

StarrOne: procedura di resezione transanale del retto con unica suturatrice circolare

Caso clinico



Ann. Ital. Chir., 2011 82: 417-420

Nando Gallese

UCP – Unità di Colonproctologia “Sardegna”
Casa di Cura Sant’Antonio, Cagliari

StarrOne: transanal procedure for rectal resection with only one stapler. Case report

AIM: Stapled Trans-Anal Rectal Resection methods (STARR double-PPH01 J&J and Transtar CCS30 J&J) designed and proposed by Antonio Longo, widely used, present some problems and difficulties.

Many Authors have sought alternatives able to optimize the results, to limit the risk of complications, to facilitate the operations, to reduce the operating times, to lower the economic costs.

Resection with single stapler of prolapse and rectocele only on anterior rectal wall, have been proposed: they often have caused asymmetry and bad functional results: they have not received acknowledge.

MATERIAL OF STUDY: On the bases of personal experience (1398 stapled anopexys + 239 STARR/Transtar) the author propose the technique of trans-anal resection using single stapler (8 cases performed) defined StarrOne (Stapled Trans-Anal Rectal Resection only-One Stapler).

The main times of the technique are briefly described, pointing out the characteristics of the device (stapler CPH 34-32 Chex-Healthcare) and the benefits that this entails.

RESULTS: A significant case is reported, particularly complex, with operation performed in patient already treated, some years before, with Sarles technique, unsuccessfully.

CONCLUSIONS: Only further experiences and careful evaluation of results will can indicate the validity of the method.

KEY WORDS: Rectal prolapse, Rectocele, Surgical stapler.

Introduzione

Alla luce della recente “teoria unitaria del prolasso” di Antonio Longo, accolta da buona parte dell’ambiente proctologico, si è verificata una rincorsa progressiva all’introduzione di numerose varianti degli interventi di prolassectomia meccanica, al fine di facilitare le manovre chirurgiche, di “smussare” alcuni angoli controversi e, in

definitiva di migliorare i risultati, ottimizzando gesti tecnici, materiali e tempi chirurgici.

Alcune soluzioni sono state suggerite sia dallo stesso Longo, sia dal contributo di altri Autori.

Si è passati rapidamente dalla semplice mucosectomia a quella “doppio-stapler”, quindi a resezione transanale del retto a tutto spessore mediante STARR e Transtar.

La STARR, pur essendo la metodica più largamente utilizzata, ha lo svantaggio di necessitare dell’impiego di 2 suturatrici circolari, col problema (secondario) delle “orecchie” all’intersezioni delle due suture emicircolari e, comunque, con quello, ben più importante, della possibile inadeguatezza della porzione reseicabile dovuta alla limitata capacità del case degli strumenti impiegati (PPH01 J&J).

Pervenuto in Redazione Febbraio 2011. Accettato per la pubblicazione Aprile 2011.

Correspondence to: Dr. Nando Gallese, via Martin Luther King snc, 09037 San Gavino Monreale (VS) Italy (e-mail info@nandogallese.com)

In precedenza alcuni Autori hanno realizzato e proposto una correzione del prolasso e del rettocele mediante un solo stapler, con resezione della sola parete rettale anteriore: non sempre la soluzione si è rivelata efficace, dato che, al termine, si otteneva una ridondanza, non corretta e addirittura incrementata, della parete rettale posteriore, che inficiava il risultato, sia dal punto di vista anatomico che funzionale.

La Transtar supera tale limitazione e consente la resezione transanale della porzione rettale indicata dalla situazione clinica e voluta dal chirurgo, grazie a stapler semicircolare ricaricabile (CCS30 J&J); tuttavia il metodo è riservato solo agli operatori più esperti poichè presenta maggiori difficoltà tecniche e necessita di adeguata learning curve mediante training formativo teorico-pratico specifico in "steps" successivi, presso centri altamente specialistici e sotto tutoraggio.

Inoltre molti operatori auspicano la possibilità di avere a disposizione uno strumento che non richieda ripetute estrazioni, ricariche e reintroduzioni, onde evitare possibili (e frequenti) imperfezioni e asimmetrie della rima di sutura, fino a complicanze quali suture a spirale, con stenosi più o meno gravi del lume rettale.

Per completezza si segnala che tutte le tecniche di prolassectomia con stapler sono soggette ad una certa percentuale di altre complicazioni, anche gravi (emorragie, urgency, fistole retto-vaginali ed altro), ampiamente conosciute e discusse, che esulano dall'argomento specifico di questa trattazione.

In risposta alle problematiche sopra esposte, sono stati personalmente realizzati alcuni interventi in cui è stato possibile realizzare la resezione rettale transanale mediante un solo stapler circolare (CPH34 Chex-Healthcare), dotato di caratteristiche atte a permettere l'asportazione di un'adeguata quantità di viscere, semplificando, nel contempo le manovre e conseguendo, in definitiva, la riduzione sia dei tempi operatori che degli oneri economici.

Tale procedura è stata definita **StarrOne** (Stapled Trans-Anal Rectal Resection only-One Stapler).

Materiale e metodi

L'esperienza personale ammonta a oltre 5000 interventi proctologici tra cui 1637 (33%) con impiego di suture meccaniche; in 1398 casi si è trattato di classica stapled-anopexy secondo Longo, mentre 239 sono state le resezioni transanali meccaniche del retto (15 % degli interventi con stapler): tra questi 186 STARR doppio PPH01 e 45 Transtar CCS30 (media di 5 ricariche per intervento) a cui si aggiungono 8 casi di StarrOne realizzati con unica suturatrice circolare CPH di calibro 34 mm (6 casi) o 32 mm (2 casi).

La suturatrice CPH (Chex-Healthcare), molto simile ai modelli PPH (J&J) già ampiamente in uso, consente, in casi selezionati, di eseguire una transezione rettale di

entità adeguata alle esigenze terapeutiche, con un unico colpo di stapler, in base ad alcune peculiarità:

- case di elevata capacità + testina "escavata" = elevato volume di tessuto resecabile;
- 4 scanalature longitudinali (rispetto alle classiche 2) = uniforme trazione sul prolasso;
- elevato numero di agrafes con ottimale sistema di chiusura e ampio calibro della sutura finale (34mm) = minore incidenza di deiscenza, sanguinamenti, stenosi;
- kit dotato di duplice CAD = classico circolare + alternativo incompleto su 2 quadranti di circonferenza, adattabile a bacini stretti (prevalentemente maschili);
- "alette" sul pomello di chiusura = ergonomico avvitamento;
- calibro 32 e 34 mm = scelta adattabile alle necessità.

Il dispositivo è certificato FDA: i materiali e i componenti si presentano affidabili e rispondono alle esigenze di agevoli manovre operatorie; nei casi trattati non sono emersi difetti o malfunzionamenti e non si sono verificate significative complicanze intra- o post-operatorie immediate o tardive; i risultati tecnici e clinici sono stati eccellenti e positivo è stato il feedback da parte dei pazienti.

Inizialmente la procedura StarrOne è stata applicata casualmente, con scelta estemporanea al tavolo operatorio, dettata dalle caratteristiche cliniche e morfologiche della paziente e strutturali della suturatrice CPH34 a disposizione: dopo il buon successo di questa prima esperienza si è deciso di ripetere l'intervento su pazienti con prolasso di dimensioni tali da ritenere inadeguata una STARR doppio PPH01, ma abbastanza contenute da non richiedere una Transtar.

Tranne due casi con impiego di CPH da 32 mm., in pazienti di piccola corporatura, in tutti gli altri è stata utilizzata la CPH34 che appare il presidio più idoneo a realizzare le migliori performance.

Già dopo i primi 3 interventi si è arrivati ad una accettabile standardizzazione delle manovre, ripetute nei casi successivi.

La limitata casistica ancora non consente di esprimere giudizi, ma le possibilità offerte sono sicuramente degne di attenzione.

Caso clinico

V.F., donna, anni 55, impiegata; terapia orale per artrite reumatoide, ipertensione arteriosa, diabete tipo II, sindrome ansioso-depressiva, malattia da reflusso HP+; appendicectomia in gioventù; condizioni generali buone; molto attenta e collaborante.

Da oltre 10 anni problemi minzionali e dell'alvo ingravescenti: stress-incontinenza urinaria, più recente incontinenza fecale abituale ai gas e frequente per feci non formate, defecazione frazionata ed incompleta con

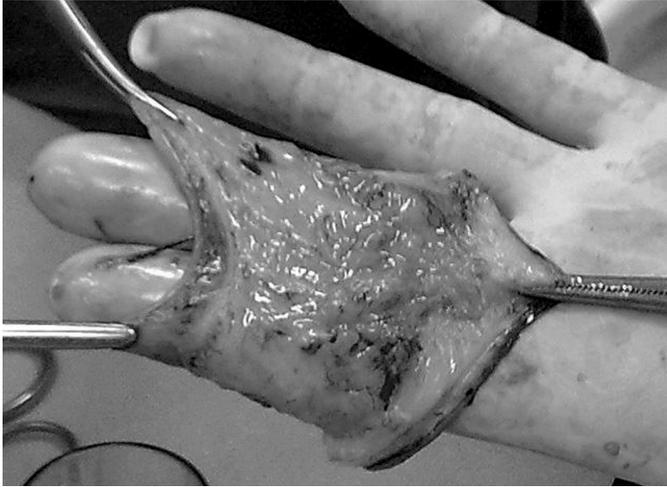


Fig. 1: **StarrOne** - Preparato chirurgico di retto, resecato in misura subtotale per via transanale mediante unica suturatrice circolare CPH34 (Chex-Healthcare): chiaramente visibili tutti gli strati parietali e il tessuto adiposo perirettale.

straining intenso e prolungato, necessità di digitazioni anali e vaginali.

Visite ed esami presso numerosi Centri Specialistici (Ginecologici, Chirurgici, Gastroenterologici, Urologici, Colon-proctologici) in tutta Italia con riscontro di “perineo discendente, cistocele, prollasso uro-genitale (RM Pelvica-dinamica), prollasso rettale invaginato ed enorme rettocele (rilievi defecografici), deficit sfinterico e dissinergia defecatoria (manometria AR)”: nel 2003 intervento di plicatura parete rettale anteriore secondo Sarles, con temporaneo beneficio; dopo qualche tempo ripresa dei disturbi dell'alvo, aggravati da intensa urgency e comparsa di incontinenza fecale; cicli di Bio-Feedback senza miglioramento; nel 2005 diagnosi Defecografica e Manometrica di “sindrome del pubo-rettale e di recidiva (o, meglio, persistenza) di prollasso, invaginazione, rettocele”; nel 2007 intervento di cistocolpopessia (TVT) con discreto miglioramento dei sintomi urinari; progressivo aggravamento di stipsi espulsiva e incontinenza fecale.

Si presenta alla personale osservazione nel 2009 con Wexner ODS Score di 21/30 e Incontinence Score di 9/20: ripetizione di Colonscopia, manometria, defecografia, RM pelvica-dinamica, Breath-test lattosio (positivo) e diagnosi di “disfunzione pelvica globale da perineo discendente e neuropatia dei pudendi, con dissinergia defecatoria, deficit sfinterico, incontinenza fecale e urinaria, prollasso rettale invaginato-ostruttivo, rettocele (recidivo a Sarles) con rigidità cicatriziale della parete rettale anteriore e relativa stenosi del canale anale”. Notevoli ripercussioni sulla Quality of Life.

Intervento: dopo esaustivi colloqui esplicativi delle possibilità e limiti della chirurgia, proposta di re-intervento sulla base delle teorie, principi ed esperienze espressi dal Dott. Antonio Longo; nel Gennaio 2010 si procede, sul-

la scorta di precedenti casi analogamente trattati, a resezione transanale del retto mediante unica suturatrice meccanica CPH32 (**StarrOne**); la scelta del calibro minore è stata dettata dalla discreta stenosi del canale anale e dell'ampolla rettale bassa, determinata dalla sclerosi cicatriziale conseguente al pregresso intervento di Sarles; il risultato tecnico immediato è stato soddisfacente con evidente scomparsa di aspetti invaginati e completa riparazione del rettocele anteriore; decorso regolare e dimissione in seconda giornata.

Follow-up: da subito miglioramento della defecazione e persistenza di qualche saltuaria difficoltà a trattenere i gas; non più necessità di digitazione; a 1 e 3 mesi riscontro di esiti chirurgici in buona evoluzione; a 6 mesi rilievo manometrico di “normotono sfinterico basale, contrazione e rilasciamento volontari regolari, aumento della sensibilità rettale”; a 1 anno assenza di importanti problemi defecatori con ODS Score 6/30 (rispetto al precedente 21/30), quindi entro limiti considerati normali, mentre il punteggio di incontinenza mostrava solo una modesta riduzione (da 9 a 7/20) a fronte del notevole progresso clinico e soggettivo della paziente, completamente soddisfatta, con miglioramento del tono dell'umore e della QoL.

Conclusioni

La **StarrOne** rappresenta un'esperienza del tutto preliminare sulla possibilità, nei casi di ostruita defecazione da prollasso invaginato e rettocele, di realizzare una resezione transanale meccanica del retto (STARR), mediante l'impiego di una sola suturatrice circolare CPH34 (Chex-Healthcare), di ampio calibro, ampia capacità, ampia versatilità.

I controlli degli 8 casi finora trattati consentono una buona valutazione preliminare del metodo, in assenza di complicanze importanti, con risultati tecnici soddisfacenti e riscontro soggettivo positivo da parte dei pazienti, con disturbi e sequele sopportabili, che ricalcano l'andamento dei maggiormente collaudati interventi di STARR e Transtar.

Non si ritiene possibile, al momento, di trarre conclusioni sulla validità della **StarrOne**, che va sicuramente rivalutata a distanza, su numeri di gran lunga maggiori. Nemmeno si possono stabilire, con precisione, indicazioni e limiti di tale metodica: in linea di massima, chi scrive ritiene, alla luce della propria esperienza, che la STARR con doppio-stapler possa ritenersi, potenzialmente, in fase di superamento, dato che la **StarrOne** persegue gli stessi obiettivi, con gli stessi risultati, ma con una maggiore facilità tecnica e con costi dimezzati grazie all'utilizzo di “only one stapler”.

La Transtar conserva invece una validità per i prollassi di dimensioni maggiori, considerando tali quelli in cui il margine inferiore dell'invaginazione supera il limite esterno del CAD e che, quindi, raggiungono un volume tale

da non poter essere completamente contenuti, nonostante l'ampia capacità, nemmeno dal case di una suturatrice CPH34.

Per i prolapsi totali esterni di dimensioni maggiori l'indicazione principale rimane l'intervento di Altemeier.

Riassunto

INTRODUZIONE: i metodi di resezione transanale meccanica del retto ideati da Antonio Longo, STARR (doppio PPH01 J&J) e Transtar (CCS30 J&J), largamente impiegati, hanno indotto vari Autori alla ricerca di procedure intese ad ottimizzare manovre chirurgiche e risultati con limitazione di rischi e complicanze, nonché degli oneri economici.

Minore successo, accademico e clinico, hanno ottenuto tentativi di correzione monostapler di prolasso e rettocele sulla sola parete rettale anteriore, con creazione di asimmetrie poco estetiche, ma soprattutto scarsamente funzionali.

MATERIALI E METODI: sulla base di un'ampia esperienza personale (1398 mucoemorroidopessie di Longo + 239 tra STARR e Transtar), l'Autore propone un metodo di resezione transanale del retto mediante un'unica suturatrice circolare definito **StarrOne** (Stapled Trans-Anal Rectal Resection only-One Stapler).

I principali tempi della tecnica vengono brevemente illustrati, puntualizzando le caratteristiche dello stapler impiegato (CPH34-32 Chex-Healthcare) e i vantaggi che ne conseguono.

RISULTATI: viene illustrato un caso clinico significativo, particolarmente complesso, con trattamento eseguito in paziente già sottoposta, senza successo, a intervento di Sarles in cui l'intervento realizzato ha portato ad un notevole miglioramento.

CONCLUSIONI: solo ulteriori esperienze e approfondita valutazione dei risultati potranno indicare la reale validità del metodo.

Bibliografia

1) Jayne DG, Finan PJ: *Stapled transanal rectal resection for obstructed defaecation and evidence-based practice*. Br J Surg, 2005; 92:793-94.

2) Puigdollers A, Fernandez-Fraga X, Azpiroz F: *Persistent symptoms of functional outlet obstruction after rectocele repair*. Colorectal Dis, 2007; 9:262-65.

3) Longo A: *Obstructed Defecation because of Rectal Pathologies. Novel Surgical Treatment: Stapled Transanal Resection (STARR)*. Ft Lauderdale, Florida: Proceedings of the 14th Annual International Colorectal Disease Symposium; 2004. February 13-5.

4) Boccasanta P, Venturi M, Stuto A, et al.: *Stapled transanal rectal resection for outlet obstruction: A prospective, multicenter trial*. Dis Colon Rectum, 2004; 47:1285-96.

5) Frascio M, Stabilini C, Ricci B, et al.: *Stapled transanal rectal resection for outlet obstruction syndrome: Results and follow-up*. World J Surg, 2008; 32:1110-15.

6) Ommer A, Albrecht K, Wenger F, Walz MK: *Stapled transanal rectal resection (STARR): A new option in the treatment of obstructive defecation syndrome*. Langenbecks Arch Surg, 2006; 391:32-37.

7) Pechlivanides G, Tsiaoussis J, Athanasakis E, et al.: *Stapled transanal rectal resection (STARR) to reverse the anatomic disorders of pelvic floor dyssynergia*. World J Surg, 2007; 31:1329-35.

8) Schwandner O, Farke S, Bruch HP: *Stapled transanal rectal resection (STARR) for obstructed defecation caused by rectocele and rectoanal intussusception*. Viszeralchirurgie, 2005; 40:331-41.

9) Dodi G, Pietroletti R, Milito G, Binda G, Pescatori M: *Bleeding, incontinence, pain and constipation after STARR transanal double stapling rectotomy for obstructed defecation*. Tech Coloproctol, 2003; 7:148-53.

10) Gagliardi G, Pescatori M, Altomare DF, et al.: *Results, outcome predictors, and complications after stapled transanal rectal resection for obstructed defecation*. Dis Colon Rectum, 2008; 51:186-95.

11) Pescatori M, Gagliardi G: *Postoperative complications after procedure for prolapsed hemorrhoids (PPH) and stapled transanal rectal resection (STARR) procedures*. Tech Coloproct, 2008; 12:7-19.

12) Jorge JM, Wexner SD: *Etiology and management of fecal incontinence*. Dis Colon Rectum, 1993; 36:77-97.

13) Bassi R, Rademacher J, Savoia A: *Rectovaginal fistula after STARR procedure complicated by haematoma of the posterior vaginal wall: Report of a case*. Tech Coloproctol, 2006; 10:361-63.

14) Binda GA, Pescatori M, Romano G: *The dark side of double-stapled transanal rectal resection*. Dis Colon Rectum, 2005; 48:1830-31.

15) Corman ML, Carriero A, Hager T, et al.: *Consensus conference on the stapled transanal rectal resection (STARR) for disordered defecation*. Colorectal Dis, 2006; 8:98-101.