



Il professor Massimo Mongardini, specialista in Chirurgia generale, è docente del corso di Laurea in Odontoiatria e della III e V Scuola di specializzazione in Chirurgia generale alla Sapienza di Roma. Chirurgo universitario al Policlinico Umberto I di Roma prima in chirurgia d'urgenza, poi al dipartimento di Scienze Chirurgiche. ATLS surgeon (Advanced Trauma Life Support - American College of Surgeons). Coordinatore UCP "Roma Umberto I" per la Società italiana unitaria di Colon Proctologia e autore di numerose pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali, filmati di tecnica chirurgica, articoli medico-chirurgici divulgativi su stampa periodica a diffusione nazionale

Chirurgia coloproctologica per patologie funzionali

Ricostruzione del pavimento pelvico e riparazione, ricostruzione e sostituzione degli apparati sfinteriali. La cura di lesioni spesso etichettate come irrisolvibili

di **Claudia Furlanetto**

“**L**a chirurgia ricostruttiva del pavimento pelvico così come quella di riparazione, ricostruzione e sostituzione degli apparati sfinteriali è una branca ultra specialistica. Noi ci occupiamo di pazienti che presentano lesioni spesso etichettate come irrisolvibili. Siamo la cosiddetta ‘ultima spiaggia’” afferma il professor Massimo Mongardini del dipartimento di Scienze chirurgiche del Policlinico Umberto I di Roma. Sono mille le visite che si effettuano ogni anno presso l'ambulatorio, ma solo il dieci per cento si trasforma in intervento: “In alcuni casi – spiega il professore – non sussiste l'indicazione chirurgica, sono pazienti che possono risolvere il pro-

blema con la riabilitazione”.

Come mai si è specializzato in questo tipo di chirurgia?

La mia esperienza in chirurgia d'urgenza mi ha portato ad affrontare molti casi di origine traumatica: i danni perineali importanti erano all'ordine del giorno. Incidenti sul lavoro, come operai caduti dalle impalcature, talvolta addirittura impalati, ma anche molte vittime di “scherzi”. Più di una volta siamo intervenuti su ragazzi gonfiati con il compressore fino a far scoppiare i tessuti. Senza contare le vittime di violenza.

Perché parla di casi etichettati come irrisolvibili?

Le faccio un esempio. Qualche mese fa abbiamo operato una rifugiata politica di 29 anni. In passato era stata rinchiusa in un carcere africano e lì sottoposta a violenze che le avevano provocato

una lesione cloacale complessa di IV grado. La donna presentava un'ampia perdita di sostanza a livello perineale e la mancanza del setto retto-vaginale distale. La signora era anche affetta da tubercolosi, sifilide ed era HIV e HCV positiva.

Parliamo di lesioni invalidanti, anche su pazienti giovani, che a seguito di un trauma non solo non possono più avere rapporti sessuali ma non hanno più la continenza fecale con conseguenze sociali ben immaginabili.

Una lesione cloacale di questa gravità, anche se rara, può presentarsi anche in seguito al parto: le statistiche riportano in Europa un caso ogni cinquemila. Con lesioni di questo tipo è necessario sia un intervento estetico sia un intervento funzionale che ricostituisca le

funzioni sfinteriali. Si cerca di ridare la funzionalità a strutture cave con organi importanti come il sistema genitale, urinario e rettale. È un lavoro multidisciplinare che coinvolge infatti colon-proctologi, ginecologi, urologi e bioingegneri.

Lesioni meno gravi sono spesso associate al parto?

Sì, nei parti vaginali l'episiotomia spesso va a ledere lo sfintere esterno, che è deputato per il 90 per cento alla continenza.

In una donna giovane una lesione sfinteriale non estesa può non essere identificabile perché la tonicità del muscolo permette la continenza nonostante il danno alla struttura. Al contrario, in una donna anziana, che ha subito un danno sfinteriale in giovane età, la muscolatura non più tonica danneggiata anni prima, evidenzia progressivamente un deficit di continenza ed è qui che diventa necessario l'intervento. Riparare questo tipo di lesioni, ormai di vecchia data, non è semplice.

Come procedete chirurgicamente?

Se la lesione iatrogena comporta una sezione sfinteriale completa e non supera il quarto d'ora – l'ano viene paragonato ad un quadrante di orologio e le lesioni vengono stabilite in corrispondenza delle ore – possiamo tentare di riparare il muscolo o per sutura diretta o per overlapping, quindi sovrapponendo tra di loro i piani. Quando l'alterazione è più ampia di 45 gradi siamo costretti all'impiego di protesi, anche se pre-

sentano problemi consistenti vista la difficoltà a far interfacciare una struttura muscolare artificiale con il retto. In casi ben selezionati utilizziamo la graciloplastica dinamica, cioè la trasposizione del muscolo gracile dell'interno coscia intorno all'ano per creare un nuovo sfintere. Utilizzando una stimolazione elettrica continua fornita da un neurostimolatore impiantato nell'addome, la chiusura dell'ano viene garantita in modo permanente, senza intervento volontario da parte del paziente. Le defecazioni vengono ottenute bloccando gli impulsi elettrici dello stimolatore per mezzo di un telecomando.

Le lesioni iatrogene sono frequenti?

Negli interventi coloproctologici "minori" il paziente con il consenso informato viene messo sempre di fronte al rischio di poter subire un danno alla continenza. Nel trattamento chirurgico di fistole perianali o di ragadi non è raro, per esempio, assistere alla lesione dello sfintere. Ma non è l'unico caso. Le fistole retto vaginali sono di frequente ri-

sultato di un danno di natura ostetrica o dopo chirurgia ano-rettale o vaginale. Il trattamento chirurgico delle fistole retto vaginali è un tipo di intervento che eseguiamo spesso soprattutto su persone già etichettate come "inguaribili". In uno studio presentato sull'ultimo numero del 2009 del *Giornale di Chirurgia*, abbiamo descritto il trattamento chirurgico di una fistola retto-vaginale bassa post-radioterapia, trattata con l'ausilio di gel piastrinico autologo in grado di accelerare significativamente la riparazione e la rigenerazione dei tessuti grazie ai numerosi fattori di crescita contenuti nelle piastrine. Il gel aumenta la risposta angiogenetica dei tessuti, stimola la rigenerazione epiteliale e favorisce la guarigione delle lesioni. È il primo studio riportato in letteratura in cui i fattori di crescita sono impiegati nella terapia delle fistole retto-vaginali.

Ci vuole citare altri lavori della sua équipe?

Sul *Journal of Medical Case Reports*, nel mese di dicembre, è stato pubblicato un nostro studio su un ca-

so di prolasso rettale esterno. La donna è stata trattata con intervento di Altemier praticato per via transrettale per rimuovere il retto ed il sigma eccedenti. Di solito, soprattutto per i giovani, l'asportazione del retto prolassato esternamente che tiene necessariamente aperti gli sfinteri porta al recupero della continenza. In questo caso, però, la paziente era stata sottoposta precedentemente a tre interventi di cerchiaggio anale con conseguente distruzione degli sfinteri. In aggiunta, quindi, abbiamo eseguito una graciloplastica dinamica che di solito non viene impiegata per questa patologia.

Quali sono i progetti per il futuro?

In collaborazione con il CNR stiamo portando avanti uno studio preliminare per l'impiego delle cellule staminali che, in particolare nella rigenerazione del muscolo liscio, potrebbero essere essenziali. Vogliamo ottenere tessuti con caratteristiche muscolari simili a quelle dello sfintere interno e dello

sfintere esterno. Costituirebbe una svolta per la cura delle patologie proctologiche.

In quale stato psicologico si trovano i suoi pazienti?

Queste patologie portano spesso all'isolamento sociale con tutto ciò che ne consegue a livello psichico. Stiamo portando avanti protocolli con un team di psichiatri e psicologi volti proprio a studiare l'associazione che queste patologie hanno con i disturbi mentali che sono, appunto, abbastanza frequenti in questi pazienti.

Allo stesso tempo è necessario sottolineare quanto la personalità giochi un ruolo fondamentale in chi si sottopone a terapie chirurgiche così complesse: nel caso di una lesione cloacale come quella che le ho descritto prima la paziente va incontro ad un intervento di derivazione intestinale, ad uno o due interventi di ricostruzione e poi ad un monitoraggio e periodo di valutazione. Proponiamo un anno di iter chirurgico. Non tutti i pazienti sono in grado di accettarlo e sopportarlo. Bisogna essere motivati. •

FILMATI DIDATTICI

L'équipe del professor Massimo Mongardini, composta da chirurghi universitari del dipartimento di Scienze Chirurgiche del Policlinico Umberto I, produce un grande numero di filmati didattici che vengono presentati durante congressi nazionali ed internazionali. Alcuni saranno pubblicati sul sito della società italiana di chirurgia (www.sichirurgia.org). Tra i filmati prodotti durante lo scorso 2009:

- Total Pelvic Floor Repair;
- Trattamento chirurgico con Transtar e colpoperineoplastica per severo prolasso della volta vaginale (eversione completa) associato a prolasso rettale sintomatico (Ods), rettocele ed enterocele;
- Starr videolaparossistita per sindrome da ostruita defecazione da edrocele (ernia posteriore del Douglas);
- La nuova tecnologia digitale nella diagnostica delle patologie funzionali del retto;
- Lesione cloacale complessa retto-vaginale. Ricostruzione chirurgica completa morfo-funzionale.

Per ulteriori informazioni: massimo.mongardini@uniroma1.it

