, favorendone il cedimento.



si riprende più in fretta. Ciò è dovuto alla maggiore sensibilità dei tessuti vaginali rispetto a quelli anali.

La via trans-rettale permette, tra l'altro, di risolvere altri disturbi che spesso si presentano associati.

È il caso:

- delle emorroidi,
- di un'ulcera del retto
- del prolasso della mucosa rettale, che quando è indebolita può cadere all'interno del canale anale, causando stitichezza e fastidio.

Si opta, invece, per la metodica trans-vaginale se, oltre al rettocele, il chirurgo diagnostica un prolasso in vagina di vescica (cistocele) o dell'utero. Anche qui le cause che portano al problema sono legate all'indebolimento dei tessuti del pavimento pelvico.

Si può in questo caso effettuare un intervento di plastica vaginale per la correzione degli altri disturbi presenti.

Nessuno sforzo

Dopo l'intervento è possibile avvertire:

- tensione,
- bruciore,
- una sensazione di pesantezza nella zona operata.

I muscoli rettili non devono

le. La metodica offre maggiori vantaggi rispetto a quella vaginale, soprattutto dal punto di vista del dolore: è risultato, infatti, che chi subisce l'intervento trans-rettale avverte meno dolore postoperatorio e

La conseguenza più seria

La sindrome da defecazione ostruita (Ods) è la conseguenza più importante del rettocele, spesso associata a un prolasso rettale mucoso o a una invaginazione del retto dentro se stesso. Consiste nell'impossibilità a evacuare normalmente, ma non per motivi legati alla stitichezza. Si forma infatti una sorta di sacco all'interno del quale possono

restare intrappolate le feci durante la defecazione, quindi non riescono a transitare verso l'esterno ed essere espulse. A differenza della stitichezza, la sindrome da defecazione ostruita è causata da un'ostruzione alla quale un'alimentazione corretta non riesce a rimediare. Le persone soggette a questo disturbo: ■ riescono a

evacuare solo dopo aver assunto lassativi o dopo essersi somministrati clisteri e supposte, ■ devono restare per molto tempo in bagno spingendo intensamente, ■ hanno la spiacevole sensazione di una evacuazione incompleta. Intervenire chirurgicamente per il rettocele significa anche risolvere il problema della Ods.

in farmacia

Poiché si tratta di un problema esclusivamente meccanico, i farmaci non servono. Quando si avverte più dolore o senso di pesantezza, è possibile assumere qualche analgesico. Si tratta però solo di un rimedio contro i sintomi. I farmaci possono essere assunti anche per tenere sotto controllo il dolore che si presenta dopo l'intervento. Inoltre si possono assumere lassativi per facilitare l'evacuazione.

Analgesici

Aulin 30 bustine, 4,43 euro, fascia A; **Aleve 20 compresse**, 8,35 euro, fascia C

Lassativi

Laevolac sciroppo, 4,80 euro, fascia A; **Dulcolax, 24 compresse**, 6 euro, fascia C.

Fascia A: a totale carico del Ssn; fascia C: a totale carico del cittadino.

I farmaci citati sono una libera scelta redazionale

essere sforzati troppo perché questo potrebbe far cedere i punti appena applicati. È quindi necessario assumere lassativi per ammorbidire le feci e stimolare l'evacuazione.

Fino a 10-15 giorni dopo l'intervento è possibile essere soggette a perdite di sangue o di muco, che però non devono preoccupare.

La degenza in ospedale è in genere di uno o due giorni.

Il tempo per ricominciare a vivere normalmente varia da persona a persona. È importante fare quello che ci si sente di fare, senza sforzarsi o affaticarsi. Per i rapporti sessuali è bene attendere almeno tre settimane.

L'intervento chirurgico per la cura del rettocele **è di norma ben tollerato e nella quasi totalità dei casi il disturbo non si presenta più.**

A volte, però, si possono verificare problemi di incontinenza temporanea o di urgenza post-operatoria: questo significa che si ha la necessità di correre in bagno al momento dello stimolo oppure che si avverte il bisogno di evacuare più volte durante la giornata.

Queste sensazioni spariscono in genere tre o quattro settimane dopo l'operazione.

Roberta Raviolo con la collaborazione del dottor Riccardo Annibaldi, specialista in chirurgia generale e colonproctologo a Milano, coordinatore dell'Unità Colonproctologica Milano Nord

Dove rivolgersi

L'intervento di correzione chirurgica del rettocele può essere effettuato sia in centri pubblici sia presso cliniche private. È però importante affidarsi a centri specializzati in chirurgia colonproctologica: solo in questo modo è possibile essere certi che non si presentino recidive.

Dott. Riccardo Annibaldi
Specialista in Chirurgia
Colonproctologia

Casa di Cura "Columbus"
via Buonarroti, 48 - Milano
tel 02480801

Casa di Cura "San Pio X"
via Nava, 31 - Milano -
tel 02695111

Studio medico:
Corso Sempione, 98
20154 Milano
Tel & Fax: 02344727
Segreteria
cell: 393-9946751

*DIZIONARIO

Prolasso: cedimento di un organo o di parte di esso che scivola e si disloca al di fuori della sede originaria per effetto della forza di gravità.

Uretra: canale che conduce l'urina dalla vescica all'esterno.