

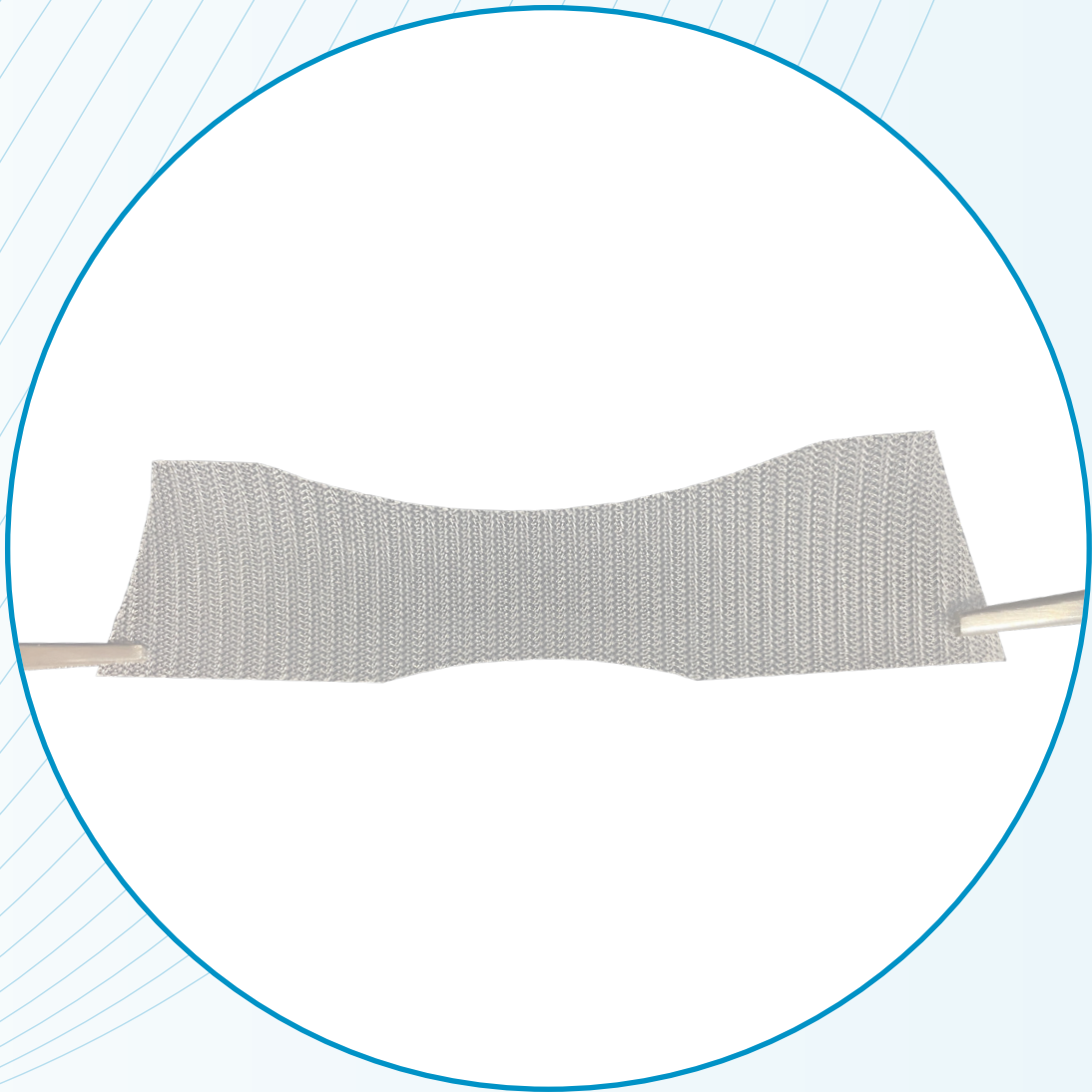


More than surgery

ASSUMESH®

FOR

TRANSVERCE
PERINEAL SUPPORT



ASSUT EUROPE S.P.A.



AssutEurope S.p.A. azienda fondata dal 1991, fabbrica italiana di suture chirurgiche, è presente in tutto il mondo con la commercializzazione di una vasta gamma di dispositivi medici e sistemi biomedicali.

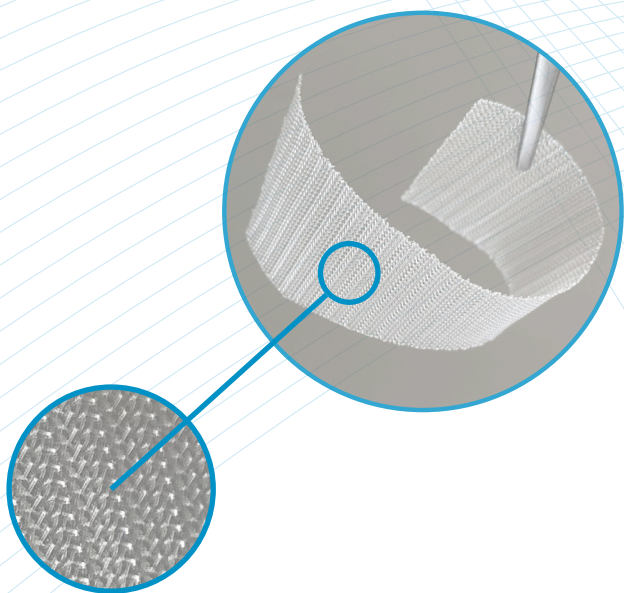
La nostra visione, basata su logiche di total quality management e lean production, è orientata alla soddisfazione dei clienti attraverso una offerta focalizzata su prodotti certificati e di alta qualità, derivanti da una costante attività di ricerca e sviluppo per l'innovazione al servizio delle diverse specialità chirurgiche.

Chirurgia generale, chirurgia vascolare, cardiocirurgia, chirurgia toracica ortopedica rappresentano solo alcune delle nostre aree di riferimento.

ASSUMESH®

FOR TRANSVERCE PERINEAL SUPPORT

PROTESI NON ASSORBIBILE IN MONOFILAMENTO DI POLIPROPILENE AD ALTA DENSITÀ 90 GR/M2



INDICAZIONE

L'Assumesh® è indicata per la riparazione di difetti della parete addominale e toracica che richiedano un sostegno mediante materiale di rinforzo o di riempimento interstiziale; può essere adattata a diversi tipi di ernioplastica. Il dispositivo può essere utilizzato sia in open surgery che in laparoscopia.

BACKGROUND

La sindrome da defecazione ostruita (ODS) è un problema clinico rilevante.¹ L'eziopatogenesi della ODS può essere riconosciuta sia nei disturbi funzionali, secondari a una sindrome spastica del pavimento pelvico, sia in un'alterazione anatomica del retto, come il rettocele e l'intussuscezione rettale,² soggetti a correzione chirurgica. Anche il Perineo Discendente (PD) è associato alla ODS e si ritiene che una delle cause principali sia lo sforzo eccessivo e ripetitivo che può portare ad una debolezza della muscolatura del pavimento pelvico. A sua volta, questo può causare più tensioni, stabilendo un circolo vizioso.^{3,4}

Sebbene il Perineo Discendente possa essere osservato nel 75-84% dei pazienti con ODS,^{5,6} e nonostante l'associazione ampiamente accettata tra costipazione cronica ed eccessiva discesa del perineo,⁷⁻⁹ le procedure chirurgiche attualmente proposte sono quasi esclusivamente dirette alla correzione dell'intussuscezione rettale e/o del rettocele.¹⁰⁻¹⁵

RAZIONALE DELLA TPS

Il razionale della procedura TPS è quello di imitare il ruolo del muscolo trasverso superficiale del perineo. Nei soggetti normali un ruolo importante nel limitare l'eccessiva discesa perineale sembrerebbe svolto dall'attività funzionale dei muscoli perineali trasversi, superficiale e profondo.¹⁶ La loro contrazione durante la defecazione, sostiene presumibilmente il pavimento perineale e protegge il perineo dall'elevata pressione prodotta dallo sforzo che, se eccessiva e ripetitiva, può determinare debolezza, sublussazione e cedimento della muscolatura perineale,¹⁷ con conseguente perineocele, enterocele o sigmoidocele.^{18,19} Nei pazienti con perineo discendente patologico, la manovra di Valsalva, per l'eccessiva lassità del perineo, può solo determinare un cambiamento di forma della cavità addominale (con una maggiore profondità del bacino, fino alla formazione di un perineocele) senza ottenere una riduzione del volume addominale. Pertanto, l'atteso aumento della pressione intra-addominale e intra-rettale, necessario per spingere le feci all'esterno attraverso gli sfinteri anali, non può essere ottenuto.⁹

TPS E PROCEDURE CHIRURGICHE COLORETTALI ATTUALI

Attualmente le procedure chirurgiche per il trattamento della (ODS) sono divisibili in due grandi categorie rappresentate dalle procedure di resezione rettale, eseguite prevalentemente con approccio transanale, e dalle procedure di sospensione rettale, eseguite prevalentemente per via laparoscopica; queste ultime di solito comportano l'uso di impianti biologici o sintetici.¹¹⁻¹⁵ Entrambe le categorie di procedure, resezione rettale e sospensione rettale, mirano a trattare il prolasso rettale occulto e il rettocele, considerati i principali fattori eziopatogenetici della ODS.

Senza entrare nel dettaglio dei vantaggi e degli svantaggi di questi due approcci, appare interessante notare che nessuna di queste procedure tiene conto né del ruolo fisiopatologico che la discesa perineale patologica può svolgere nella ODS né dell'alta frequenza con cui si verifica.

Infatti, una discesa perineale patologica è presente in oltre il 75% dei pazienti con ODS e può essere osservata nell'84% dei pazienti che hanno avuto un fallimento dopo una qualsiasi procedura chirurgica, resezione rettale o sospensione, eseguita per trattare l'ODS.³⁻⁶

TPS E PROCEDURE DEL PAVIMENTO PELVICO UTILIZZATE IN GINECOLOGIA

Negli ultimi dieci anni le reti sono sempre più utilizzate nella gestione chirurgica dell'incontinenza urinaria da sforzo (sling medio-uretrali) e del prolasso degli organi pelvici (sacrocolpopessi e riparazioni transvaginali) nel tentativo di migliorare le percentuali di successo e aumentare la longevità delle riparazioni.²⁰ Tuttavia, la TPS differisce dalle tecniche sopra citate non solo per l'indicazione clinica ma anche per la sede anatomica della rete (appena sopra la fascia superficiale del perineo). In tale posizione, pur creando un elemento di sostegno al pavimento pelvico, l'impianto non è a contatto diretto con gli organi pelvici e in nessun caso genera trazione/sospensione su questi ultimi.

CONCLUSIONE

La TPS è una procedura sicura ed efficace nel trattamento della sindrome da defecazione ostruita associata al perineo discendente. La procedura è di semplice esecuzione, facilmente apprendibile e con una breve degenza ospedaliera post-operatoria.

PROCEDURA TPS



STEP 1

Dopo l'identificazione con le dita delle tuberosità ischiatiche, la cute sovrastante viene incisa per circa due centimetri per lato.



STEP 2

Viene eseguita una dissezione smussa verso l'alto del tessuto adiposo dalla fascia superficiale del perineo, per creare un tunnel tra i due rami del pube.



STEP 3

La mesh sintetica TPS (Assut Europe S.p.A.) (misura: 3 x 12 cm), affusolata nel terzo medio, viene posizionata appena sopra la fascia superficiale del perineo.



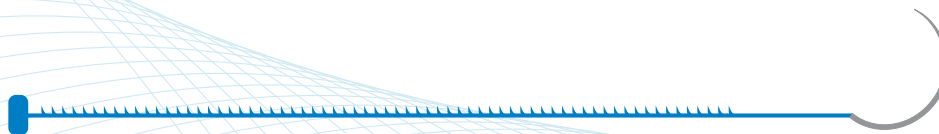
STEP 4

La rete viene suturata bilateralmente al periostio dei rami ascendenti del pube all'inserzione del muscolo trasverso superficiale del perineo, e le incisioni cutanee vengono saturate.


FILBLOC® PERMANENT

SUTURA CON BLOCCO FINALE • SUTURE WITH FINAL LOCK SYSTEM

FIL DE SUTURE MUNI D'UN ARRÊTOIR • SUTURA CON BLOQUEO FINAL



ENDO 360°

AGO (mm)	FILO (cm)	CODICE	
		EP	3
		2	
		USP	2/0
			3
			2/0
■ Blu, Blue, Bleu, Azul	■		
 22 Endo 360°	20	PU061HHAC	PS028HHAC

STRUMENTO PLURIUSO PER SUTURE LAPAROSCOPICHE

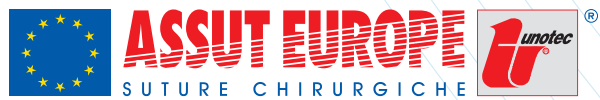


CODICE	DESCRIZIONE
ECDS - 01	Lunghezza corta per Uroginecologia e altre procedure che utilizzano orifizi naturali (222 mm)

CODICE KIT	CODICI	DESCRIZIONE/DIMENSIONE	UNITA'
TPS	AM0311	Rete in polipropilene, presagomata, taglio verticale, 3 cm x 12 cm	1
	PS028HHAC	Filbloc Permanent per ENDO 360° - 22 mm - Sutura non assorbibile in polipropilene dentellata unidirezionale con blocco finale, USP 2/0, lunghezza 20 cm	4

BIBLIOGRAFIA

1. Kamm MA. Constipation. In: Nicholls RJ, Dozois RR, eds. *Surgery of the Colon & Rectum*. New York: Churchill Livingstone. 1997;657– 669.
2. Keighley MRB. Stipsi. In: Keighley MRB, Williams NS, eds. *Chirurgia di Ano-Retto e Colon*. Padova: Piccin. 2000;615– 644.
3. Parks AG, Porter NH, Hardcastle J. The syndrome of the descending perineum. *Proc R Soc Med*. 1966;59:477-482.
4. Hardcastle JD. The descending perineum syndrome. *Practitioner*. 1969;203:612-619.
5. Renzi A, Izzo D, Di Sarno G, Izzo G, Di Martino N. Stapled transanal rectal resection to treat obstructed defecation caused by rectal intussusception and rectocele. *Int J Colorectal Dis*. 2006;21:661– 667.
6. Read NW, Bannister JJ. Anorectal manometry: Techniques in health and anorectal disease. In: Henry MM, Swash M. *Coloproctology and pelvic floor*. London: Butterworth- Heinemann. 1985;65-87.
7. Henry MM, Parks AG, Swash M. The pelvic floor musculature in the descending perineum syndrome. *Br J Surg*. 1982;69:470-472.
8. Read NW, Abouzekry L, Read MG, Howell P, Ottewell D, Donnelly TC. Anorectal function in elderly patients with fecal impaction. *Gastroenterology*. 1985;89:959-966.
9. Timmke AE. Functional anorectal disorders. In: Beck DE, Wexner SD, eds. *Fundamentals of anorectal surgery*. London: WB Saunders. 1998;90-98.
10. Khaikin M, Wexner SD. Treatment strategies in obstructed defecation and fecal incontinence. *World J Gastroenterol*. 2006;12:3168– 3173.
11. Orrom WJ, Bartolo DC, Miller R, Mortensen NJ, Roe AM. Rectopexy is an ineffective treatment for obstructed defecation. *Dis Colon Rectum*. 1991;34:41– 46.
12. Boccasanta P, Rosati R, Venturi M, et al. Surgical treatment of complete rectal prolapse: results of abdominal and perineal approaches. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 1999;9:235–238.
13. Liberman H, Hughes C, Dippolito A. Evaluation and outcome of the delorme procedure in the treatment of rectal outlet obstruction. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:188-192.
14. Brieger GM, Korda AR, Houghton CR. Abdomino perineal repair of pulsion enterocele. *J Obstet Gynaecol Res*. 1996;22:151-156.
15. Renzi A, Brilliantino A, Di Sarno G, Izzo D, D'Aniello F, Falato A. Improved clinical outcomes with a new contour-curved stapler in the surgical treatment of obstructed defecation syndrome: a mid-term randomized controlled trial. *Dis Colon Rectum*. 2011;54:736-742. Erratum in: *Dis Colon Rectum*. 2011;54:1462.
16. Shafik A, Shafik AA, Shafik I, El-Sibai O. Study of the role of the transverse perineal muscles during rectal filling. *Int J Colorectal Dis*. 2006;21:698-704.
17. Shafik A, Ahmed I, Shafik AA, El-Ghamrawy TA, El-Sibai O. Surgical anatomy of the perineal muscles and their role in perineal disorders. *Anatomical Science International*. 2005;80:167-171.
18. Shafik A, Sibai OE, Shafik AA, Shafik IA. A novel concept for the surgical anatomy of the perineal body. *Dis Colon Rectum*. 2007;50:2120-2125.
19. Cappabianca S, Reginelli A, Iacobellis F et al. Dynamic MRI defecography vs. entero-colpo-cysto-defecography in the evaluation of midline pelvic floor hernias in female pelvic floor disorders. *Int J Colorectal Dis*. 2011;26:1191-1196.
20. Baessler K, Maher CF. Mesh augmentation during pelvic-floor reconstructive surgery: risks and benefits. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2006;18:560-566.
21. Renzi A, Brilliantino A, Di Sarno G, d'Aniello F, Bianco P, Iacobellis F, Reginelli A, Grassi R. Transverse Perineal Support: A Novel Surgical Treatment for Perineal Descent in Patients With Obstructed Defecation Syndrome. *Dis Colon Rectum*. 2016 Jun;59(6):557-64.



More than surgery

www.assuteurope.com

info@assuteurope.com



More than surgery

ITALIA

Stabilimento di Produzione

Zona Industriale
67062 Magliano dei Marsi (AQ), Italy
Tel. +39 0863 517956/515000
Fax +39 0863 570084/515209

Sede Legale

Via G. Gregoraci, n.12
00173 Roma
Tel. +39 06 72677348
Fax +39 06 72675380

FRANCE

86-114 Avenue Louis Roche
Batiment D Hall-3 92230
Gennevilliers
Tel. +33 147985294
Fax +33 147985892

ESPAÑA

Poligono Ind. Mutilva Baja
Calle V, n.16 - 31192
Mutilva Baja
Tel. +34 948122274
Fax. +34 948120842

GERMANY

Prager Strasse 34
04317 Leipzig

UK

Unit 12a Barncliffe Mills
Shelley HD8 8LU Huddersfield
Tel. +44 1484602222
Fax +44 1484602280

USA

55 NE 5th Avenue, Suite 501
33432 - 4093 Boca Raton FL
United States

RUSSIAN FEDERATION

c/o Studio Marzona
Rozhdestvenskiy B-r 10 Bld. 7
107031 Moscow
Tel/Fax +7 962 9862804

BRASIL

Rua Professor Alfredo Gomes, 14
CEP 22551-080
Botafogo Rio De Janeiro (RJ)
Tel.: 0055 21 22661943
Fax: 0055 21 22663539

www.assuteurope.com
info@assuteurope.com

