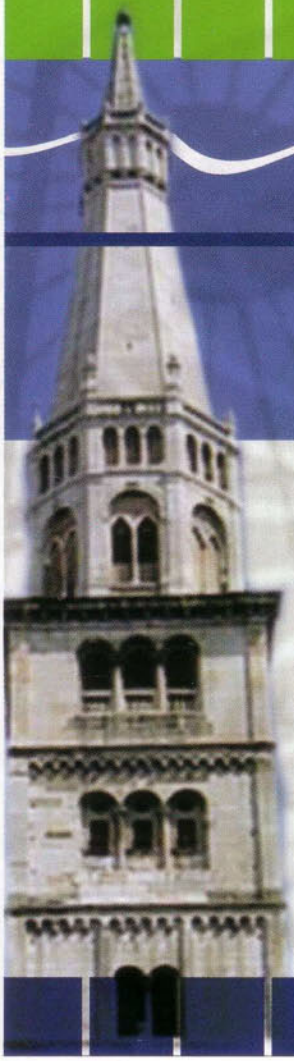
SIUCP NEWS

Anno III
Numero 4

Notiziario della Società Italiana Unitaria di Colonproctologia



13° Meeting Congiunto di

Colonproctologia e Stomaterapia

l'altra faccia della chirurgia colorettale

Modena 19-20 novembre 2009 - Forum Guido Monzani

In primo piano – *Prolassectomia: variante di tecnica "V.A.A.F.T. : Video Assisted Anal Fistola Treatment"*

Una finestra sulla SIUCP – *seconda campagna Nazionale*

Curiosità – *Veleggiando in Croazia*
Miss Italia

In primo piano

"V.A.A.F.T.: Video Assisted Anal Fistula Treatment". Tecnica di Meinero per il trattamento delle fistole anali complesse.

a cura di Piercarlo Meinero

Eseguo la mia tecnica per mezzo di un kit personale (1) che comprende: il mio fistuloscopio (Karl Storz), un anoscopio modificato, un elettrodo monopolare connesso con l'elettrobisturi, un cucchiaio endoscopico, una suturatrice CCS30 ed 1 ml di cianoacrilato. Il mio fistuloscopio (2) ha un canale ottico, uno operativo ed uno per il flusso di soluzione salina.

Fig. 1

Fig. 2

La tecnica prevede una fase diagnostica ed una fase operativa. Il fistuloscopio viene inserito attraverso l'orifizio fistoloso esterno con il flusso di soluzione salina attivo; il tragitto fistoloso appare chiaramente sul monitor e, con movimenti delicati, si arriva al termine del tragitto fistoloso rappresentato dall'orifizio interno (3). Il fistuloscopio è rigido proprio per fare in modo di "rettilineizzare" la fistola sul fistuloscopio stesso, manovra favorita dall'anestesia spinale. Si posizionano due o tre punti sull'orifizio interno in modo da isolarlo (4) senza però chiuderlo, al momento. Si inizia quindi a cauterizzare la parete interna della fistola mediante l'elettrodo monopolare partendo dall'orifizio interno sino all'orifizio esterno non dimenticando eventuali tramiti secondari o cavità ascessuali (5).

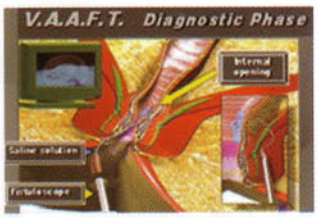


Fig. 3

Fig. 4

Fig. 5

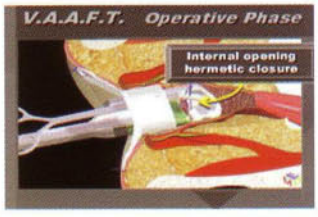


Fig. 6

L'assistente mantiene in tensione i fili applicati in precedenza sull'orifizio interno, mediante una pinza, così da formare una sorta di "vulcano" il cui apice è rappresentato dall'orifizio interno stesso. Il chirurgo inserisce la CCS30 alla base di questo "vulcano" ed esegue la sezione e la chiusura ermetica dell'orifizio interno (6). Il risultato finale è una sutura nell'area dove era presente l'orifizio (7).

Fig. 7

A questo punto, al fine di rafforzare la sutura meccanica, si introduce 1 ml di cianoacrilato, subito dietro la sutura, introducendo un sottile catetere attraverso l'orifizio esterno. I vantaggi della tecnica sono evidenti: non ci sono ferite nella regione perianale, la localizzazione dell'orifizio interno è sicura (punto chiave in ogni intervento per fistole perianali), viene meno l'esigenza di conoscere preoperatoriamente la classificazione della fistola in quanto, operando all'interno, non si provocano danni agli sfinteri per cui non si possono avere problemi di incontinenza fecale. La tecnica, avendo una fase diagnostica, rende inutili le indagini preoperatorie (US, RMN...). Inoltre, viene eseguita in day surgery; il paziente non ha bisogno di alcuna medicazione e torna al lavoro dopo pochi giorni.

Dal maggio 2006 al luglio 2009 ho operato 44 pazienti (37 maschi e 7 femmine) di età compresa tra i 32 e i 67 anni. Dei pazienti che ho operato, 22 erano già stati sottoposti ad intervento chirurgico per fistola perianale complessa. Nella mia casistica non vi sono casi di Crohn. Nessuno dei pazienti ha eseguito preoperatoriamente ecografia, fistulografia o MRI proprio per dimostrare che con questa tecnica è inutile conoscere prima il tipo di fistola.
Non ho avuto importanti complicanze.
Nella maggior parte dei casi (77%) il dolore postoperatorio è stato accettabile e non c'è correlazione tra il livello di sutura e l'intensità del dolore. Ho impostato un follow-up a 2, 6, 12 e 24 mesi: la guarigione primaria si è avuta in 37 pazienti (84.1%). Ho rioperato tre pazienti con recidiva sempre con la VAAFT che sono guariti due mesi più tardi. Un paziente è guarito dopo re-iniezione di cianoacrilato ambulatoriale. Gli ultimi tre pazienti non sono guariti con il cianoacrilato per cui saranno sottoposti ancora a VAAFT nei prossimi mesi. La tecnica è molto ben accettata dal paziente.

MFA Multi-Functional Anoscope: un nuovo strumento nella visita proctologica.

Dr. P.Meinero.

Dida foto: MFA Multi-Functional Anoscope

Sino ad oggi non esisteva uno strumento in grado di valutare la funzionalità anorettale durante la prima visita proctologica per patologie minori. In questi casi infatti, la manometria viene eseguita solo quando vi sia un evidente motivo anamnestico non essendo prevista in alcuna linea guida.

L'MFA si colloca tra l'attuale nulla e la manometria stessa permettendo di rilevare i parametri di sensibilità rettale (First Sensation, Defecatory Desire Volume, Maximum Tolerable Volume) già durante la prima visita. Se alterati, questi parametri consentono l'individuazione di pazienti con ipersensibilità o iposensibilità notoriamente correlate con patologie concomitanti misconosciute.

E' costituito da un anoscopio graduato e da un catetere con palloncino.

E' multifunzionale perchè oltre al Test di Sensibilità Rettale (TSR) consente di effettuare, già durante la prima visita, il Balloon Expulsion Test (BET), la Valutazione preoperatoria dell'Entità del Prolasso (VEP) e la Misurazione della Lunghezza del Canale Anale (MLCA). A seconda dell'esito di questi tests, lo specialista potrà sospettare patologie concomitanti ed indirizzare il paziente verso ulteriori approfondimenti diagnostici.

Nello studio personale, si dimostra la correlazione tra le alterazioni della sensibilità rettale ed alcune complicanze postoperatorie che, grazie all'utilizzo dell'MFA, possono essere prevenute. Con l'MFA si può inoltre prevedere l'esito di un eventuale biofeedback.