

L'incontinenza fecale si può curare

L'incontinenza fecale è la perdita della capacità di controllare le funzioni intestinali. Un problema che riguarda in particolare donne e anziani, causando spesso disagio e vergogna tanto da portare i soggetti colpiti a non parlarne neanche con i propri medici curanti, certi dell'impossibilità di cura.

Le funzioni intestinali e continenza alle feci sono garantite normalmente da almeno tre meccanismi: la pressione esercitata dai muscoli dello sfintere anale, la conformazione del tratto terminale dell'intestino (ampolla rettale) che costituisce una specie di deposito per le feci e la sensibilità alla distensione della mucosa del retto. Se qualcosa non funziona può verificarsi una turba della continenza da attribuirsi spesso ad un danno dei muscoli dello sfintere. Nelle giovani donne, ad esempio, questo può avvenire per una lacerazione traumatica degli sfinteri durante il parto o in seguito ad una episiotomia (la piccola incisione praticata dall'ostetrico per agevolare l'uscita del neonato). Alterazioni della muscolatura possono, inoltre, verificarsi nel corso di interventi chirurgici sul retto e sull'ano (per neoplasie, emorroidi, fistole, ascessi), o per patologie infiammatorie croniche del grosso intestino. L'incontinenza fecale può anche essere causata da lesioni delle strutture nervose che controllano i muscoli dello sfintere o che sono responsabili della trasmissione della sensibilità rettale: anche in questo caso situazioni come il parto, voluminosi prolassi rettali, sforzi intensi e prolungati per stipsi marcata, comparsa di malattie infiammatorie, degenerative o tumorali dei nervi o del midollo, o malattie metaboliche come il diabete, possono determinare una denervazione rettale o sfinteriale. Altra causa di incontinenza è da ricercare nelle patologie che riducono l'elasticità del retto. In questo caso si manifesta un ristretto intervallo di tempo tra sensazione di ripienezza rettale e necessità di svuotamento con conseguente urgenza defecatoria e, molto spesso, impossibilità al controllo delle feci, specialmente se liquide. E' possibile trattare con successo molte forme di incontinenza, ma è indispensabile una diagnosi corretta identificando con precisione l'entità e la localizzazione del problema. Inquadrate il disturbo (urgenza defecatoria, incontinenza ai gas, alle feci liquide o solide, incontinenza totale) ed ascoltata la storia relativa all'evoluzione della malattia, è necessario effettuare una visita accurata corredata, all'occorrenza, da alcuni semplici esami (anoscopia, colonscopia, ecografia trans-rettale, cine-defecografia, manometria rettale, radiografia del digerente con tempi di transito, elettromiografia). Nelle forme più lievi (incontinenza a gas o a feci liquide) senza danno muscolare o nervoso sarà utile prescrivere una dieta con ausilio di farmaci per eliminare l'eccesso di gas e prevenire la diarrea. Qualora la diagnosi deponga per un modesto danno sfinteriale o per una alterata conduzione nervosa è possibile tentare una ginnastica di riabilitazione neuromuscolare (biofeedback) oppure eseguire una neurostimolazione sacrale (tecnica che prevede l'impianto di elettrodi a livello del sacro). Una eventuale limitata interruzione degli sfinteri (documentata dall'ecografia) con attività elettrica nervosa conservata (elettromiografia), può essere riparata con un delicato intervento chirurgico. Nel caso di danno irreversibile dell'apparato muscolare sfinteriale o della sua innervazione, si dovrà ricorrere ad un più complesso intervento di

sostituzione degli sfinteri con protesi artificiale o utilizzando un muscolo del paziente. In particolare questa ultima tecnica si è recentemente sviluppata grazie al perfezionamento di sofisticate apparecchiature che consentono di comandare il muscolo con un telecomando. L'intervento consiste nella preparazione del muscolo della coscia, il gracile (così chiamato per la sua particolare conformazione, lungo e sottile, irrilevante ai fini della deambulazione e della statica), nella sua rotazione e trasposizione a cravatta intorno al retto e, infine, nell'inserimento di due elettrodi all'interno dello stesso muscolo collegati ad uno stimolatore (simile ad un pacemaker cardiaco) impiantato in una tasca sottocutanea nell'addome. Il gracile, in questa nuova posizione, sarà percorso da una corrente di lieve entità che ne assicurerà la contrazione permanente e la chiusura contemporanea dell'intestino. In caso di evacuazione, il paziente azionando il telecomando avrà il rilassamento del muscolo e l'apertura del retto. L'intervento, realizzabile in centri specialistici ed in piena convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, assicura una buona percentuale di successo con un limitato novero di possibili complicanze.

Massimo Mongardini

WWW.COLONRETTOEDINTORNI.IT