

## Sul setto retto-vaginale: lesioni traumatiche ed eventi patologici

V. CIMELLARO, G.F. MARCELLINI HERCOLANI-GADDI

**RIASSUNTO:** Sul setto retto-vaginale: lesioni traumatiche ed eventi patologici.

V. CIMELLARO, G.F. MARCELLINI HERCOLANI-GADDI

*Gli Autori, dopo la descrizione della struttura anatomica e istologica del setto retto-vaginale e della sua importanza per il mantenimento della statica dei visceri pelvici (retto e vagina), riassumono le lesioni che possono verificarsi durante il parto per via vaginale ed evidenziano la necessità di una tempestiva riparazione chirurgica di queste lesioni, che a volte può richiedere l'ausilio di trapianti allogenici. Inoltre, per quanto riguarda i noduli endometrioidici e i processi neoplastici a carico del setto retto-vaginale, che di solito vengono diagnosticati tardivamente, si richiama l'attenzione sull'impiego della endosonografia ano-rettale (ARES) e della risonanza magnetica a scopo diagnostico e per la valutazione degli esiti degli interventi chirurgici di ricostruzione o di demolizione. Queste due procedure sono raccomandate specialmente per i noduli endometrioidici e per le neoplasie del setto retto-vaginale, che di solito sfuggono ad una diagnosi precoce.*

**SUMMARY:** Rectovaginal septum: traumatic and pathologic lesions.

V. CIMELLARO, G.F. MARCELLINI HERCOLANI-GADDI

*After the description of the anatomical and histological structure of the rectovaginal septum that is important for the equilibrium of the pelvic viscera (rectum and vagina), the authors emphasize the need of early surgical management of these lesions, through the aid of allogenic graft.*

*Moreover, the use of Endosonografia anorectale (ARES) and magnetic resonance for diagnostic purposes and for evaluation of surgical operations of reconstruction and/or demolition is recommended. These two procedures are recommended especially for endometriosis nodules and neoplastic processes in the rectovaginal septum, which usually escape early detection.*

KEY WORDS: Setto retto-vaginale - Rettocele - Endometriosi - Neoplasia.  
Rectovaginal septum - Rectocele - Endometriosis - Neoplasia.

### Introduzione

Il setto retto-vaginale è un'entità anatomica interposta tra retto e vagina ed ha la proprietà di mantenere la statica dei visceri posteriori della pelvi: vagina e retto. È costituito prevalentemente da tessuto fibroso posto tra la parete posteriore della vagina e la parete anteriore del retto e si attacca superiormente allo sfondato retto-uterino, inferiormente al perineo e lateralmente alla fascia dei muscoli elevatori dell'ano.

La sua origine è controversa: per alcuni Autori è di

origine peritoneale, cioè è la conseguenza della fusione della parete rettale con la parete vaginale, secondo altri Autori deriverebbe dall'addensamento del tessuto areolare disposto tra retto e vagina.

Dal punto di vista istologico, nella parte craniale del setto retto-vaginale si trova tessuto fibroso e adiposo che contornano la muscolatura liscia vaginale e fibre elastiche. Recentemente in corrispondenza dei bordi laterali del setto e, in misura molto ridotta, nella parte mediana sono state riscontrate fibre nervose che si portano verso il plesso ipogastrico (1). Inoltre nel setto retto-vaginale si trovano anche fibre muscolari e arterie.

Facendo un'analisi stratigrafica dalla vagina al retto riscontriamo: l'epitelio vaginale, la muscolatura vaginale, la fascia retto-vaginale o fascia di Denonvilliers, tenacemente aderente alla parete posteriore della mu-

scioltura vaginale, la fascia endopelvica, il muscolo rettale, comprendente lo sfintere anale interno, e l'epitelio rettale.

## **Fisiopatologia**

In condizioni normali i muscoli bulbo-cavernoso e pubo-rettale, contraendosi, trasformano la vagina in una cavità chiusa ad alta pressione, che si oppone alla pressione endoaddominale e alla tendenza dell'utero a prolapsarsi, e nello stesso tempo proteggono il setto retto-vaginale dalla pressione endorettales che tende a provocare il cedimento della parete vaginale posteriore e quindi il rettocele.

Il setto retto-vaginale, oltre a questo ruolo passivo nella statica dei visceri pelvici dipendente dalla sua struttura fibrosa, potrebbe giocare anche un ruolo attivo modulando il tono della muscolatura delle pareti pelviche durante le variazioni della pressione endorettales. A sostegno di questa ipotesi sta il riscontro di fibre nervose e di fasci muscolari all'interno della sua struttura anatomica (1).

## **Lesioni traumatiche**

In aggiunta alle vecchie acquisizioni sulle lesioni del nervo pudendo determinate da complicazioni del parto vaginale, è stato dimostrato che, a seguito di parto per via vaginale, possono essere lesi o distrutti i fasci inferiori dell'elevatore dell'ano e la fascia pelvica comprendente il setto retto-vaginale, che sostiene gli organi disposti nella parte posteriore dello stretto pelvico. Il trauma del parto si può associare a prolasso degli organi pelvici con disfunzioni intestinali e incontinenza urinaria.

Il rettocele è causato da una lesione del setto retto-vaginale determinata da anomalie del meccanismo del parto e può verificarsi più spesso lateralmente per il distacco della fascia retto-vaginale dalla parete pelvica. Questi difetti di solito sono isolati e, se individuati dal ginecologo in corso d'intervento, possono essere curati chirurgicamente con risultati positivi (2).

Molto spesso sono reperti operatori, individuati e corretti dal ginecologo esperto, ma raramente sono diagnosticati prima dell'intervento.

L'obiettivo della chirurgia vaginale ricostruttiva è rivolto alla restaurazione della normale anatomia e al mantenimento delle funzioni viscerali e sessuali.

Alcune tecniche chirurgiche usate per la correzione del rettocele possono esitare in dispareunia. Viceversa si è accertato che si hanno ottimi risultati e si evitano complicazioni ricostruendo il setto retto-vaginale chirurgicamente e anche con l'ausilio di trapianti allogenici (3).

Da ciò deriva la necessità di un approfondito esame pre-operatorio dei difetti della parete vaginale posteriore e in particolare dei difetti o delle lesioni del setto retto-vaginale, che di solito vengono diagnosticati soltanto durante l'intervento operatorio (3).

In uno studio retrospettivo su 106 casi di riparazione chirurgica di rettocele, mettendo a confronto la valutazione clinica con la valutazione intraoperatoria, si è notata una notevole differenza tra i risultati delle due metodologie diagnostiche con enorme vantaggio della diagnosi intraoperatoria.

## **Tecniche diagnostiche**

È necessario porre l'accento sulla necessità di migliorare la diagnostica pre-operatoria con un più attento studio del setto retto-vaginale. Mentre in passato lo studio di questa entità anatomica era eseguito soltanto su cadaveri, al giorno d'oggi, dopo l'introduzione della diagnostica per immagini, si ottengono ottimi risultati con la endosonografia anorettale (ARES) (4).

Questo esame abbastanza semplice e poco costoso è più sensibile della risonanza magnetica (RMN) e ha una sensibilità del 93%, una specificità del 100%, un valore predittivo positivo (PPV) del 100% e un valore predittivo negativo (NPV) del 50% (4, 5).

È pertanto auspicabile l'introduzione sistematica di questa indagine per lo studio del distretto pelvico posteriore e del setto retto-vaginale che, oltre a presentare lesioni traumatiche o difetti congeniti, può essere sede di neoformazioni dolorose e invalidanti, quali noduli endometrioidici o eteroplasie proprie o di origine rettale o metastatica che richiedono una precoce definizione diagnostica e un tempestivo intervento terapeutico (6-8).

La presenza di noduli endometrioidici o di neoformazioni del setto retto-vaginale può essere diagnosticata in base alla sintomatologia e dopo l'esplorazione vaginale. Comunque per un più preciso studio dell'entità e dell'estensione di queste lesioni e per valutare gli esiti della terapia sono di valido aiuto la risonanza magnetica nucleare (RMN) e la endosonografia ano-rettale (ARES) (9).

## **Endometriosi e tumori**

Il setto retto-vaginale può essere sede di noduli endometrioidici e di neoformazioni, carcinomi, neurofibromi e rabdosarcomi che possono raggiungere un diametro di 5-6 cm prima di essere diagnosticati. Nelle endometriosi si hanno dolori al basso ventre e dispareunia; mentre in presenza di neoformazioni tumorali si può riscontrare, tardivamente, ritenzione urinaria,

cistite, dolori e perdite vaginali, sanguinamento rettale o vaginale.

Alla visita ginecologica si può rilevare la presenza di una neoformazione indipendente dall'utero, dal retto e dalla vagina.

Dall'esame della letteratura si rileva che l'endometriosi del setto retto-vaginale presenta peculiarità proprie. Istologicamente, i noduli retto-vaginali sono simili all'adenomioma e sono costituiti da aggregati nodulari di muscolatura liscia, di ghiandole endometriali e di stroma (10).

Rispetto alle endometriosi delle altre sedi, è stata riscontrata una variazione nella concentrazione di recettori per gli estrogeni e per il progesterone che fanno presupporre l'esistenza di un meccanismo di regolazione diverso. Questa forma di endometriosi deve essere considerata un'entità distinta rispetto all'endometriosi peritoneale e dell'ovaio e avrebbe origine per metaplasia di resti del canale di Müller presenti nel setto retto-vaginale (7, 8).

Anche per quanto riguarda la terapia hanno un comportamento diverso e richiedono elettivamente la terapia chirurgica, in quanto dopo terapia medica con analoghi delle gonadotropine ipofisarie recidivano (11).

Le neoplasie mesenchimali vulvo-vaginali e del setto retto-vaginale sono di solito diagnosticate con l'e-

splorazione vaginale o rettale quando hanno raggiunto un diametro di 4-6 cm.

Di solito si tratta di sarcomi, neurofibromi, leiomiomi e adenocarcinomi che hanno un'evoluzione lenta e danno disturbi quando raggiungono la dimensione di 5-6 cm di diametro. Nella diagnosi differenziale bisogna escludere i tumori stromali gastrointestinali (GIST) che di solito sono intimamente aderenti alla parete rettale.

## Conclusioni

Sia per gli adenomiomi del setto retto-vaginale, sia per le neoformazioni la terapia è chirurgica e consiste nell'ablazione delle neoformazioni (12).

Ovviamente, prima dell'intervento è necessaria un'accurata diagnosi per stabilire la natura e l'entità delle lesioni. A tal fine bisogna praticare un esame clinico durante il periodo mestruale e impiegare l'endosonografia anorettale o la risonanza magnetica nucleare per accertare l'estensione della lesione e l'eventuale infiltrazione della parete rettale o vaginale. Infatti l'intervento chirurgico di escissione dei noduli endometrioidici, e in particolare l'asportazione delle neoformazioni tumorali, talvolta deve essere allargato agli organi contigui.

## Bibliografia

1. STECCO C, MACCHI V, PORZIONATO A, TIENGO C, PARENTI A, GARDI M, ARTIBANI W, DE CARO R. *Histotopographic study of the rectovaginal septum*. Ital J Anat Embryol 2005 Oct-Dec;110(4):247-54.
2. LEFFLER KS, THOMPSON JR, et al. *Attachment of the rectovaginal septum to the pelvic sidewall*. Amer J Obst Gynec 2001;185:41.
3. BURROWS LJ, SEWELL C, LEFFLER KS, CUNDIFF GW. *The accuracy of clinical evaluation of posterior vaginal wall defects*. Int Urogynecol J Pelvic floor Dysfunct 2003;14:160.
4. CARBOGNIN G, GIRARDI V, PINALI I, RAFFAELLI R, BERGAMINI V, POZZI MUCELLI R. *Assessment of pelvic endometriosis: correlation of US and MRI with laparoscopic findings*. Radiol Med 2006;11(5):687.
5. MIRK P, EXACOUSTOS C, GUI B. *Anatomia ecografica della pelvi femminile alla luce delle nuove apparecchiature*. Radiol Med 2004;107:189.
6. YAZBECK C, PONCELET C, CHOSIDOW C, MADELENAT P. *Primary adenocarcinoma arising from endometriosis of the rectovaginal septum: A case report*. Int J Gynecol Cancer 2005;15:1203.
7. BERGER A, ROUZIER R, CARNOT F, BRAUMBERGER E, CUGNENC P-H, DANIEL L. *Primary adenocarcinoma of the recto-vaginal septum: a case report and literature review*. European J Obst Gynec and Reprod Biol 2001;95:111.
8. DONNEZ J, NISOLLE M, GILLEROT S, SMETS M, BASSIL S, CASANAS-ROUX F. *Rectovaginal septum adenomyotic nodules: a series of 500 cases*. Brit J Obst Gynec 1997;104(9):1014.
9. DUMONTIER I, ROSEAU G, VINCENT B, CHAPRON C, DOUSSET B, CHAUSSADE S, MOREAU JF, DUBUISSON JB, COUTURIER D. *Comparison of endoscopic ultrasound and magnetic resonance imaging in severe pelvic endometriosis*. Gastroenterol Clin Biol 2000 Dec;24(12):1197.
10. DONNEZ J, NISOLLE M, SMOES P, GILLET N, BEGUIN S, CASANAS-ROUX F. *Peritoneal endometriosis and "endometriotic" nodules of the rectovaginal septum are two different entities*. Fertil Steril 1996 Sep;66(3):362.
11. WANG HB, LANG JH, LENG JH, LIU ZF, SUN DW, ZHU L. *Clinical study about diagnosis and management on 10 women with rectovaginal endometriosis*. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi 2003;38(5):277.
12. ABRAO MS, NEME RM, AVERBACH M. *Rectovaginal septum endometriosis: a disease with specific diagnosis and treatment*. Arq Gastroenterol 2003 Jul-Sep;40(3):192.