

Fistola retto-vaginale bassa post-radioterapia trattata con l'ausilio di PRP (gel piastrinico autologo)

M. MONGARDINI, R.P. IACHETTA, A. COLA, A. MATURO, M. GIOFRÈ, F. CUSTURERI

RIASSUNTO: Fistola retto-vaginale bassa post-radioterapia trattata con l'ausilio di PRP (gel piastrinico autologo).

M. MONGARDINI, R.P. IACHETTA, A. COLA, A. MATURO, M. GIOFRÈ, F. CUSTURERI

La fistola retto-vaginale è una comunicazione patologica tra retto e vagina. Le cause più frequenti sono iatrogene. La terapia, essenzialmente chirurgica, è di difficile standardizzazione. I trattamenti proposti variano da un approccio esclusivamente trans-ale a trattamenti più complessi con accesso combinato trans-ale e vaginale. Nel presente lavoro viene presentato il caso di una donna con fistola retto-vaginale iatrogena complessa. Il trattamento descritto e rappresentato da fistulectomia con accesso sia vaginale che trans-ale e interposizione di mucosa buccale. In aggiunta è stato utilizzato PRP (platelet rich plasma), un gel piastrinico autologo in grado di accelerare significativamente la riparazione e rigenerazione dei tessuti molli.

SUMMARY: Low rectovaginal fistula treated with platelet rich plasma (PRP).

M. MONGARDINI, R.P. IACHETTA, A. COLA, A. MATURO, M. GIOFRÈ, F. CUSTURERI

Rectovaginal fistula (RVF) is an abnormal communication between vagina and anorectum. Most frequent causes are iatrogenic. Often surgery is the therapy of choice. The suggested treatments include trans-anal access or combined trans-anal and vaginal access.

We present the case of a woman with complicated iatrogenic fistula treated by a combined trans-anal and vaginal access, interposition of buccal mucosa and opposition of PRP (platelet rich plasma).

KEY WORDS: Fistola retto-vaginale - Fistola iatrogena - PRP (platelet rich plasma).
Rectovaginal fistula - Iatrogenic fistula - PRP (platelet rich plasma).

Introduzione

La fistola retto-vaginale è definibile come una comunicazione patologica, rivestita da epitelio tra retto e vagina. La OMS ha stimato che nel mondo circa 2 milioni di donne attualmente siano affette da questa patologia (1-2). L'etiologia può essere congenita anche se più spesso è acquisita. La causa più frequente è iatrogena, solitamente in seguito a danni di natura ostetrica o dopo chirurgia ano-rettale o vaginale. Può rappresentare una complicanza dei trattamenti radioterapici,

in particolare della brachiterapia, o può accompagnarsi a malattie croniche intestinali e a neoplasie. La scelta terapeutica è essenzialmente chirurgica.

Presentiamo il caso di una paziente con fistola retto-vaginale bassa, del diametro di 2 cm, già sottoposta a brachiterapia endovaginale adiuvante per adenocarcinoma uterino. Si è scelto di eseguire una fistulectomia con accesso sia trans-vaginale che trans-ale con successiva interposizione di mucosa geniena ed utilizzo del PRP (platelet rich plasma).

Caso clinico

Paziente di 65 anni. In anamnesi patologica remota bendaggio gastrico a 40 anni per obesità rimosso dopo tre mesi per disfagia. A 63 anni intervento di isteroannessiectomia bilaterale per adenocarcinoma papillare di tipo endometrioido G2 FIGO IIA e successiva brachiterapia endovaginale per una dose di 60 Gy in due tempi. Dopo circa 1 anno dall'ultima seduta radioterapica, la paziente notava l'emissione di secrezioni ematico-purulente e di feci dalla vagina.

"Sapienza" Università di Roma
Dipartimento di Scienze Chirurgiche
U.O.C. di Chirurgia Generale
(Direttore Prof. F. Custureri)

© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma

Durante un ricovero veniva eseguita sia una fistolografia con mdc per via rettale che confermava la presenza del tramite fistoloso sia una colonscopia che evidenziava a 4 cm dal margine anale l'orifizio fistoloso sul versante anteriore destro dell'ampolla. Si eseguivano, inoltre, delle biopsie multiple su alcune lesioni vaginali che risultavano prive di cellule neoplastiche. Al momento del ricovero all'esplorazione vaginale si apprezzava la presenza di feci in continuo rifornimento da una breccia sulla parete posteriore di circa 2 cm di diametro. Una RMN del pavimento pelvico confermava la diagnosi indirettamente, vista l'evidenza di una falda aerea nel lume vaginale e non evidenziava la presenza di altri tramite fistolosi.

La paziente sottoposta a trasversostomia derivativa e dopo 10 giorni si procedeva alla fistulectomia. In posizione litomica si è incisa la parete posteriore della vagina a tutto spessore sui due lati, per una lunghezza di circa 5 cm e trasversalmente in corrispondenza della forchetta posteriore in modo da formare un "flap" contenente nel suo estremo distale l'orifizio fistoloso del diametro di circa 2 cm. Dopo aver evidenziato la parete rettale, con la soluzione di continuo presente a tale livello, è stato resecato, per via trans-anoale, a tutto spessore, il tessuto periorifiziale servendosi di una suturatrice circolare PPH0133. La sutura rettale è stata rinforzata per via trans-vaginale con alcuni punti muscolari. È stato quindi prelevato un lembo di mucosa e sottomucosa geniena che veniva fissato sulla parete del retto con punti in materiale riassorbibile a ricostruzione del setto retto-vaginale; in collaborazione con gli ematologi si allestiva un composto di piastrine autologhe (*Platelet Rich Plasma* -PRP) che, trasformato in gel con apposito procedimento, veniva suturato sopra la mucosa geniena in tre strati. Si suturava quindi la parete posteriore vaginale con lembo di scorrimento dopo aver resecato il tessuto periorifiziale.

La paziente è stata dimessa in X giornata post-operatoria in buone condizioni. Da segnalare una deiscenza di piccole dimensioni (0,5 cm) della sutura vaginale trattata con medicazioni ambulatoriali e risoltesi rapidamente. Si prevede la chiusura della traversostomia a 6 mesi.

Discussione

La fistola retto-vaginale è solitamente una patologia acquisita, invalidante, che porta ad un marcato deterioramento della qualità della vita. L'etiologia più frequente è iatrogena da traumi ostetrici con danno sfinteriale ma può insorgere in seguito a chirurgia ano-rettale, trans-vaginale o perineale oppure può presentarsi come sequela di malattie croniche intestinali o neoplasie. Inoltre può rappresentare una complicanza della radioterapia, in special modo di una brachiterapia endovaginale, con una frequenza maggiore se la dose supera i 50 Gy (3). Si possono classificare in alte o basse in relazione alla sede o dividere in base alle dimensioni, in piccole (< 0,5 cm), intermedie (0,5-2,5 cm) o grandi (> 2,5 cm) (4). Il quadro clinico è caratterizzato da perdite di gas, feci e secrezioni purulente dalla vagina associato a vaginiti e cistiti frequenti. La diagnostica si basa prevalentemente sulla storia e l'esame obiettivo della paziente. Come metodiche d'immagine di sicura utilità risultano la fistolografia e la RMN del pavimento pelvico.

La terapia è essenzialmente chirurgica non esistendo dati costanti e verificabili su strategie alternative come l'uso esclusivo della colla di fibrina o dell'elettrocauterizza-

zione (5-6). In passato l'approccio preferito era trans-vaginale (7). Successivamente, considerando la variazione di pressione tra canale anale e vagina, si ritenne che trattare la breccia fistolosa ano-rettale fosse essenziale per un successo terapeutico (8). Nel 1980 cominciò a riprendere popolarità l'approccio trans-anoale con riparazione tramite lembo di avanzamento, utilizzato per la prima volta, per questa patologia, nel 1902 da Noble (9). I dati, in letteratura, sul successo di tale tecnica sono variabili: si va da percentuali inizialmente alte, 75%-95% (10, 11), a dati discordanti con tassi del 44% (12) o più bassi. Tale variabilità è essenzialmente dovuta alla tipologia di fistole prese in considerazione. Per fistole semplici (basse, da trauma, di piccole dimensioni) l'approccio esclusivamente trans-anoale può avere successo. In caso di fistole complesse (recidive, da radioterapia o neoplasie, di dimensioni intermedie o grandi) sono necessari trattamenti maggiormente complessi. L'orientamento è quello di interporre del tessuto tra retto e vagina ed è descritto, per tale scopo, l'uso di lembi muscolari di varia origine tra cui il gracile, il bulbocavernoso, il sartorio, il gluteo (13, 14) oltre che l'utilizzo di mesh biologiche (15). Nel caso presentato si è di fronte ad una fistola complessa post-radioterapia, quindi con una situazione di scarsa vascolarizzazione locale in una paziente grande obesa con un rischio operatorio aumentato. L'utilizzo di lembi muscolari avrebbe reso l'intervento più invasivo mentre l'utilizzo di mesh biologiche è scarsamente indicato in tessuti precedentemente irradiati (15). Si è scelto di eseguire, previa stomia derivativa, una fistulectomia con accesso sia vaginale che trans-anoale e di interporre della mucosa buccale. L'utilizzo di tale tessuto è ben descritto in chirurgia per le sue caratteristiche istologiche. Presenta, infatti, uno spesso epitelio ricco in elastina che lo rende maneggevole e resistente, una lamina propria sottile che facilita la neovascolarizzazione e un'alta densità capillare (16). Tali caratteristiche rendono tale tessuto, a nostro avviso, adatto per la procedura descritta. In più il prelievo è scarsamente invasivo con una rapida guarigione della zona donatrice.

In aggiunta all'interposizione di mucosa buccale è stato utilizzato il PRP (*platelet rich plasma*).

Il PRP è un gel piastrinico autologo derivato dalla centrifugazione di 50-100 ml di sangue, che possono scendere a 8 ml con nuove metodiche, successivamente attivato tramite cloruro di calcio e trombina autologa.

Il PRP ha la capacità di accelerare significativamente la riparazione e la rigenerazione sia dei tessuti molli sia del tessuto osseo, grazie ai numerosi fattori di crescita contenuti nelle piastrine. Si utilizza prevalentemente in chirurgia maxillo-facciale, in cardiocirurgia sulla ferita sternale, in chirurgia plastica ricostruttiva, nei processi di rigenerazione dei tessuti, nelle ferite trofiche e vascolari, nel piede diabetico e, in generale, in tutte le lesioni difficili. Il PRP aumenta la risposta angiogene-

tica dei tessuti, stimola la rigenerazione epiteliale, favorisce la sintesi del collagene favorendo la guarigione delle lesioni dei tessuti molli (17).

Nel caso presentato, si richiedeva un'applicazione per apposizione, per cui l'attivazione del prodotto è stata effettuata in capsula di Petri con l'aggiunta di una matrice di acido ialuronico per poter dare consistenza al prodotto al fine di ottenere una membrana che è stata modellata con un tagliante e, successivamente, applicata e suturata sulla lesione.

Bibliografia

1. Bangeser M. Obstetric fistula and stigma. *Lancet* 2006 Feb 11; 367(9509): 535-6.
2. Abou Zahr C. Obstructed Labor. In: Murray C, Lopez A, eds. *Health Dimensions of Sex and Reproduction*. World Health Organization, 1998: 243-66.
3. Burke C. Rectovaginal fistulas. *Clin J Oncol Nurs* 2005 Jun; 9(3): 295-7.
4. Kumaran S., Palanivelu C., Kavalakat A.J., Parthasarathi R., Nee-layathatchi M.: Laparoscopic repair of high rectovaginal fistula: Is it technically feasible?. *BMC Surgery* 2005; 20; 1-5.
5. Halverson AL, Hull TL, Fazio VW et al. Repair of recurrent rectovaginal fistulas. *J Surg* 2001; 130: 753-757.
6. Shafik A. Non-surgical repair of rectovaginal fistulae. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996; 67: 17-20.
7. Lescher TC, Pratt JH. Vaginal repair of the simple rectovaginal fistula. *Surg Gynecol. Obstet.* 1967; 124: 1317-1321-
8. Greenwald JC, Hoexter B. Repair of rectovaginal fistulas. *Surg Gynecol Obstet* 1978; 146: 443-445.
9. Noble GH. A new operation for complete perineal laceration of the perineum designed for the purpose of eliminating danger of infection from the rectum. *Trans Am Gynecol Soc* 1902; 27: 357-363.
10. Rothenberger DA, Christenson CE, Balcos EG et al. Endorectal advancement flap for the treatment of simple rectovaginal fistula. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 297-300.
11. Jones IT, Fazio VW, Jagelman DG. The use of transanal rectal advancement flaps in the management of fistulas involving the anorectum. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 919-923.
12. Oom DMJ, Gosselink MP, Van Dijk VRM, Zimmerman DDE, Schouten WR. Puborectal sling interposition for the treatment of rectovaginal fistulas. *Tech Coloproctol* 2006; 10: 125-130.
13. Zmora O, Tulchinsky H, Gur E, Goldman G, Klausner JM, Rabau M. Gracilis muscle transposition for fistulas between the rectum and uretra or vagina. *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 1316-1321.
14. Byron RL Jr, Ostergord DR. Sartorius muscle interposition for the treatment of the radiation induced vaginal fistula. *Am J Obstet Gynecol* 1969; 104: 104-107.
15. Shelton AA, Welton ML. Transperineal repair of persistent rectovaginal fistulas using an acellular cadaveric dermal graft (AlloDerm®). *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 1454-145.
16. Mehrsai A, Djaladat H, Salem S, Jahangiri R, Pourmand G. Outcome of buccal mucosal graft urethroplasty for long and repeated stricture repair. *Urology* 2007; 69: 17-21.
17. Lindeboom AH, Mathura KR, Aartman IHA, Kroon FMK, Milstein D. MJ, Ince C. Influence of the application of platelet-enriched plasma in oral mucosal wound healing. *Clin Oral Im-pl Res* 2007; 18: 133-139.

Conclusioni

Il trattamento delle fistole retto-vaginali complesse come quelle post radioterapia è di difficile standardizzazione. L'interposizione tissutale tra retto e vagina è consigliabile in questi casi per diminuire il tasso di recidiva. A nostro avviso risulta meritevole di studio l'applicazione del PRP in questa chirurgia vista la capacità di accelerare la riparazione e la rigenerazione dei tessuti grazie ai numerosi fattori di crescita contenuti nelle piastrine.