

# *Rivista Italiana* *di* *Colon-Proctologia*

*Organo della Federazione Italiana di Colon-Proctologia*

*Atti del*  
SIMPOSIO INTERNAZIONALE  
DI PERINEOLOGIA

*Venezia, 9 novembre 1990*

a cura di  
G. DODI



---

## CLASSIFICAZIONE E STUDIO CLINICO DELL'INCONTINENZA FECALE

A. FRANCESCON - M. RIZZO (\*) - C. BARBARINO (\*) - R. SCARPA  
R. BARINA (\*\*) - F. FIDANZA (\*\*)

*Ospedale di Chioggia, U.L.S.S. n. 32*  
*Divisione di Geriatria - (\*) Divisione di Chirurgia*  
*(\*\*) Ospedale di Mestre - Divisione di Chirurgia*

---

Per incontinenza fecale si intende la emissione involontaria (senza contrazione cosciente adeguata) o inavvertita (senza che il paziente se ne accorga) di gas o di feci (14).

Il disagio, l'emarginazione e le sue innumerevoli complicanze compromettono in tal grado la qualità della vita da giustificarne a vera e propria malattia sociale in considerazione soprattutto della sua elevata incidenza, in particolare nella popolazione anziana (5, 9, 19, 17).

L'incontinenza fecale può manifestarsi in assenza di lesioni strutturali dell'apparato ano-rettale nelle gravi diarree nelle quali anche una persona non affetta da alcuna patologia può andare incontro a perdita della continenza a causa dell'aumento del volume delle feci.

Nelle patologie infettive o infiammatorie del colon si ha anche uno stato infiammatorio della mucosa con abbondante secrezione di muco e la capacità di adattamento da parte del retto è notevolmente ridotta.

L'incontinenza fecale in assenza di lesioni strutturali si può manifestare dopo estese resezioni coliche in quanto in queste condizioni non avviene più il riassorbimento idrico a cui è deputato normalmente il colon.

La compromissione dei meccanismi della continenza può essere presente ai seguenti livelli: sensitivo-mucoso, muscolare (parziale o totale) e neurologici.

L'incontinenza sensitivo-mucosa si può manifestare per un danno più o meno esteso della mucosa del canale anale e del retto per asportazioni troppo estese in corso di emorroidectomia (emorroidectomia secondo Witehead), rettocolite ulcerosa, Crohn dell'ano-retto o per una proctite conseguente ad una irradiazione.

In queste condizioni si ha una profonda alterazione della mucosa e una ridotta distensibilità rettale a causa della perdita delle terminazioni nervose sensitive con conseguente incapacità di avvertire l'arrivo di materiale fecale a livello del retto e con perdita della capacità di discriminare tra feci e gas (3, 4).

L'incontinenza muscolare si manifesta per un interessamento dello sfintere interno (incontinenza muscolare parziale) per un prollasso mucoso, emorroidi di 3° grado o cause iatrogene.

La formazione di fecalomi è molto comune nei pazienti anziani debilitati, con gravi deficit della motilità e che soffrono di stipsi cronica.

In questi casi si riscontra la presenza a livello dell'ampolla rettale di masse fe-

cali dure e disidratate che determinano una irritazione a carico della mucosa con ipersecrezione, si avrà pertanto una emissione continua di feci liquide all'esterno favorita anche dalla distensione della parete rettale.

Un interessamento dello sfintere anale esterno si può avere nelle anomalie congenite o più frequentemente nelle lesioni traumatiche, iatrogene ed ostetriche con grave danno della muscolatura del pavimento pelvico, nel prolasso rettale totale o per cancro dell'ano con infiltrazione dello sfintere esterno.

L'incontinenza idiopatica è causata dall'abbassamento della muscolatura perineale con conseguente perdita dell'angolo ano-rettale uno dei presunti fattori della continenza.

Questa sindrome è causata sia dalle distocie ostetriche che comportano delle lesioni perineali, che dalla stipsi cronica.

In questa condizione, a causa dei ripetuti ed eccessivi sforzi che si compiono durante la defecazione, si verificano dei microtraumi a livello delle fibre mieliniche dei nervi che progressivamente degenerano.

Conseguenza di questo fenomeno è la atrofia da denervazione del muscolo pubo-rettale e dello sfintere esterno.

In questi casi una lunga storia di stipsi precede la comparsa progressiva dell'incontinenza fecale (11, 20).

*L'incontinenza da cause neurologiche* si può manifestare in pazienti con grave danno encefalico per demenza tipo Alzheimer o multinfortuale in cui i gravi danni neurologici determinano una alterazione del controllo del riflesso della defecazione a cui si associano i gravi deficit sensitivi a livello corticale con marcata riduzione della sensazione del bisogno di defecare.

È molto importante che l'incontinenza fecale sia ben inquadrata anche da un pun-

to di vista clinico al fine di giungere ad una diagnosi precisa (2, 10).

Anche nei soggetti anziani non deve mai essere considerata una inevitabile conseguenza dell'invecchiamento ma un sintomo che deve essere opportunamente indagato in quanto spesso è sostenuto da una patologia organica suscettibile di un trattamento medico, chirurgico o fisioterapico che in un grande numero dei casi può portare ad un miglioramento della sintomatologia.

L'incontinenza fecale può presentarsi isolatamente o come avviene nella maggior parte dei casi negli anziani associata a quella urinaria (Incontinenza doppia).

L'incontinenza fecale isolata rappresenta una entità forse meno rilevante da un punto di vista quantitativo, ma che se si manifesta deve sempre far sospettare la presenza di una patologia organica in atto (neoplasia rettale, prolasso rettale, malattia infiammatoria del grosso intestino, diverticolite etc.) o cause iatrogene (7).

L'incontinenza doppia è frequente nei pazienti affetti da neuropatie degenerative o vascolari, in questi casi le possibilità terapeutiche sono logicamente minori mentre risulta molto importante individuare i soggetti a rischio nei quali un impegno assistenziale adeguato può prevenirne o ritardarne l'insorgenza, nelle Divisioni di Geriatria e più spesso nelle Case di Riposo la stipsi è l'immobilizzazione rappresenta i maggiori ostacoli al mantenimento della continenza.

*L'esame clinico* del malato che presenta incontinenza fecale dovrà iniziare con la raccolta dei dati relativi all'anamnesi patologica remota e prossima.

Andranno ricercati eventuali precedenti ostetrici, urologici chirurgici sul tratto ano-rettale, malattie infiammatorie e precedenti traumi ano-rettali.

L'anamnesi farmacologica andrà raccolta con particolare cura e attenzione dato il numero elevato di farmaci che determinano alterazioni dell'alvo ed in particolare stipsi la quale successivamente può favorire la comparsa di incontinenza fecale.

A tal proposito bisogna ricordare che quasi sempre i soggetti anziani assumono più farmaci in associazione a causa della polipatologia di cui essi soffrono.

Si dovrà considerare se l'incontinenza fecale è di recente o di antica comparsa, se è un fenomeno abituale ed eccezionale, se si manifesta a riposo o è scatenata da sforzi (tosse e marcia), l'esistenza o meno della defecazione volontaria e la percezione cosciente del passaggio delle feci.

Si dovrà eseguire un esame obiettivo generale con particolare attenzione a quello neurologico e alla valutazione delle funzioni psichiche superiori (M. di Parkinson, Neuropatie periferiche, Ictus cerebrale, Demenze etc.).

L'ispezione della regione perineale potrà evidenziare un divaricamento parziale o totale della pliche radiali, cicatrici post chirurgiche o post traumatiche, una briglia aderenziale, raccolte purulente anali croniche, un ano beante, una ectopia della mucosa o un prolasso rettale o mucoso facendo spingere il malato.

L'esplorazione rettale può evidenziare zone di indurimento più o meno estese, alterazioni anatomiche dell'anello sfinterico, la presenza di un fecaloma o di una neoplasia rettale.

Essa permette di valutare il tono dello sfintere anale a riposo e l'efficacia della contrazione volontaria.

Si proseguirà con l'evidenziazione della presenza del riflesso anale cioè della contrazione sfinterica riflessa dopo strisciamento da parte di uno spillo.

L'anoscopia potrà confermare i dati ottenuti con l'esplorazione rettale, permette di dare una valutazione dello stato della mucosa e può mettere in evidenza eventuali malattie infiammatorie e di scoprire una neoformazione non accessibile al dito.

Al termine dell'esame clinico il malato incontinente può essere classificato nei seguenti 4 stadi:

Stadio I: caratterizzato dalla diminuzione del tono dello sfintere, (il dito penetra facilmente attraverso l'ano), permane una discreta contrazione sfinterica.

Stadio II: presenza di un discreto tono a riposo ma assenza di contrazione volontaria. L'ano si richiude spontaneamente dopo divaricazione dei suoi bordi.

Stadio III: scomparsa del tono a riposo. L'ano resta aperto dopo divaricazione dei suoi bordi.

Stadio IV: ano spontaneamente beante.

Lo studio potrà essere completato con indagini strumentali quali: clisma opaco, rettosigmoidocolonscopia, manometria anorettale, defecografia ed elettromiografia (8, 10, 15).

Le forme cliniche con le quali di solito l'incontinenza fecale si presenta sono le seguenti:

- A) Incontinenza a feci solide.
- B) Incontinenza a feci liquide.
- C) Incontinenza ai gas.
- D) Fecal Soiling. (1, 6).

La gravità dell'incontinenza fecale sarà ulteriormente classificata in base alla frequenza in:

Tipo 1, quando si presenta meno di una volta la settimana.

Tipo 2, almeno una volta la settimana.

Tipo 3, si presenta tutti i giorni.

Per quanto riguarda l'incontinenza a feci solide, essa è la forma di riscontro più

TABELLA 1. - *Classificazione delle cause di incontinenza fecale* (11).

- 
- A) Senza lesioni strutturali dell'apparato ano-rettale:
    - gravi diarree:
      - da malattie infettive
      - dopo resezioni coliche estese
      - malattie infiammatorie intestinali
  - B) Con compromissione dei meccanismi della continenza:
    - 1) Incontinenza sensitivo-mucosa:
      - emorroidectomia non corretta
      - rettocolite ulcerosa
      - Crohn dell'ano-retto
      - lesioni da raggi.
    - 2) Incontinenza muscolare parziale:
      - deficit dello sfintere interno:
        - prolasso mucoso
        - emorroidi III grado
        - iatrogeno
      - fecaloma
      - idiopatica.
    - 3) Incontinenza muscolare totale:
      - anomalie congenite
      - lesioni tranumatiche:
        - iatrogene
        - ostetriche
        - fratture pelviche
        - impalamento
      - prolasso rettale totale
      - cancro dell'ano.
    - 4) Incontinenza neurologica:
      - demenza
      - encefalopatie vascolari.
- 

frequente nell'anziano e sembra essere più comune negli anziani con neuropatie vascolari o degenerative.

*L'incontinenza alle feci liquide* si riscontra nei pazienti con gravi deficit della motilità e che presentano fecalomi (16) mentre *l'incontinenza ai gas* può essere causata da una patologia organica

(emorroidi, carcinoma del retto, diverticolosi del colon).

Il carcinoma del colon-retto può risultare associato a tutti i tipi di incontinenza fecale, la presenza di questa frequente patologia deve essere sempre sospettata soprattutto quando l'incontinenza fecale non è associata a quella urinaria e data la elevata incidenza di questa neoplasia in particolare negli anziani nei quali è tra le cause più frequenti di morte.

*Il Fecal Soiling* può essere considerato un tipo di incontinenza fecale meno rilevante per quanto ne riguarda gli aspetti assistenziali e sociali ed è caratterizzata dal fatto che il soggetto trova le mutandine sporche o striate di feci.

Di solito è sostenuta da una patologia organica anorettale (fistole anali, emorroidi, neoplasia anorettale, prolasso mucoso, cause iatrogene, etc.).

Nei pazienti anziani risulta di difficile rilevamento sia perché può presentarsi assieme alle altre forme di incontinenza «maggiore» e sia perché soprattutto molto spesso questo sintomo non viene proposto al medico (al pari delle altre forme cliniche di incontinenza fecale) per la riluttanza dei pazienti o perché viene accettato con rassegnazione e trascurato rispetto a patologie di carattere internistico ben più gravi (cardiache, insufficienza respiratoria, metaboliche, neoplastiche, etc.) che ne limitano notevolmente l'autosufficienza (9).

Lo studio clinico ed etiopatogenetico dell'incontinenza fecale può far concludere che, anche nei pazienti anziani, essa è quasi sempre sostenuta da patologie organiche o da cause iatrogene, e non deve quindi essere ritenuta una inevitabile conseguenza del processo di invecchiamento. L'incontinenza fecale deve essere pertanto considerata un sintomo e non demandata

al personale paramedico per quanto ne riguarda gli aspetti assistenziali.

L'incontinenza fecale rappresenta uno dei aspetti più impegnativi nell'assistenza al malato anziano sia per i problemi medici che essa comporta, sia per il coinvolgimento di carattere psicologico e sociale (1).

Un esame clinico approfondito e ben condotto e alcuni esami strumentali (clisma opaco, colonscopia, manometria ano-rettale, defecografia ed elettromiografia) permettono di giungere ad una diagnosi precisa nella maggior parte dei casi.

Le possibilità di trattamento (medico, chirurgico o con biofeedback) sono più elevate di quanto si possa ritenere e in molti casi l'incontinenza fecale è prevedibile (12, 13, 18).

#### SUMMARY

##### Classification and clinical study of fecal incontinence

Fecal incontinence is evaluated by the Authors under the etiopathologic and clinical point of views. The general guidelines of the treatment in their Unit are described.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) Brocklehurst J. C.: «The gastrointestinal system: the large bowel». In: "Textbook of geriatric medicine and gerontology". 3 ed., New York, Longman, 541-544, 1985.
- 2) Browing G. G., Parks G.: «Postnatural repair for neuropathic fecal incontinence: correlation of clinical results and anal canal pressures». *Brit. J. Surg.*, 70, 101, 1983.
- 3) Denis P., Colin R., Galmiche P., Lefrancois R., Pasquis P.: «Elastic properties of the rectal wall in normal adults and in patients with ulcerative colitis». *Gastroenterology*, 77, 45, 1979.
- 4) Devroede G., Vobecky S., Massé S., Arhan P., Leger C., Duguay C., Hemond M.: «Ischemic fecal incontinence and rectal angina». *Gastroenterology*, 83, 970, 1980.

- 5) Dodge J., Bachman C., Silverman H.: «Fecal incontinence in elderly patients». *Post-graduate Medicine*, 83, 258, 1988.
- 6) Drossman D., Sabdler R., Broom M., Mc Kee D.: «Urgency and fecal soiling in people with bowel dysfunction». *Digestive Diseases and Sciences*, 31, 1121, 1986.
- 7) Francescon A., Novello G. B., Andreachio P., Marchese G., Rizzo M., Pezzangora V.: «Incontinenza fecale isolata. Incidenza e problematiche». *Acta Chir. It.*, 46, 190, 1990.
- 8) Liavag I., Aanestad O.: «Fecal Incontinence. Diagnosis and treatment». *Ann. Gastroenter. Hepatol.*, 21, 247, 1985.
- 9) Hanauer S.: «Fecal incontinence in the elderly». *Hospital Practice*, 30, 105, 1988.
- 10) Henry M. N.: «Pathogenesis and management of fecal incontinence in the adult». *Gastroenter. Clin. North Amer.*, 16, 35, 1987.
- 11) Henry M. N., Swash M.: «Coloproctology and the pelvic floor. Pathophysiology and management». Butterworths, 1985.
- 12) MacLeod J.: «Management of anal incontinence by biofeedback». *Gastroenterology*, 93, 291, 1987.
- 13) Melange M., Heuchamps Y., Vanheuverzwyn R.: «Traitement médical de l'incontinence ano-rectale». *Acta Gastroenterol. Belg.*, 48, 53, 1987.
- 14) Neill M. E., Parks A. G., Swash M.: «Physiological studies of the pelvic floor in idiopathic faecal incontinence and rectal prolapse». *Brit. J. Surg.*, 68, 531, 1981.
- 15) Parks A. G.: «Ano-rectal incontinence». *Proct. Roy. Soc. Med.*, 68, 681, 1975.
- 16) Read N. W., Abouzekry L.: «Why do patients with faecal impaction have faecal incontinence?». *Gut*, 27, 283, 1986.
- 17) Smith R. G.: «Fecal incontinence». *J. Am. Geriatr. Soc.*, 31, 694, 1983.
- 18) Swasch F.: «New concepts in the prevention of incontinence». *Practitioner*, 229, 895, 1985.
- 19) Tobin G., Brocklehurst J. C.: «Faecal incontinence in residential homes for the elderly: prevalence, aetiology and management». *Age and aging*, 15, 41, 1986.
- 20) Womackn R., Morrison J. F. B., Williams N. S.: «The role of pelvic floor denervation in the aetiology of idiopathic faecal incontinence». *Brit. J. Surg.*, 73, 404, 1986.