Vol. 42 - N. 2
Giugno 2023

Rivista Italiana di Colon-Proctologia
Fondata nel 1982
Già organo ufficiale della Società Italiana di Colon-Proctologia

ISSN 1973-4891

PELVIPERINEOLOGIA

RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

Comitato editoriale

Urologia **Salvatore Siracusano**
Ginecologia **Luisa Marcato**
Andrologia **Andrea Garolla**
Colo-Proctologia **Simona Ascanelli**
Fisiatria **Sofia Straudi**
Imaging **Vittorio Piloni**
Statistica **Carlo Schievano**
Editore Direttore resp. **Giuseppe Dodi**

Collaborazione con

Società Italiana di Pelvi-perineologia e di Urologia Femminile e Funzionale

Integrated Pelvis Group

Associazione Italiana di Ginecologia Estetica e Funzionale

Club Amici della Proctologia e Perineologia

Federazione Italiana Incontinenti e Disfunzioni del Pavimento Pelvico

Indice

43 Editoriale N. Ghiraldo, S. De Chino

44 Utilizzo di ovuli vaginali a base di Adelmidrol nel trattamento dell'atrofia vaginale di varia eziologia E. Kurti, A. Xhani, A. Shtylla et al.

48 Ruolo di eventi stressanti, psicodiagnosi e difese immunitarie nelle fistole e ascessi anali M. Pescatori

52 Prolasso degli organi pelvici e sessualità: studio sulla qualità della vita dopo intervento chirurgico di correzione del prolasso I. Piccolotti, S. Montori, R. Martinello et al.

56 Vergogna, paura e dolore, demoni dell'area anale e il tocco amorevole come via della guarigione S. De Chino

59 Giuseppe Ambrosoli e l'ospedale di Kalongo in Nord Uganda. Un'esperienza unica accanto ad una persona straordinaria A. Cosulich

61 Vincere la stitichezza con i fumetti

62 Corso IPG "L'estate della pelvi", Roma 30 settembre 2023

Leda e il cigno - Leonardo da Vinci, 1510

Trimestrale di informazione scientifica
registrato al Tribunale di Padova n. 741 (23-10-1982 e 26-5-2004)

www.pelviperineologia.it

Redazione:
info@espodesign.it
Stampa:
Pixartprinting S.p.A.

Saginil®

Vulviti e Vaginiti: rimedi di nuova generazione

Una linea di dispositivi medici a base di Adelmidrol per il controllo degli stati irritativo-infiammatori.

Linea Saginil:

- **Gel** *(Tubo 30 ml)*
- **Cannule vaginali** *(conf. da 10 cannule)*
- **Ovuli vaginali** *(conf. 10 ovuli)*
- **Soluzione vaginale** *(conf. 4 x 125 ml)*
- **Detergente intimo** *(conf. 100 ml)*

www.epitech.it

epitech group

Editoriale

È giunta al Centro Pelvi di Padova questa mail: *Egregio Professore* (G.Dodi, ndr), *ho saputo della sua professione leggendo un articolo sulla rivista Pelviperineologia. Io non sono un medico, ma una paziente che non soffre di gravi problematiche, si tratta infatti di lievi disturbi sia a livello vaginale (incontinenza urinaria) che anale (modesto prolasso e scarso rilasciamento in espulsione). Ho fatto delle sedute di riabilitazione e sono migliorata, anche se non definitivamente. Sono comunque consapevole che è necessario mantenersi in esercizio, anche a domicilio e in autonomia. Le scrivo per sapere se una persona come me, che non fa parte professionalmente del sistema sanitario, può accedere alla informazione specifica, al fine di aiutarsi e aiutare altre donne nelle medesime condizioni. Si tratta infatti di problematiche diffuse, soprattutto al raggiungimento di una certa età, che tuttavia molte persone non riescono ad affrontare, data la difficoltà a superare una certa riservatezza. Si preferisce convivere col problema, col rischio di peggioramento, piuttosto che parlarne. Io vivo a Milano e le sarei grata se potesse darmi indicazioni per la informazione nella mia città. Grazie infinite D.P.*

Nel 1990 su questo giornale, all'epoca intitolato Rivista Italiana di Colo-Proctologia, in occasione di un convegno multidisciplinare, a Venezia, ove per la prima volta si vedevano riuniti urologi, ginecologi e chirurghi colorettali, venne coniato il termine *perineologia*. All'epoca l'idea di coinvolgere le persone comuni, potenziali pazienti, nelle tematiche del pavimento pelvico, non passava per la mente nè agli specialisti e neppure alle riviste femminili: questi argomenti erano avvolti, come suggerisce ancora oggi l'autrice della lettera, nella riservatezza. Non molto evidentemente è cambiato per la gente comune in oltre un quarto di secolo, sebbene la stampa di informazione e le riviste femminili pullulino di servizi al riguardo. Tabù e riservatezza resistono.

Dopo quel convegno veneziano passarono alcuni anni con interessanti approfondimenti scientifici e clinici e nel 2007 ad opera di un piccolo gruppo di medici, il ginecologo australiano Bruce Farnsworth, l'internista esperto in informatica Maurizio Spella e il chirurgo Giuseppe Dodi, fu fondato a Padova l'*Integrated Pelvis Group*. L'IPG è un'associazione culturale e scientifica (vedere il sito del giornale www.pelviperineologia.it) dedicata a varie iniziative legate allo sviluppo dei molteplici temi che si pongono nell'ambito del pavimento pelvico e degli organi ad esso collegati. Primi tra questi il sostegno e la divulgazione della rivista Pelviperineologia e l'organizzazione di attività didattiche. In particolare, per il 2023, come descritto nei precedenti numeri del giornale, è stato programmato un ciclo di tre *Corsi ECM teorico-pratici* su *La gestione della complessità pelviperineale nelle fasi della vita* dedicati alle problematiche pelviperineali nel giovane (la *primavera* della pelvi, Firenze 1 Aprile), nell'adulto (l'*estate*, Roma 30 Settembre) e nel vecchio (l'*autunno* della pelvi, Padova 17-18 Novembre).

In effetti tra gli addetti ai lavori, i quali sono numericamente in grande aumento soprattutto nell'ambito riabilitativo fisioterapico, ostetrico ed infermieristico, i temi delle disfunzioni pelviperineali si sono dilatati a macchia d'olio e si è assistito ad una importante evoluzione di idee e progetti e ciò anche grazie anche a preziosi suggerimenti, non solo dei colleghi in ambito medico e riabilitativo, ma anche dei pazienti, vedi il caso della lettera riportata all'inizio dell'editoriale. Ed è proprio anche a questi ultimi che IPG ha deciso di rivolgersi, con l'esperimento di *Mini corsi "per tutti"*. Il primo di questi si è svolto a Schio (Vicenza) con la partecipazione di un pubblico non medico, tra cui, da remoto, anche la Signora D.P. Il rapporto con la paziente è proseguito in questi termini, interessanti perchè ancora, come nella prima mail, molto precisi sotto il profilo delle esigenze del corpo e della mente, così inscindibili nel mondo della pelvi: *...grazie per l'opportunità di partecipare al corso di sabato. È stato molto utile, perché mi ha stimolata ulteriormente sull'importanza della consapevolezza del proprio corpo; spesso, infatti, mi rendo conto che tendo a contrarre la muscolatura, non soltanto del collo e delle spalle (molto frequente in caso di tensione emotiva), ma anche a livello anale. Ho trovato anche molto utile la dissertazione sul microbiota e le indicazioni pratiche della fisioterapista. Sono interessata a eventuali altri corsi on line, tenuto conto che nel periodo estivo, a partire da sabato, sarò fuori casa fino ai primi di agosto.*

Gradirei, se possibile, ricevere il materiale inerente la giornata di formazione, come slide e registrazione, oltre che qualsiasi sua indicazione di lettura o ascolto... D.P.

Creare un trait d'union fra la clinica e l'educazione all'ascolto del corpo è uno degli obiettivi dei mini corsi che, oltre a dare informazioni di tipo medico, offrono l'opportunità di sperimentare su di sé pratiche corporee e sensoriali finalizzate ad una miglior consapevolezza pelvica e posturale. Consapevolezza e una buona informazione contribuiscono anche ad una dettagliata descrizione dei sintomi per guidare il medico nell'individuazione di una causa e a formulare una giusta terapia. Non esiste infatti malato più difficile da curare di colui che non sa di essere malato o non sa descrivere che cosa gli sta accadendo e del resto, chi conosce se stesso, sa curarsi e farsi curare.

Diffondere la Pelviperineologia con un linguaggio semplice, chiaro e diretto ha dunque anche un altro significato, ossia abbattere quel muro di imbarazzo o tabù quando si parla di certi argomenti come se fossero delle eccezioni, delle diversità, che forse lo sono se viste singolarmente, ma da un punto di vista globale rappresentano la norma. In tal senso il raccordo con un'educazione sessuale di base è naturale conseguenza: descrivere il pavimento pelvico senza parlare anche di aree di piacere diventa riduttivo e anacronistico. Nei mini corsi si parla quindi anche di sessualità.

L'essere umano non è solo una macchina perfetta, ma molto di più. La sua complessità ha a che fare con emozioni che spesso si ripercuotono sul corpo e creano sintomi fisici. Ad un certo punto del suo percorso vitale, inoltre, inizia ad avere qualche problema che se pur piccolo ma trascurato e/o male interpretato può aggravarsi: incontinenza urinaria, prolasso, disfunzione erettile, prostatiti, atrofia vulvovaginale, dispareunia sono alcuni di questi. Tutte situazioni che creano imbarazzo e vergogna e quindi spesso restano segreti nella vita della persona. Non affrontate da subito in modo conservativo possono portare ad interventi chirurgici spesso con scarsi risultati. Le problematiche del pavimento pelvico infatti sono caratterizzate da una grande complessità eziologica: non si tratta solo di alterazioni organiche ma anche muscolari, miofasciali, neurologiche, emozionali. IPG ha dunque l'obiettivo di diffondere una cultura della pelviperineologia che possa raggiungere tutti, con un linguaggio semplice ma non semplicistico. Per questo motivo utilizza diversi canali di comunicazione e informazione: le *lettere al giornale* (info@pelviperineologia.it), richieste a *L'esperto risponde* (www.pelvishop.com), lettere a *Integrated Pelvis Group* (ipg@integratedpelvisgroup.it).

Concludiamo con Patch Adams "per noi guarire non è solo prescrivere medicine e tarapie ma lavorare insieme condividendo tutto in uno spirito di gioia e cooperazione".

NICOLA GHIRALDO, STELLA DE CHINO

Corrispondenza
nicolaghiraldo@yahoo.it

Articolo originale

Utilizzo di ovuli vaginali a base di Adelmidrol nel trattamento dell'atrofia vaginale di varia eziologia

ERLIN KURTI[1], ANILA XHANI[1], ARJAN SHTYLLA[2], BLERTI CAMI[2,4], ANA SULA[3], DENISA BAJRAKTARI[3], ANISA AJDINI[3]

1. Ospedale Universitario di Ostetrico Ginecologia "Mbreteresha Geraldine", Tirana, Albania
2. Ospedale Universitario di Ostetrico Ginecologia "Materniteti Koco Gliozheni", Tirana, Albania
3. Ospedale Regionale di Ostetrico Ginecologia di Valona, Albania
4. Private clinic "Ursula", Tirana, Albania

Riassunto: Introduzione L'atrofia vaginale è associata a sintomi fisici ed emotivi che causano importanti ripercussioni sulla qualità di vita delle pazienti che ne soffrono. Scopo del presente studio è stato quello di valutare l'efficacia di ovuli vaginali a base di Adelmidrol nel trattamento della sintomatologia manifestata da pazienti con atrofia vaginale di varia eziologia. *Materiali e metodi* Trenta pazienti affette da atrofia vaginale sono state trattate per 8 settimane con 1 ovulo/die alla sera prima di coricarsi. I sintomi caratteristici, la gravità dell'atrofia e la qualità della vita sono stati valutati al basale (T0), dopo 4 (T1) e 8 settimane (T2) mediante scala NRS, misurazione del pH vaginale e questionario SF-12. Al termine del trattamento è stato valutato il miglioramento dello stato di salute mediante scala PGIC. *Risultati* Nel corso dello studio è stato osservato un significativo miglioramento di tutti i sintomi valutati ($p<0.0001$), evidente già dopo 4 settimane di trattamento ($p<0.0001$). In tutte le pazienti la gravità dell'atrofia vaginale è migliorata risultando, al termine dello studio, assente o di tipo lieve. La qualità della vita è risultata significativamente migliorata sia nella componente fisica ($p<0.0001$) che mentale ($p<0.0001$). Tutte le pazienti hanno considerato migliorato il proprio stato di salute al termine del trattamento, che è stato generalmente ben tollerato. *Conclusioni* I risultati ottenuti suggeriscono che l'utilizzo di ovuli vaginali a base di Adelmidrol può rappresentare una appropriata alternativa alle terapie attualmente disponibili nel trattamento dell'atrofia vaginale, grazie alla capacità di attenuarne la sintomatologia caratteristica, attraverso la modulazione della neuroinfiammazione.

Parole chiave: Adelmidrol; Atrofia vaginale; Neuroinfiammazione; Ovuli vaginali; Saginil

Adelmidrol-based vaginal ovules in the treatment of vaginal atrophy of various aetiology

Abstract: *Introduction* Vaginal atrophy is associated with physical and emotional symptoms that have major impact on quality of life of affected patients. The objective of the present study was to evaluate the efficacy of Adelmidrol-based vaginal ovules in the treatment of the symptomatology of patients suffering from vaginal atrophy of various aetiology. *Materials and methods* Thirty patients suffering from vaginal atrophy were treated for 8 weeks with 1 vaginal ovule in the evening. Typical symptoms, the severity of atrophy and the quality of life were evaluated at baseline (T0), after 4 (T1) and 8 weeks (T2), by NRS, vaginal pH measurement, and SF-12 questionnaire. At the end of the treatment, the improvement in the state of health was evaluated using the PGIC scale. *Results* A significant improvement of all the evaluated symptoms ($p<0.0001$) was observed during the study, with an evident significance already after 4 weeks of treatment ($p<0.0001$). For all patients, the severity of vaginal atrophy improved, resulting at the end of the study absent or mild. The quality of life showed a significant improvement for both the physical ($p<0.0001$) and mental components ($p<0.0001$). All patients considered their health state improved at the end of the treatment, which was generally well tolerated. *Conclusions* The results obtained suggest that vaginal ovules containing Adelmidrol may represent an appropriate alternative to currently available therapies in the treatment of vaginal atrophy, thanks to its ability to attenuate its characteristic symptomatology through the modulation of the neuroinflammation.

Keywords: Adelmidrol; Vaginal atrophy; Neuroinflammation; Vaginal ovules; Saginil

INTRODUZIONE

L'atrofia vaginale (AV) è una condizione clinica causata da una carenza di estrogeni che, sebbene sia riscontrata più comunemente dopo la menopausa, può verificarsi in qualsiasi momento della vita di una donna. Lo sviluppo dell'AV può infatti essere favorito dall'ipoestrogenismo che si verifica in seguito all'allattamento, alle terapie antitumorali, all'uso di farmaci antiestrogeni, ad interventi chirurgici o nel periodo successivo al parto[1–3]. La diminuzione dei livelli di estrogeni si traduce in una riduzione delle secrezioni vaginali ed in una maggiore suscettibilità ai traumi e al dolore. L'epitelio vaginale diventa secco, atrofico e perde elasticità causando infiammazione, prurito, secchezza, sanguinamento e dispareunia[4]. Inoltre, la riduzione della produzione di glicogeno, accompagnata da una diminuzione del numero di lattobacilli e di acido lattico, sono causa dell'aumento del pH vaginale e della maggiore suscettibilità alle infezioni[5,6]. Nonostante l'atrofia vaginale sia una condizione cronica e progressiva che impatta negativamente sulla qualità di vita del 50% delle donne in post-menopausa[5], solo il 20-25% delle donne sintomatiche cerca il supporto del medico per alleviare i disturbi[7]. Il trattamento dell'AV si focalizza quindi sull'attenuare i sintomi e invertire i cambiamenti anatomici atrofici. Le terapie di prima linea includono lubrificanti ed idratanti vaginali non ormonali che forniscono solamente un sollievo sintomatico. Considerando però la causa dell'AV, la terapia con estrogeni, sia sistemica che locale, risulta l'attuale standard di cura per questa condizione. Sebbene la terapia sistemica sia un trattamento efficace per la maggior parte dei casi di atrofia vaginale, risulta controindicata o inaccettabile per alcune pazienti a causa dei potenziali effetti collaterali[7]. Livelli eccessivi di estrogeni in donne in post-menopausa sono infatti stati associati ad un aumentato rischio di malattie cardiache, cancro al seno, complicanze tromboemboliche e malattie cerebrovascolari. Pertanto, la terapia farmacologica d'elezione per le pazienti sintomatiche che non rispondono alle terapie non ormonali risulta essere l'utilizzo di estrogeni locali a basso dosaggio[8,9]. Trattandosi di un disturbo cronico e progressivo, trovare valide alternative terapeutiche risulta quindi di fondamentale importanza. Poiché in condizioni fisiologiche gli estrogeni giocano un ruolo di primo piano nel mantenimento del trofismo tessutale, dell'elasticità e dello spessore della mucosa vaginale, la loro carenza provoca alterazioni morfologiche dei tessuti genito-urinari che perdono collagene ed elastina a fronte di un aumento del tessuto connettivo[10]. Nell'insieme, questi fenomeni causano un assottigliamento dei tessuti vulvo-vaginali che diventano meno elastici, più fragili, e particolarmente sensibili a fattori potenzialmente pro-infiammatori e attivatori della risposta immunitaria: miceti, batteri, traumatismi e agenti irritanti presenti nelle urine [11,12]. Sulla base di queste evidenze, la modulazione della risposta infiammatoria ed immunitaria a carico della mucosa vaginale potrebbe rappresentare un valido trattamento per il miglioramento della sintomatologia correlata all'AV. Particolarmente adatto per l'applicazione topica grazie alle sue caratteristiche di idrofilia/lipofilia è l'Adelmidrol, un derivato dell'acido azelaico analogo della

Tab 1. Decorso della sintomatologia nel tempo valutato mediante scala NRS

Sintomi	*Tempi di valutazione*			*p*		
	T0	*T1*	*T2*	*T1 vs T0*	*T2 vs T1*	*over time*
Secchezza	7.1 ± 0.53	4.1 ± 0.46	1.7 ± 0.31	p<0.0001	p<0.0001	p<0.0001
Prurito	5.2 ± 0.57	2.5 ± 0.52	1.1 ± 0.38	p<0.0001	p<0.0001	p<0.0001
Dolore	5.5 ± 0.68	2.4 ± 0.45	0.9 ± 0.28	p<0.0001	p<0.0002	p<0.0001
Bruciore	5.3 ± 0.61	2.1 ± 0.46	1.1 ± 0.43	p<0.0001	p<0.0002	p<0.0001
Dispareunia	7.4 ± 0.51	2.7 ± 0.58	1.1 ± 0.40	p<0.0001	p<0.0001	p<0.0001

palmitoiletanolamide (PEA). Similmente alla PEA, nota per le sue capacità antineuroinfiammatorie e anti-nocicettive, l'Adelmidrol appartiene alla famiglia delle aliamidi, molecole endogene in grado di controllare l'iper-reattività mastocitaria in diverse condizioni fisiopatologiche e patologiche[13,14]. I mastociti sono tra i principali promotori del processo infiammatorio locale, in quanto cellule del sistema immunitario residenti nei tessuti mucosali ed epiteliali di tutto l'organismo[15]. A seguito di uno stimolo/danno le cellule mastocitarie rispondono con la degranulazione e il conseguente rilascio di una moltitudine di mediatori pro-infiammatori quali citochine, chemochine, e fattori di crescita[16]. Le aliamidi endogene sono in grado di sotto-modulare la reattività dei mastociti attraverso l'interazione con i recettori dei vanilloidi (TRPV1), canali cationici non selettivi espressi dalle terminazioni nervose di tipo C e dai cheratinociti e attraverso i recettori dei cannabinoidi espressi dalle terminazioni nervose sensoriali, dai macrofagi e dalle cellule epiteliali[17]. Adelmidrol è inoltre in grado di aumentare la produzione endogena locale di PEA attraverso un meccanismo noto come *effetto enturage*, con conseguente riduzione della degranulazione mastocitaria. Il vantaggio derivante dal trattamento con Adelmidrol è stato osservato sia in modelli sperimentali di infiammazione acuta e cronica[18,19], sia in clinica, dove il suo utilizzo topico ha permesso di alleviare la sintomatologia correlata a varie condizioni infiammatorie croniche della cute[17] e delle mucose[20,21].
Scopo di questo lavoro è quello di riportare i risultati ottenuti dall'utilizzo di ovuli vaginali a base di Adelmidrol in pazienti con AV di varia eziologia.

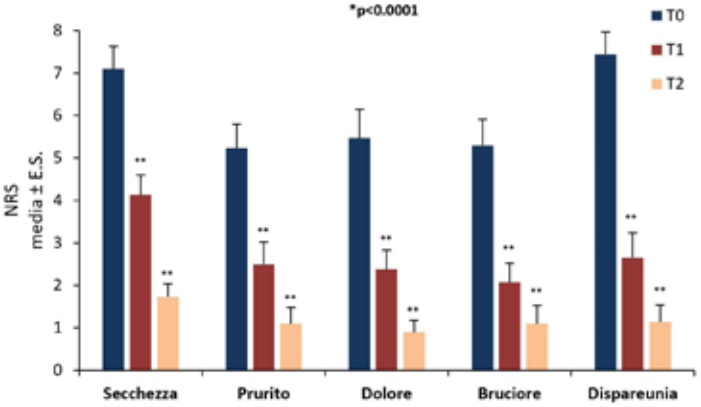
MATERIALI E METODI

Un'indagine clinica prospettica osservazionale è stata condotta presso tre centri in Albania: l'Ospedale Regionale di Valona e gli Ospedali Universitari di Ostetrico Ginecologia "Mbretëresha Geraldinë" e "Koço Gliozheni" di Tirana. Donne affette da atrofia vaginale di varia eziologia (post-menopausale o iatrogena) sono state trattate con ovuli vaginali contenenti Adelmidrol (SAGINIL® ovuli vaginali, Epitech Group SpA, Saccolongo, Padova), 1 ovulo/die alla sera prima coricarsi per 8 settimane. Nello studio sono state considerate donne affette da AV con un'età ≥ 45 anni, un pH vaginale ≥ 5, e gravità di almeno uno dei sintomi ≥ 4 in base alla Numeric Rating Scale (NRS). Sono state escluse dall'indagine pazienti che nel mese antecedente erano state sottoposte ad altre terapie specifiche per l'AV o che presentavano gravi infezioni vaginali, urinarie o altre patologie che avrebbero potuto interferire con lo studio.
L'indagine clinica è iniziata dopo approvazione del Comitato Etico ed è stata condotta nel rispetto della dichiarazione di Helsinki e delle sue revisioni, seguendo le Linee Guida di Buona Pratica Clinica. Ogni paziente, ha dato il proprio consenso informato scritto alla partecipazione allo studio.
Il protocollo ha previsto la valutazione al basale (T0), dopo 4 (T1) e 8 settimane di trattamento (T2) dei seguenti parametri:
a) intensità dei sintomi secchezza, prurito, dolore, bruciore, dispareunia mediante NRS, scala a 11 punti dove 0 rappresenta 'assenza di sintomi' e 10 la 'massima intensità' di questi[22];
b) gravità dell'atrofia mediante misurazione del pH vaginale, che permette la classificazione dell'atrofia come assente (pH < 5), lieve (pH compreso tra 5 e 5.49), moderata (pH compreso tra 5.5 e 6.49) e severa (pH > 6.5)[2];
c) qualità della vita mediante questionario a 12-item Short Form Survey (SF-12), che valuta sia la componente fisica che quella mentale della qualità della vita attraverso due punteggi separati, in cui score maggiori sono indicativi di un miglior stato di salute[23].
Al termine del trattamento è stata valutata la variazione dello stato di salute globale percepito dalle pazienti mediante Patients' Global Impression of Change (PGIC), una scala a sette item che variano da "estremamente peggiorata" a "estremamente migliorata"[24,25]. Durante tutto il corso dello studio è stata monitorata la sicurezza del prodotto mediante la raccolta degli eventi avversi osservati o riferiti dalle pazienti.
L'analisi dei dati è stata effettuata mediante modello GLMM (Generalized Linear Mixed Model). L'efficacia del trattamento ad ogni tempo di valutazione rispetto al precedente (T1 vs T0 e T2 vs T1) è stata valutata mediante un'analisi post-hoc, utilizzando il test di Tukey-Kramer per i confronti multipli. La distribuzione delle pazienti nei gruppi di severità della patologia è stata valutata mediante il test di Fisher. Il livello α di significatività è stato fissato a 0.05.

RISULTATI

Sono stati raccolti i dati di 30 pazienti, con un'età media ± deviazione standard di 56.5 ± 7.60 anni, con diagnosi di diverso tipo: vulvodinia, vaginosi batterica, vaginite atrofica e fungina, AV post-isterectomia totale o post-cistectomia totale. In 23 donne l'AV è stata riportata come 'post-menopausale', in 6 'iatrogena', mentre per una paziente l'origine non è stata indicata.
Sintomatologia (NRS)
Il trattamento con ovuli vaginali a base di Adelmidrol ha attenuato tutti i sintomi valutati (secchezza, prurito, dolore, bruciore e dispareunia). L'intensità della sintomatologia è risultata significativamente ridotta nel tempo (p<0.0001), con risultati significativi già al T1 e un ulteriore significativo miglioramento alla fine del periodo di trattamento. I risultati sono riportati in dettaglio nella Tabella 1 e nella Figura 1.
Atrofia vaginale (pH)
All'inizio dello studio 28 pazienti su 30 (93%) presentavano un pH indicativo di atrofia vaginale: 7 (25%) di tipo severo, 9 (32.14%) moderato e 12 (42.86%) lieve. In una paziente è stato riscontrato un pH < 5, rimasto invariato fino al termine del trattamento, mentre per una paziente il dato non è stato raccolto. Dopo 4 settimane di trattamento, delle 28 pazienti con

Fig. 1 Valutazione della sintomatologia al basale, dopo 4 settimane e al termine del trattamento valutata mediante NRS.



E.S.: errore standard. * Significatività nel tempo (analisi GLMM);
** Significatività rispetto alla valutazione del tempo precedente (analisi post-hoc).

Tab. 2 Distribuzione delle pazienti nei gruppi di severità ai vari tempi di osservazione, in base ai valori del pH vaginale

Atrofia	T0	T1	T2	p
Severa (pH > 6.5)	25%	0.0%	0.0%	p<0.0001
Moderata (pH 5.5 - 6.49)	32.14%	17.86%	0.0%	p<0.0001
Lieve (pH 5 - 5.49)	42.86%	75%	46.43%	p<0.0001
Nessuna (pH < 5)	0.0%	7.14%	53.57%	p<0.0001

pH indicativo di atrofia vaginale a T0, 5 (17.86%) mostravano atrofia moderata, 21 (75%) di tipo lieve e nessuna di tipo severo, mentre in due pazienti (7.14%) l'atrofia è risultata risolta. A T2, delle 28 pazienti iniziali, 13 (46.43%) presentavano atrofia lieve e 15 (53.57%) assenza di atrofia. In nessuna paziente è stata riscontrata atrofia moderata o severa al T2. La variazione della distribuzione delle pazienti nei gruppi di severità è risultata statisticamente significativa nel tempo (p<0.0001) (Tab. 2 e Fig.2).

Qualità della vita (SF-12)

La qualità della vita misurata mediante SF-12 è migliorata in modo statisticamente significativo nel tempo sia per quanto riguarda la componente fisica, che quella mentale. Il valore medio relativo alla componente fisica, pari a 37.6 ± 1.26 a T0, è aumentato a 43.2 ± 1.28 a T1 e a 51.6 ± 0.98 a T2 (p<0.0001). Risultati simili sono stati osservati per la componente mentale, il cui punteggio medio pari a 37.5 ± 1.36 a T0 è aumentato a 48.4 ± 1.37 a T1 e a 52.0 ± 1.17 dopo 8 settimane di trattamento (p<0.0001). In entrambi i casi il miglioramento è risultato significativo già dopo 4 settimane di trattamento (T1 vs T0: p<0.0001) con un ulteriore incremento al termine dello stesso (T2 vs T1: p<0.0001) (Fig.3).

Cambiamento percepito (PGIC)

Il 100% delle pazienti ha giudicato migliorato il proprio stato di salute al termine delle 8 settimane di trattamento. In particolare, 9 donne (30%) hanno dichiarato di considerare estremamente migliorato il proprio stato di salute, 18 (60%) hanno definito la propria salute molto migliorata, mentre solo 3 (10%) ha valutato il miglioramento ottenuto come minimo. Nessuna paziente ha dichiarato di percepire la propria salute peggiorata.

Sicurezza e tollerabilità

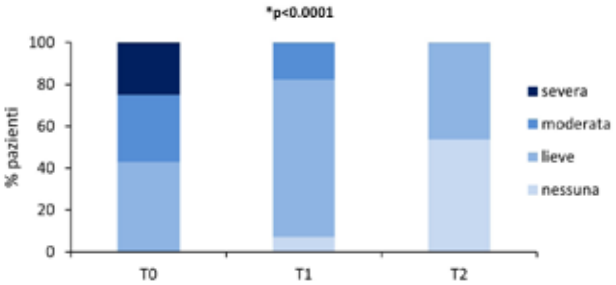
Il trattamento è risultato generalmente ben tollerato (solamente una paziente ha segnalato sanguinamento vaginale e una discomfort con perdite vaginali, entrambi risolti dopo temporanea sospensione del trattamento; una paziente ha lamentato la persistenza di dolore e secchezza vaginale). Nonostante questo tutte le pazienti hanno portato a termine la terapia.

DISCUSSIONE

L'atrofia vaginale rappresenta un grave problema nella pratica ginecologica essendo una condizione comune e sottostimata con un forte impatto negativo sulla qualità della vita delle donne che ne soffrono. I risultati ottenuti in questa indagine clinica, permettono di considerare l'Adelmidrol una valida alternativa nel trattamento dell'AV. Già dopo 4 settimane di utilizzo è stata infatti riscontrata una diminuzione significativa dell'intensità dei sintomi valutati (secchezza, prurito, bruciore, dolore e dispareunia) oltre ad una significativa variazione della gravità dell'atrofia in favore della sua completa risoluzione, o comunque del suo miglioramento ad uno stato di lieve gravità. L'AV è caratterizzata da sintomi che nelle prime fasi di ipoestrogenismo compaiono come lievi, diventando poi severi in seguito alla riduzione più drastica dei livelli di estrogeni[26] che, provocando l'assottigliamento dell'epitelio vaginale, aumentano la vulnerabilità alle infezioni e ai processi infiammatori. Prove crescenti supportano il ruolo dei mastociti nell'infiammazione neurogenica che causa dolore e prurito: i mastociti agiscono infatti rilasciando mediatori algogeni e pruritogeni, che avviano una comunicazione reciproca con nocicettori specifici sulle fibre nervose sensoriali. Come conseguenza, tali fibre rilasciano neuropeptidi infiammatori e vasoattivi, che a loro volta stimolano i mastociti in un meccanismo di feedback, promuovendo un circolo vizioso di attivazione di mastociti e nocicettori che porta ad infiammazione neurogenica e dolore/prurito[27]. Inoltre, dopo l'attivazione dei nocicettori e in particolare delle fibre C, si verifica un rapido stravaso plasmatico accompagnato da edema che contribuisce, in tempi più rapidi rispetto a quelli dell'infiltrazione delle cellule immunitarie, all'esacerbazione del dolore[28].

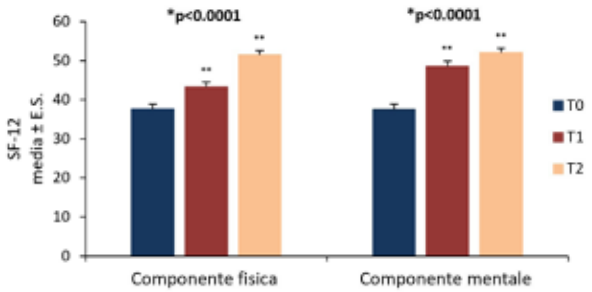
Come visto precedentemente, le proprietà antinfiammatorie di Adelmidrol sono correlate alla sua capacità di aumentare i livelli endogeni locali di PEA mediante "*effetto entourage*", consentendo il ripristino della normale reattività delle cellule mastocitarie e quindi il controllo del rilascio dei loro mediatori[29]. Studi clinici e sperimentali hanno dimostrato che il dolore cronico e viscerale può essere controllato modulando l'iperattivazione dei mastociti, agendo così indirettamente sull'attivazione delle fibre nocicettive di tipo C[30] che giocano un ruolo fondamentale nello sviluppo della sensibilizzazione pelvica. Osservazioni preliminari hanno dimostrato che la PEA co-mi cronizzata con polidatina (PEAPol) è efficace nel controllo del dolore pelvico cronico associato all'endometriosi in quanto tutte le pazienti trattate hanno sperimentato sollievo dal dolore e dalla dispareunia già dopo 1 mese dall'inizio della terapia[31]. L'efficacia di questa combinazione è stata confermata in uno studio clinico più ampio, controllato contro placebo, che

Fig. 2 Distribuzione delle pazienti nei gruppi di severità al basale, dopo 4 settimane e al termine del trattamento.



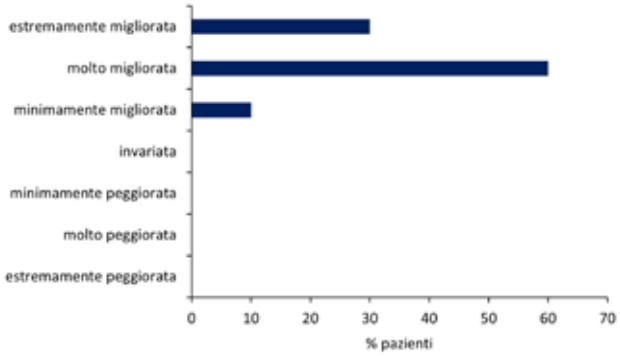
* Significatività nel tempo (test di Fisher).

Fig. 3 Variazione delle componenti fisica e mentale della qualità della vita al basale, dopo 4 settimane e al termine del trattamento, valutate mediante questionario SF-12.



E.S.: errore standard. * Significatività nel tempo (analisi GLMM); ** Significatività rispetto alla valutazione del tempo precedente (analisi post-hoc).

Fig. 4 Cambiamento dello stato di salute percepito dalle pazienti al termine del trattamento, secondo la scala di valutazione PGIC.



ha coinvolto 61 pazienti con dolore pelvico cronico correlato all'endometriosi[32]. PEAPol agisce sui sintomi dell'endometriosi indipendentemente dal sito della lesione, che generalmente influenza le caratteristiche del dolore associato alla patologia, con effetti evidenti già dopo 30 giorni e raggiungendo il massimo dell'effetto neuroprotettivo e antinocicettivo dopo 60 giorni[33]. La riduzione del dolore nell'area pelvica è stata dimostrata anche in seguito all'utilizzo topico intravaginale di Adelmidrol in un'indagine clinica che ha mostrato come tale sostanza sia in grado di controllare efficacemente il discomfort pelvico in termini sia di riduzione della dispareunia che della dismenorrea, grazie alla modulazione delle vie nocicettive viscerali, conseguente alla modulazione dei mastociti vaginali[30]. Queste evidenze, assieme all'attenuazione della sintomatologia riscontrata in questo studio, supportano l'efficacia delle aliamidi nel ridurre il rilascio di fattori neutrofici e pro-infiammatori responsabili del mantenimento dell'infiammazione neurogenica cronica[20].

Oltre al malessere fisico, l'atrofia vaginale è associata a disagi emotivi quotidiani e, nonostante la qualità della vita delle donne affette da tale disturbo diminuisca, il benessere emotivo è frequentemente trascurato e pochissime donne cercano assistenza medica a causa dell'inconsapevolezza del reale impatto dell'AV e della convinzione che i sintomi associati siano dovuti al normale processo di invecchiamento[26]. I risultati ottenuti in questo studio clinico mostrano come il miglioramento della sintomatologia e della gravità dell'atrofia in seguito al trattamento con Adelmidrol comporti anche un miglioramento della qualità della vita e dello stato di salute percepito dalle pazienti.

CONCLUSIONI

Seppur limitato dal disegno osservazionale in aperto, senza gruppo controllo, questo studio riporta gli effetti benefici di Adelmidrol nell'attenuazione dei sintomi correlati all'atrofia vaginale e incoraggia il suo utilizzo non solo nel trattamento di questo disturbo, ma anche in tutte quelle patologie vulvovaginali caratterizzate da una simile sintomatologia.

BIBLIOGRAFIA

1. Sinha A, Ewies AAA. Non-hormonal topical treatment of vulvovaginal atrophy: An up-to-date overview. *Climacteric* 2013; 16 (3): 305-312.
2. Weber MA, Limpens J, Roovers JPWR. Assessment of vaginal atrophy: a review. *Int Urogynecol J* 2015; 26 (1): 15-28.
3. Mac Bride MB, Rhodes DJ, Shuster LT. Vulvovaginal atrophy. *Mayo Clin Proc* 2010; 85 (1): 87-94.
4. Castelo-Branco C, Rostro F. Treatment of atrophic vaginitis. *Therapy* 2007; 4 (3): 349-353.
5. Benini V, Ruffolo AF, Casiraghi A, et al. New Innovations for the Treatment of Vulvovaginal Atrophy: An Up-to-Date Review. *Medicina (Lithuania)* 2022; 58 (6).
6. Shen J, Song N, Williams CJ, et al. Effects of low dose estrogen therapy on the vaginal microbiomes of women with atrophic vaginitis. *Sci Rep* 2016; 6.
7. Ibe C, Simon JA. Vulvovaginal Atrophy: Current and Future Therapies. *J Sex Med* 2010; 7: 1042-1050.
8. Naumova I, Castelo-Branco C. Current treatment options for postmenopausal vaginal atrophy. *Int J Womens Health* 2018; 10: 387-395.
9. Ruan X, O Mueck A. Hormonal treatment of vulvar vaginal atrophy (VVA): Are there options to reduce or avoid systemic adverse effects and risks? *Clin Res Trials* 2018; 4 (6).
10. Wańczyk-Baszak J, Woźniak S, Milejski B, et al. Genitourinary syndrome of menopause treatment using lasers and temperature-controlled radiofrequency. *Przeglad Menopauzalny* 2018; 17 (4): 180-184.
11. Wasiela M, Brzezińska-Błaszczyk E. The influence of anaerobic bacteria and mycoplasma isolated from the genital tract on mast cell activation. *Med Dosw Mikrobiol* 2000; 52 (4): 389-396.
12. Mukai K, Tsai M, Saito H, et al. Mast cells as sources of cytokines, chemokines, and growth factors. *Immunol Rev* 2018; 282 (1): 121-150.
13. Petrosino S, Puigdemont A, della Valle MF, et al. Adelmidrol increases the endogenous concentrations of palmitoylethanolamide in canine keratinocytes and down-regulates an inflammatory reaction in an in vitro model of contact allergic dermatitis. *Veterinary Journal* 2016; 207: 85-91.
14. Cerrato S, Brazis P, della Valle MF, et al. Inhibitory effect of topical Adelmidrol on antigen-induced skin wheal and mast cell behavior in a canine model of allergic dermatitis. *BMC Vet Res* 2012; 8.
15. Krystel-Whittemore M, Dileepan KN, Wood JG. Mast cell: A multi-functional master cell. *Front Immunol* 2016; 6.
16. Gilfillan AM, Austin SJ, Metcalfe DD. Mast cell biology: Introduction and overview. *Adv Exp Med Biol* 2011; 716: 2-12.
17. Pulvirenti N, Nasca MR, Micali G. Topical adelmidrol 2% emulsion, a novel aliamide, in the treatment of mild atopic dermatitis in pediatric subjects: a pilot study. *Acta Dermatovenerol Croat* 2007; 15 (2): 80-83.
18. Impellizzeri D, Di Paola R, Cordaro M, et al. Adelmidrol, a palmitoylethanolamide analogue, as a new pharmacological treatment for the management of acute and chronic inflammation. *Biochem Pharmacol* 2016; 119: 27-41.
19. De Filippis D, D'Amico A, Cinelli MP, et al. Adelmidrol, a palmitoylethanolamide analogue, reduces chronic inflammation in a carrageenin-granuloma model in rats. *J Cell Mol Med* 2009;13 (6): 1086-1095.
20. Dionisi B, Senatori R. Aliamides in the treatment of vulvodynia. *Giorn It Ost Gin* 2015; XXXVII (3): 121-126.
21. Stocco E, Schievano C, Dodi G. Il dolore pelvico cronico: studio preliminare con PEA-m + polidatina nei pazienti afferenti ad un ambulatorio di prctologia/pavimento pelvico. *Pelviperineologia* 2014; 33: 34-38.
22. Haefeli M, Elfering A. Pain assessment. *Eur Spine J* 2006; 15 (SUPPL. 1): 17-24.
23. Soh SE, Morello R, Ayton D, et al. Measurement properties of the 12-item Short Form Health Survey version 2 in Australians with lung cancer: a Rasch analysis. *Health Qual Life Outcomes* 2021; 19 (1): 157.
24. Rampakakis E, Ste-Marie PA, Sampalis JS, et al. Real-life assessment of the validity of patient global impression of change in fibromyalgia. *RMD Open* 2015; 1 (1): 1-6.
25. Lewis EF, Coles TM, Lewis S, et al. Development, psychometric evaluation, and initial feasibility assessment of a symptom tracker for use by patients with heart failure (HFaST). *J Patient Rep Outcomes* 2019; 3 (1): 26.
26. Nappi RE, Di Carlo C, Becorpi AM, et al. The effect of vulvovaginal atrophy on women's quality of life from an Italian cohort of the EVES study. *J Obstet Gynaecol (Lahore)* 2020; 40 (4): 512-519.
27. Gupta K, Harvima IT. Mast cell-neural interactions contribute to pain and itch. *Immunol Rev* 2018; 282 (1): 168-187.
28. Matsuda M, Huh Y, Ji RR. Roles of inflammation, neurogenic inflammation, and neuroinflammation in pain. *J Anesth* 2019; 33 (1): 131-139.
29. D'amico R, Impellizzeri D, Cuzzocrea S, et al. Aliamides update: Palmitoylethanolamide and its formulations on management of peripheral neuropathic pain. *Int J Mol Sci* 2020; 21 (15): 1-27.
30. Indraccolo U, Scutiero G, Matteo M, et al. Effectiveness of vaginal adelmidrol for treating pelvic visceral discomforts and anxiety: a prospective observational study. *Minerva Ginecol* 2013; 65 (4): 465-470.
31. Indraccolo U, Barbieri F. Effect of palmitoylethanolamide-polydatin combination on chronic pelvic pain associated with endometriosis: Preliminary observations. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2010; 150 (1): 76-79.
32. Cobellis L, Castaldi MA, Giordano V, et al. Effectiveness of the association micronized N-Palmitoylethanolamine (PEA)-transpolydatin in the treatment of chronic pelvic pain related to endometriosis after laparoscopic assessment: A pilot study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2011; 158 (1): 82-86.
33. Giugliano E, Cagnazzo E, Soave I, et al. The adjuvant use of N-palmitoylethanolamine and transpolydatin in the treatment of endometriotic pain. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2013; 168 (2): 209-213.

DICHIARAZIONE

Questa indagine clinica non è stata supportata da alcun finanziamento e non ha comportato per gli autori alcun conflitto di interesse.

Gli autori ringraziano Epitech Group SpA per aver fornito gratuitamente il prodotto, la Dott.ssa Klea Kondakciu e la Dott.ssa Odeta Mersini per il gentile supporto organizzativo.

Corrispondenza
Anisa Ajdini
anisaajdin@gmail.com

Articolo originale

Ruolo di eventi stressanti, psicodiagnosi e difese immunitarie nelle fistole e ascessi anali

MARIO PESCATORI

Unità di Proctologia di Roma, Clinica Parioli e di Vallo della Lucania (Sa), Clinica Cobellis

Riassunto: Introduzione È noto che lo stress psicologico riduce le difese immunitarie e modula la risposta infiammatoria. Scopo del lavoro è stato quello di valutare se vi fossero differenze nel numero di eventi stressanti e nel pattern psicologico dei pazienti con sepsi anale rispetto agli altri. *Pazienti e metodi* Gli eventi stressanti sono stati registrati in 73 pazienti con fistole e /o ascessi anali, in 73 pazienti con emorroidi e in un gruppo di controllo di 37 volontari senza patologie. Abbiamo eseguito i test dell'ansia (STAI), della scala di depressione e tre test grafici reattivi (RGT). *Risultati* l' 83% dei pazienti con sepsi anale hanno riferito eventi stressanti prima dell'insorgere della malattia, contro il 22% con emorroidi (P= 0.01). Su 37 pazienti con fistola anale seguiti per 28 mesi dopo l'intervento chirurgico, 6, pari al 21.6%, hanno avuto una recidiva o una persistenza della sepsi. Non c'è stata nessuna differenza nei test dell'ansia, della depressione e grafici reattivi tra i pazienti guariti e quelli con recidiva o persistenza della malattia. *Conclusione* Il campione è troppo ridotto e solo i parametri psicologici sono stati valutati, per cui è necessario uno studio prospettico comparativo su un maggior numero di pazienti con o senza recidiva o persistenza della malattia, che esamini i sintomi,i segni e gli esami di laboratorio atti a svelare un deficit immunitario. Tuttavia dallo studio eseguito si può concludere che uno stato emozionale alterato ha un ruolo importante nella patogenesi della sepsi anale. La conoscenza di diagnosi, prevenzione e terapia del deficit psicologico e immunitario nei pazienti con sepsi anale è un'arma indispensabile a disposizione del chirurgo.

Parole chiave: Fistole e ascessi anali; Eventi stressanti; Psicodiagnosi; Depressione; Ansia; Immunità

Role of stressful events, psychological pattern and imune response in patients with anal fistulae and abscesses

Abstract: *Introduction* Psychological stress is known to affect the immunological system and the inflammatory response. The aim of the present study is to evaluate the occurrence of stressful events and the immunological pattern in patients with anal fistulae and/or abscesses compared with those with hemorrhoids and normal volunteers. *Patients and methods* 73 patients with anal fistulae, 73 with hemorrhoids and 37 psychologically normal volunteers were compared, performing anxiety and depression evaluation using psychological questionnaires (STAI) and reactive graphic tests (RGT). *Results* 83% of patients with anal sepsis had a stressful event prior to the onset of the disease, compared with 22% in patients with hemorrhoids(P= 0.01). Of 37 fistula patients followed up for 28 months after surgery, 8 or 21.6% had persistent or recurrent sepsis. There was no significant difference in depression, anxiety (STAI) and RGT scores between patients with recurrent/persistent sepsis and those whose fistula and surgical wounds healed. *Conclusion* An altered emotional state plays an important role in the pathogenesis of anal fistulae and underline the importance of a psychological screening in patients with anorectal disorders. However, the series of fistula patients is too small to draw any conclusive remark on the role of stress on recurrence of anal sepsis. Therefore a further prospective comparative study is needed to evaluate both psychological and immunological pattern in a larger series of patients with pelvic sepsis, searching for predictive factors of the outcome of surgery..

Keywords: Anal fistula and abscess; Stressful events; Psychological evaluation; Immunologic defenses

INTRODUZIONE

È noto da decenni che lo stress abbassa le difese immunitarie e favorisce l'insorgenza di svariate patologie. Su questo si possono fare due esempi. Durante la seconda guerra mondiale la cittadina inglese di Coventry fu la più bombardata di tutta l'Inghilterra, perché i tedeschi sapevano che lì si trovavano i principali depositi e fabbriche di armi di tutto il Paese. La conseguenza sugli abitanti, molto stressati da tale evento, fu che proprio a Coventry, a breve distanza, si verificò la maggiore incidenza di casi di rettocolite ulcerosa di tutta la Gran Bretagna. Un altro esempio, questa volta sugli animali da esperimento: chiudendo dei ratti in una *gabbia di Skinner*, provvista di numerosi ostacoli al transito e alla pacifica convivenza, si è trovato che molti di essi "si ammalavano", come gli "umani" inglesi, di rettocolite ulcerosa. Per semplificare ciò che avveniva, sia nelle persone che negli animali si verificava, a causa dello stress, una "rottura" della membrana di citochine messa a protezione della mucosa del grosso intestino e, attraverso i "varchi" che ne derivavano, i germi patogeni "entravano" dal lume nei tessuti profondi e provocavano le ulcere della malattia.

Consideriamo ora l'anoretto. Quando le difese immunitarie si abbassano, come avviene dopo uno stress, i germi patogeni delle feci, "attaccano e invadono" con maggiore facilità le ghiandole anali, attraversando i loro colletti, che dalla ghiandola sono deputati a trasferire il muco nel lume del canale anale in modo da "lubrificare" le feci e facilitarne l'espulsione. In un soggetto normale, le difese immunitarie riescono a "tamponare l'attacco" dei germi, ma se gli anticorpi e tutti gli altri fattori di difesa sono ridotti dallo stress, accade che i batteri infettano le ghiandole e si verifica così quello che il chirurgo inglese Alan Parks indicava come il *primum movens* della sepsi anale e cioè l'ascesso intersfinterico. Da questo poi si dirama la sepsi per formare fistole, trans-sfinteriche o inter-sfinteriche e poi altri ascessi, più in alto, nello spazio pelvi-rettale o più in basso, nella regione perianale. Esiste anche una via ematogena, ma questa sopra esposta è la più frequente patogenesi della sepsi anale. La terapia chirurgica varia in genere con tipo ed estensione di sepsi anale[1].

Ebbene, per tornare al titolo di questo articolo, oltre dieci anni fa ci siamo posti la domanda: " Se lo stress (come era noto da decenni) riduce le difese immunitarie, è possibile che il *pattern* psicologico del paziente, sul quale lo stress provoca alterazioni, abbia un ruolo nella patogenesi della sepsi anale? Ed è così che abbiamo concepito, realizzato e pubblicato uno studio prospettico comparativo[2].

Questo articolo riferisce e analizza criticamente i risultati dello studio di cui sopra e riporta come è cambiato di conseguenza il nostro approccio diagnostico e terapeutico di fronte al paziente con sepsi anale, con particolare enfasi sulle difese immunitarie.

PAZIENTI E METODI

Lo studio in questione era stato effettuato su tre gruppi di soggetti: uno con fistole e/o ascessi anali, l'altro con emorroidi, l'altro ancora costituito da soggetti normali, ovvero esenti da patologie fisiche o psichiche. Lo riassumo brevemente e poi riporterò come è cambiato il nostro approccio ai pazienti con fistola e/o ascesso anale per meglio valutarli e curarli.

Erano stati studiati 73 pazienti con sepsi anale e due gruppi

di controllo, uno con emorroidi e uno con un pattern fisico e psicologico di assoluta normalità. Lo scopo dell'indagine era di valutare lo stato psichico dei pazienti e trarre da questo dati per meglio comprendere la patogenesi e, se possibile, migliorare l'approccio diagnostico e terapeutico. E, anticipo la conclusione, alla fine abbiamo realizzato entrambi gli scopi. Ovvero, adesso studiamo e si curiamo i pazienti con sepsi anale in maniera diversa rispetto a qualche anno fa.
A ognuno di questi 73 pazienti con fistole, come pure a 73 pazienti con emorroidi fu domandato se, nei mesi prima dell'insorgere della malattia, avessero avuto degli eventi stressanti. L'83% dei pazienti con fistole risposero di sì, solo il 22% di quelli con emorroidi risposero di sì. Differenza statisticamente significativa (P= 0.01). A questo punto però occorrevano dati più precisi, dati oggettivi, numerici, sull'ansia e sulla depressione di questi pazienti. E così la nostra psicologa valutò, con i questionari X-Stai 1 e X-Stai 2 l'ansia di tratto (quella con cui "si nasce") e l'ansia di stato (quella che viene quando uno sa che è malato di qualcosa). Oltre ad altri test grafico-reattivi, tra cui il classico Roschach. Nei casi complessi fu usato anche il lungo questionario del Minnesota. Infine ai pazienti venne chiesto di rispondere ai questionari sulla depressione.
Una parte di questi pazienti (solo quelli con sepsi anale in cui, parlando col paziente, si sospettava una *componente psicosomatica*) erano sottoposti a un test (grafico reattivo) che i lettori di questo articolo potranno facilmente utilizzare (3). Il test è molto semplice e rapido. Si dà al (alla) paziente un foglio bianco A4 orientato in senso orizzontale. Poi gli si dà una penna o una matita e gli(o le*)* si chiede di disegnare la sua famiglia. Solo un(a) paziente su cento rifiuta di fare il test, il che significa che di sicuro ha problemi psichici e deve essere visto(a) da uno specialista (cosa che in genere non farà, perché non convinto o perché "teme" i risultati di una esplorazione del suo inconscio…). Dopo pochi minuti il disegno torna nelle vostre mani e ne potrete valutare i seguenti parametri (per brevità ne sono elencati due, chi vuole consulti l'articolo prima citato). Il (o la) paziente si è messo(a) nel disegno? Se sì, bene. Se no, male. Perde un punto e da uno *score* di 10 scende a 9. Il (la) paziente ha disegnato figure che non abitano in casa sua con la sua famiglia (ad esempio i nonni = *famiglia allargata*)? Se sì, perde un altro punto. Se, alla fine del test, lo *score* sarà 7 o meno di 7 è opportuno che il (la) paziente faccia una *psicodiagnosi* da uno specialista. Nello studio citato[3] non è stata fatta nessuna valutazione delle difese immunitarie, né somministrati farmaci per aumentarle.

RISULTATI

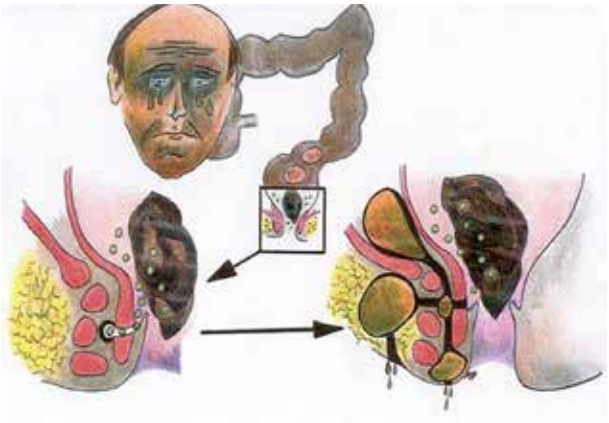
Innanzitutto abbiamo avuto una buona *compliance*, ovvero i pazienti si sono sottoposti senza opposizioni a una valutazione psicologica. Il risultato dei test psicometrici è stato diverso nei pazienti con sepsi anale, i quali hanno mostrato livelli di ansia e/o depressione significativamente più alti di quelli con le emorroidi. Quindi la maggior frequenza di eventi stressanti pre-malattia che si era trovata nei pazienti con fistola (con una semplice domanda del chirurgo esaminatore) ha avuto una conferma obiettiva dalla psicodiagnosi eseguita con gli opportuni test (effettuati invece da una psicologa). Anche i test hanno dimostrato infatti una differenza significativa tra i soggetti con le due diagnosi. Così come gli eventi stressanti pre-malattia erano significativamente più frequenti nei soggetti con sepsi (83% vs. 22% in caso di emorroidi, come anticipato nella sezione *Metodi)* così i vari test per l'ansia, la depressione ecc, hanno confermato differenze significative a sfavore dei pazienti con fistola. Per i dettagli si rimanda all'articolo citato[2].
A questo punto sorse, "consequenziale", un quesito. Se lo stress, la depressione, l'ansia e le varie manifestazioni psico-patologiche (probabile antecedenti a un deficit immunitario) erano più frequenti nel gruppo delle fistole e dunque avevano un ruolo (si presume importante) nella patogenesi della malattia, ebbene, era lecito chiedersi se i pazienti operati e in cui la sepsi era *recidivata* avessero, rispetto a quelli guariti, un *pattern* psicologico alterato che, deprimendo le loro difese immunitarie, aveva consentito alla malattia di colpirli nuovamente.
E dunque abbiamo studiato lo *psico-pattern* sia nei guariti che nei recidivi. Ma questa volta non abbiamo trovato differenze statisticamente significative. C'è da aggiungere una cosa però. Solo una parte degli operati, 37, *non tutti quindi,* sono stati seguiti per 28 mesi dopo l'intervento, ovvero oltre due anni. Ebbene, i pazienti con recidiva della sepsi anale erano *otto,* pari al 21.6%. Abbiamo allora ripetuto i test psicologici, sia in questi *otto* che negli altri 29 guariti. Ma questa volta non abbiamo osservato nessuna differenza. All'inizio della *Discussione* che seguirà, questo dato sarà sottoposto a commento.

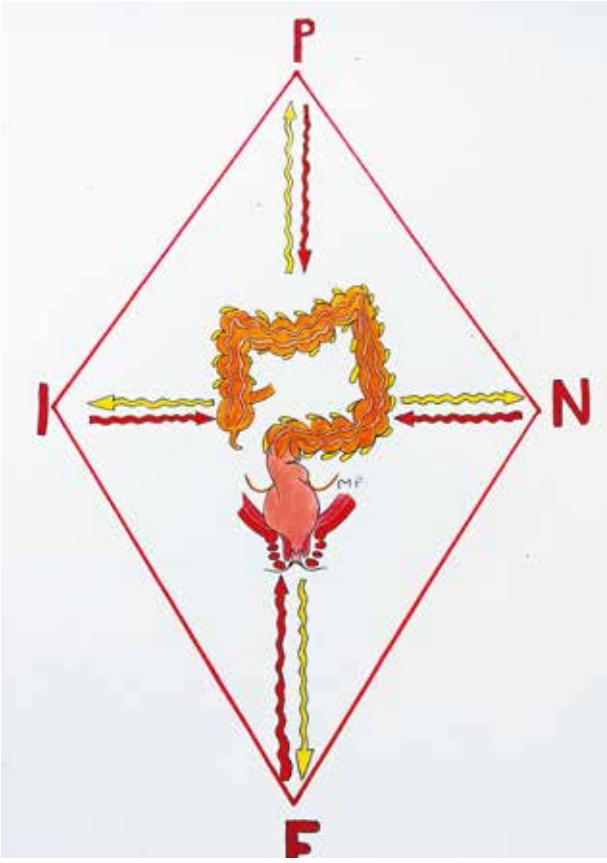
DISCUSSIONE

Questa sessione è divisa in due parti. Nella **prima** saranno commentati i risultati della ricerca clinica di cui si è scritto finora[2]. Nella **seconda** invece saranno esposte le prospettive che quello studio ci ha aperto e i metodi che si dovranno adottare per portare a termine lo studio che ci siamo proposti. Che è poi la prosecuzione, molto più dettagliata clinicamente, dello studio precedente[2].

PRIMA PARTE

Sapere che, nella grande maggioranza dei pazienti con sepsi anale, alla base della patologia ci sono dei fattori *psicologici* (gli eventi stressanti) e *immunitari* (sappiamo dalla letteratura, da decenni, che lo stress riduce le difese immunitarie) ci spinge a valorizzare l'approccio PNEI-olistico in colon proctologia[3]. Il sistema PNEI non è forse ben conosciuto dai chirurghi, i quali, se vedono e toccano una lesione anorettale, in genere su questa soltanto si concentrano, magari studiandola in maniera approfondita, con visita, endoscopia, manometria, ecografia, defecografia, risonanza magnetica e così via. Ma comunque senza considerare che mente e corpo sono un tutt'uno e che quindi si dovrebbe invece praticare un *approccio olistico*, esplorare cioè anche la mente, la psiche, il cervello del paziente. Sia dal punto di vista organico che funzionale. In un brillante studio pubblicato anni fa[5], un gruppo di chirurghi e radiologi dell'Università tedesca di Erlangen sottoposero un gruppo di volontari a stimoli *tattili, termici* e *dolorifici*, applicati all'ano e alla cute dell'addome nel dermatomo corrispondente al retto, durante l'esecuzione di una RMN dinamica. Ebbene, a seconda della sede e dell'intensità dello stimolo, nel cervello *si accendevano* in modo molto chiaro delle aree diverse, come il giro cingolato, l'insula e il talamo. Il *cervello* dunque, ossia la mente, va esplorato anche se la lesione del paziente è in un'area del corpo molto lontana. "*La fistola che piange"* si può chiamare la Figura 1, per ricordare che lo stress, la sofferenza psicologica del paziente apre la porta all'aggressione dei batteri, che causano poi la fistola e/o l'ascesso anale.





I pazienti con sepsi anale sono solo uno dei tanti esempi che si possono fare per confermare quanto appena detto. Ma non basta. Come dimostrato dalla nostra ricerca sulle fistole anali (2), non solo la mente, *la psiche* (= eventi stressanti), influisce sulla lesione proctologica, ma anche *il sistema immunitario* (= ridotte difese contro l'aggressione alle ghiandole anali da parte dei germi patogeni).
"P" di psiche e "I" di immunità dunque. Ed eccoci alla PNEI (P= psiche N= nervi, E= sistema endocrino, I = sistema immunitario). P, N, E e I sono i vertici di un rombo, al centro del quale è posizionato il grosso intestino e il pavimento pelvico, come nella Figura 2. Ogni organo, ogni apparato, ogni patologia del paziente, il medico-chirurgo dovrebbe immaginarla inscritta in questo rombo, nel quale i quattro grandi sistemi P, N. E, I regolano, comandano, controllano il singolo organo o apparato e (questo è ancora più rimarchevole) ne vengono a loro volta controllati, con un meccanismo di *feed-back,* simile a quello di un *sistema cibernetico.* Solo agendo sulla causa si può guarire il paziente. E spesso la causa va cercata lontano dall'organo che si ammala. Se noi ci limitiamo a *riparare* l'organo malato, è probabile se non sicuro che uno dei quattro *vertici,* patologico anch'esso, ma non curato, provochi una recidiva della malattia.
Si commenta ora la seconda parte del nostro articolo 2015 sulle fistole anali, quello che ha *innescato* una serie di curiosità e studi supplementari. I pazienti con recidiva della sepsi anale hanno più problemi psicologici di quelli che invece l'intervento chirurgico ha guarito? Stando a quel che riporta l'ultima parte del nostro pregresso studio pare di NO. Ovvero lo stress, il calo delle difese immunitario *non predisporrebbe* il paziente a una recidiva. Ma non credo sia un NO definitivo, il che ci spinge a continuare il nostro studio. Non lo credo per tre buoni motivi: a) il campione, il numero dei pazienti con o senza recidiva, è troppo piccolo (8 *vs.* 29) per fare una *solida* valutazione statistica b) il termine *recidiva* di una fistola è corretto solo se la sepsi si ripresenta dopo della cicatrizzazione della ferita e entro un anno dall'intervento[6], e soprattutto c) per valutare in modo corretto un eventuale deficit immunitario potenziale causa di recidiva o di nuova fistola, occorre uno *screening immunitario*, clinico e di laboratorio, ben dettagliato. Ed è proprio questo che abbiamo cominciato a fare e che sarà oggetto di quanto leggerete nella seconda parte.
Si tratta di gestire per il paziente un *iter* non facile, impegnativo non solo per lui, ma anche per il chirurgo che lo ha operato, il quale deve apprendere e "digerire" una serie di nozioni relativamente nuove. Ovvero quelle riguardanti la risposta immunitaria, un sistema complesso che, in apparenza, va al di là delle sue competenze.Ma, con questa fase nuova della patogenesi della sepsi anale, non è più così.
Ci conforta e ci spinge ad approfondire la conoscenza sul *pattern* immunitario e sulle sue variazioni un articolo molto recente. Uno studio italiano, il primo che ha indagato sugli agenti della risposta immunitaria a livello dei tessuti patologici di fistole operate, confrontando quanto trovato con tessuti normali dello stesso paziente. Nel microambiente della ferita dei pazienti operati per fistola anale c'è una combinazione di *citochine infiammatorie, citochine e fattori dell'accrescimento* ed è stata osservata una importante prevalenza delle *cellule Tc 17* e una riduzione del rapporto *M1/M2,* il che suggerisce nuove prospettive nella caratterizzazione immunologica dei pazienti con fistola anale[7].

SECONDA PARTE

Per valutare correttamente il *pattern* immunitario dei nostri pazienti, li sottoponiamo ora a una serie di osservazioni cliniche e di laboratorio, mentre, per il loro assetto psicologico, ci limitiamo al *test del disegno della famiglia*, seguito, se lo *score* è 7 o meno, dalla *psicodiagnosi* di una delle nostre due psicologhe. Le psicologhe, spesso due e ovviamente non le stesse, ci affiancano dal 1975. E abbiamo anche uno *psichiatra* di riferimento. D'altra parte, la patologia che vediamo più di frequente, oltre alle fistole, è *l'ostruita defecazione*, che, sono dati della Mayo Clinic, nel 65% dei casi è accompagnata da ansia e/o depressione, che, se non curati, sono fattori predittivi di *fallimento* della terapia chirurgica[8]. Pensando al rombo PNEI, oltre al vertice P, *psiche*, dobbiamo valutare il vertice I, *sistema immunitario.* I sintomi di una depressione immunitaria sono: astenia, eruzioni cutanee, caduta dei capelli, fragilità delle unghie, febbricola, dolori muscolari e scheletrici, cefalea. Gli esami di laboratorio utili sono indicati nella Tabella 1.
Come è possibile "rinforzare" le difese immunitarie di un paziente operato per fistola anale e che ha un deficit immunitario valutabile clinicamente o con esami ematochimici come sopra indicato? *Stile di vita e alimenti:* dormire a sufficienza., astenersi dall'alcool, mangiare molta verdura e frutta, in particolare frutta secca, carne poco cotta, aceto di mele, ribes nero.

TABELLA 1. Esami ematochimici per la valutazione dello stato immunitario del paziente. Il test delle difese immunitarie ci indica il grado di adattamento delle difese immunitarie = immunità forte o debole

Conta dei leucociti,in particolare dei linfociti e dosaggio della PCR
Anticorpi IgA, IgM (che, in caso di lesione, entrano in azione subito) IgG, IgD, IgE (che entrano in azione in un secondo tempo e rimangono "sul campo")
Tipizzazione linfocitaria e valutazione delle sotto-popolazioni linfocitarie TCD4, TCD5, CD8, BCD19, NK2 o natural killer, NK3, Th 22 (in laboratorio o con Cerascreen, v. Internet, che valuta 5 diversi tipi di linfociti)
Dosaggio di vitamine C e D, cortisolo, interferone K, interleukina 6, Mg, Zn, Fe

Farmaci o integratori: Supradyn difese compresse, vitamine B6, B12; Vitamina D e Zinco (che sono antiossidanti). Echinacea, propoli, Linfoflu flaconcini,Immunogen R-IDI, Resvir forte XR, Biofutura bustine, Betotal Advance B12 flaconcini, Selenio, Omega 3, Probiotici, Immunomix-Immunocomplex capsule. Tenendo conto che non si deve prescrivere *tutto questo*, ma occorre controllare. Ad esempio l'Immunocomplex contiene echinacea. L'echinacea si può anche prendere in gocce in erboristeria. Il tutto somministrato in cicli di due mesi (due mesi sì e due mesi no) fino allo scadere del primo anno dopo l'intervento. Poi ci si regola in base agli esami.

CONCLUSIONE

I pazienti operati per fistole e/o ascessi anali devono ridurre lo *stress* o prevenirlo finchè è possibile. Se necessario, per sostenere i soggetti più a rischio di *stress*, per rilassarli, si può anche consigliare un supporto psicologico semplicemente con degli esercizi di rilasciamento. Come l'*Immaginario guidato (IG) ,* per la prima volta suggerito come mezzo per ridurre le complicanze in chirurgia colo-rettale dal gruppo di Victor Fazio alla Cleveland Clinic, Ohio, USA e poi da noi impiegato per migliorare il postoperatorio dei pazienti proctologici[10]. Inoltre usiamo l'IG nel nostro centro per lo psico-eco-biofeed-back nei casi di tensione psico-muscolare che è causa di stipsi da anismo[9]. Si tratta di un *mix* di musica *new age* e parole ipnotiche, da ascoltare diverse volte al giorno. È riportato nel nostro sito www.ucp-club.it. È anche opportuno che questi pazienti cerchino di valutare e rinforzare le loro *difese immunitarie,* nei modi indicati nell'ultima parte della *Discussione*. Ma il successo di un intervento non dipende soltanto dalla tecnica chirurgica che viene eseguita *e dal modo con cui viene eseguita, cioè correttamente,* ma anche da altri fattori, a parte quelli psicologici e immunitari prima riportati e discussi. Per esempio *il fumo.* Agli operati per sepsi anale bisogna raccomandare di non fumare. Il fumo riduce il flusso sanguigno alla mucosa rettale, ostacola quindi "l'arrivo e l'azione" degli anticorpi dove sarebbero necessari e provoca anche la deiscenza del *flap* di mucosa rettale che si *costruisce* dopo una fistulectomia alta[11]. Per finire, il consiglio conclusivo per i colleghi è di *praticare l'approccio PNEI-olistico.* In questi, come negli altri pazienti colon-proctologici.

BIBLIOGRAFIA

1. Pescatori M. Surgery for anal fistulae. The state of the art. Int J Colorect Dis 2021; 36: 2071-2079
2. Cioli M, Gagliardi G, Pescatori M. Psycological distress in patients with anal fistulae . Int J Colorect Dis 2015; 30; 1123-1129
3. Miliacca C, Gagliardi G, Pescatori M. The "draw-the-family" test in the preoperative assessment of patients with anorectal diseases: a prospective controlled study. Colorect Dis 2010;12: 792- 798
4. Pescatori M, Podzemny V, Pescatori LC, Dore MB, Bassotti G. The PNEI-holistic approach in coloproctology. Tech Coloproct 2015; 19: 269-273
5. Bittorf B, Ringler R, Forster C, Hohenberger W, Matzel KE. Cerebral representation of the anorectum using functional diagnostic resonance imaging. Br J Surg 2006; 93: 1251- 1257
6. Mitalas ME, Gosselink MP, Oom DMJ, Zimmerman DDE, Schouten WR. Required length of follow-up after transanal advancement flap repair of high trans-sphincteric fistulas. Colorectal Dis 2009; 11: 726- 728
7. Litta F, Papai A, Lucchetti D et al. The pathogenesis of cryptoglandular fistula. New insight into the immunological profile. Colorect Dis 2023; 24: 1567-75
8. Nehra V, Bruce BK, Rath-Harvey DM, Pemberton JH, Camilleri M. Psychological disorders in patient with evacuation disorders and constipation in a tertiary practice. Am J Gastroenterol 2000; 95: 1755- 1758
9. Renzi C, Peticca L, Pescatori M. The use of relaxation techniques in the peri-operative management of proctological patients. Int J Colorect Dis 2000; 15: 313-316
10. Del Popolo F, Cioli VM, Plevi T, Pescatori M. Psycho-echo-biofeedback: a novel tratment for anismus. Results of a controlled prospective study. Tech Coloproctol 2014; 18. 895-900
11. Zimmerman DD, Gosselink MP, Mitalas LE, et al. Smoking impairs rectal mucosal blood flow. A pilot study: possible implications for transanal advanced flap repair. Dis Colon Rectum 2005; 48: 1228-1232

Corrispondenza:
ucpclub@virgilio.it

Articolo originale

Prolasso degli organi pelvici e sessualità: studio sulla qualità della vita dopo intervento chirurgico di correzione del prolasso

IRENE PICCOLOTTI, SARA MONTORI, RUBY MARTINELLO, GIORGIO CREMONINI, PANTALEO GRECO

UO Ginecologia e Ostetricia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ferrara

Riassunto: Introduzione La sfera della sessualità è spesso gravemente inficiata nelle pazienti portatrici di prolasso degli organi pelvici. Scopo dell'articolo è indagare la qualità della vita sessuale delle pazienti prima e dopo l'intervento chirurgico. *Materiali e metodi* È stato condotto uno studio osservazionale di coorte su pazienti sottoposte a intervento chirurgico di sospensione laterale laparoscopica (LLS) e isterectomia per via vaginale con colpopessi uterosacrale (USLs). È stata indagata l'attività sessuale, la comparsa di dispareunia e il grado di soddisfazione nel rapporto col partner al tempo 0 e a 6-12-24 mesi postoperatori nei 2 gruppi. *Risultati* Sono state sottoposte a intervento chirurgico 195 pazienti portatrici di prolasso: 145 nel gruppo USLs e 41 nel gruppo LLS. Al tempo 0 erano sessualmente attive il 59% del gruppo LLS e il 32,5% del gruppo USLs. La dispareunia era sperimentata dal 60,9% delle pazienti LLS (I grado: 30,4%, II grado: 21,7%, III grado: 8,7%) e dall'80% delle pazienti USLs (I grado: 44%, II grado: 20%, III grado: 16%). 6 mesi dopo l'intervento chirurgico tra le pazienti sessualmente attive, nel gruppo LLS il 15,8% sperimentava dispareunia (tutte di I grado), che nel 10,5% era persistente mentre nel 5,3% de novo; nel gruppo USLs il 37,5% presentava dispareunia, nel 29% dei casi di I grado, nel l'8,3% dei casi di II grado; la dispareunia era persistente nel 16,7%, de novo nel 20,8%. 12 mesi post-intervento nel gruppo LLS la dispareunia era riscontrata nell' 11% delle pazienti attive (tutte di I grado e di tipo persistente); nel gruppo USLs la prevalenza di dispareunia era del 18,2% (I grado: 9,1%, II grado: 9,1%), di tipo persistente. Infine a 24 mesi post intervento, nel gruppo LLS nessuna lamentava dispareunia; nel gruppo USLs andate a controllo, 2 (il 40%) presentavano dispareunia (I grado: 20%, II grado: 20%), in 1 paziente de novo, nell'altra di tipo persistente. In risposta al questionario pre operatorio per l'item Relazione col partner, la mediana dei punteggi era di 25 nel gruppo LLS (35 pazienti) e di 33 nel gruppo USLs (70 pazienti). Ai successivi controlli a 6, 12 e 24 mesi la mediana dei punteggi è stata di 0 in entrambi i gruppi in tutti e tre i controlli temporali. *Conclusioni* Gli interventi chirurgici di sospensione laterale uterina per via laparoscopica e di isterectomia per via vaginale con colpopessi uterosacrale si sono dimostrati efficaci nel migliorare la sessualità riducendo la dispareunia e aumentando il grado di soddisfazione soggettivo della paziente nel rapporto col partner.

Parole chiave: Prolasso degli organi pelvici; Sessualità; Dispareunia; Qualità di vita; Sospensione laterale uterina laparoscopica; Isterectomia per via vaginale

Pelvic Organ Prolapse and sexuality: study on quality of life after prolapse correction surgery

Abstract: *Introduction* Psychological The sexuality is often seriously impaired in patients with pelvic organ prolapse. The aim of the article is to investigate the quality of sexual life of patients before and after surgery. *Materials and methods* An observational cohort study was conducted on patients undergoing laparoscopic lateral suspension surgery (LLS) and vaginal hysterectomy with uterosacral colpopexy (USLs). We investigated sexual activity, the appearance of dyspareunia and the degree of satisfaction in the relationship with the partner at time 0 and at 6-12-24 months after surgery in the 2 groups. *Results* 195 patients with prolapse underwent surgery: 145 in the USLs group and 41 in the LLS group. At time 0, 59% of the LLS group and 32.5% of the USLs group were sexually active. Dyspareunia was experienced by 60.9% of LLS patients (I degree: 30.4%, II degree: 21.7%, III degree: 8.7%) and 80% of USLs patients (I degree: 44 %, II degree: 20%, III degree: 16%). 6 months after surgery among the sexually active patients, 15.8% in the LLS group experienced dyspareunia (all grade I), which was persistent in 10.5% and de novo in 5.3%; in the USLs group 37.5% had dyspareunia, in 29% of cases of I degree, in 8.3% of cases of II degree; dyspareunia was persistent in 16.7%, de novo in 20.8%. 12 months postoperatively in the LLS group, dyspareunia was found in 11% of active patients (all grade I and persistent type); in the USLs group the prevalence of dyspareunia was 18.2% (I degree: 9.1%, II degree: 9.1%), in all cases persistent. Finally, 24 months postoperatively, none of the LLS group complained of dyspareunia; in the USLs group that went to control, 2 (40%) presented dyspareunia (I degree: 20%, II degree: 20%), in 1 patient de novo, in the other one persistent. In response to the preoperative questionnaire for the item Relationship with partner, the median scores were 25 in the LLS group (35 patients) and 33 in the USLs group (70 patients). At the subsequent controls at 6, 12 and 24 months the median scores were 0 in both groups in all three time controls. *Conclusions* Laparoscopic lateral uterine suspension surgery and vaginal hysterectomy with uterosacral colpopexy proved to be effective in improving sexuality by reducing dyspareunia and increasing the patient's subjective degree of satisfaction in the relationship with her partner.

Keywords: Pelvic organ prolapse; Sexuality; Dyspareunia; Quality of life; Laparoscopic lateral uterine suspension; Vaginal hysterectomy

INTRODUZIONE

Questo studio è volto a valutare l'effetto della terapia chirurgica del prolasso degli organi pelvici (POP) sulla qualità di vita delle pazienti, e in particolare, sulla sessualità.

Il POP è una condizione che compromette la qualità della vita delle pazienti in maniera rilevante, tanto che proprio la qualità di vita è considerata oggi un'indicazione alla chirurgia e un obiettivo terapeutico[1]. Tuttavia, in letteratura, sono ancora pochi gli studi riguardanti questo aspetto, e, anche quando citata, la qualità di vita è raramente misurata in maniera sistematica attraverso punteggi e quesionari[1].

La sfera sessuale, in particolare, è interessata in modo preminente; infatti, le donne con POP sintomatico hanno meno probabilità di impegnarsi in rapporti sessuali e maggiori probabilità di notare disfunzioni sessuali rispetto a donne asintomatiche[2,3]. Tali disfunzioni sembrano essere tanto più gravi quanto più alto è il grado del prolasso degli organi pelvici[4].

Se si conosce bene l'effetto del prolasso sulla sessualità, sono invece ancora limitati i dati riguardanti la sessualità in donne sottoposte a intervento chirurgico, e per lo più riguardanti l'intervento di isterectomia. Secondo alcuni studi il trattamento chirurgico può ridurre la disfunzione sessuale portano a un miglioramento della funzione sessuale in una percentuale che può raggiungere fino al 70% delle donne trattate[3,5]. D'altra parte, altri studi riportano come effetto avverso dell'intervento chirurgico la comparsa di disturbi sessuali postoperatori[6]. È lecito pensare che il miglioramento della sfera sessuale dopo intervento chirurgico sia attribuibile alla risoluzione dei sintomi che specificatamente sono associati alla disfunzione del pavimento pelvico, per esempio *bulging* o incontinenza urinaria[7]. Molti altri fattori influenzano però la sessualità, specie fattori psicologici come mancanza di desiderio, evitamento, distorsione dell'immagine corporea, e la dispareunia, per cui lo studio della sessualità necessita di un'analisi complessa. Per quanto riguarda la dispareunia, per esempio, gli studi a disposizione in letteratura riportano la possibilità di dispareunia

de novo in una percentuale molto variabile di pazienti, a seconda del tipo di intervento chirurgico[8,9], evento che potrebbe influenzare il dato della disfunzione sessuale postoperatoria.
La complessità dell'argomento richiederebbe quindi una valutazione quantitativa, mediante l'utilizzo di questionari riproducibili, da effettuare in fase pre- e postoperatoria, in modo da offrire nuovi dati in letteratura sull'*outcome* dei vari interventi chirurgici a disposizione su una sfera così importante nella vita della donna.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale di coorte su un campione di pazienti portatrici di prolasso apicale degli organi pelvici sottoposte a intervento chirurgico presso l'Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia dell'Azienda ospedaliera di Ferrara.
Sono state arruolate pazienti afferenti al nostro ambulatorio del pavimento pelvico da Gennaio 2016 a Marzo 2020. Il campione è stato suddiviso in due gruppi:

- un gruppo è stato sottoposto a intervento chirurgico di sospensione laterale uterina laparoscopica (LLS);
- un gruppo è stato sottoposto ad isterectomia per via vaginale con contestuale colpopessi uterosacrale (USLs).

Le partecipanti allo studio sono state sottoposte a controlli preoperatori e postoperatori dopo 6, 12 e 24 mesi dall'intervento mediante:

- esame ginecologico vaginale per la valutazione dello stato di sospensione degli organi pelvici e l'evoluzione del prolasso tramite il Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q);
- questionario King's Health Questionnaire (KHQ) per la valutazione della qualità di vita delle pazienti correlata alle disfunzioni vescicali;
- intervista telefonica post-operatoria in cui le pazienti sono state sottoposte a due questionari valutativi: il Patient Satisfaction Score (PS), che misura il grado di soddisfazione della paziente, e il Patient Global Impression of Improvement, che misura la percezione della risposta al trattamento chirurgico.

La sfera sessuale è stata indagata al tempo 0 (tramite anamnesi effettuata al momento dell'arruolamento) e a 6, 12 e 24 mesi dall'intervento mediante i questionari. Al momento dell'arruolamento è stato chiesto alla paziente se fosse sessualmente attiva. Nelle pazienti attive è stata indagata la presenza di dispareunia, che è stata inoltre classificata in tre gradi (1,2,3). Le stesse variabili sono state indagate nei controlli post-operatori e, in caso di dispareunia questa è stata suddivisa in dispareunia persistente o de novo.

RISULTATI

Nel periodo di interesse sono state sottoposte a intervento chirurgico 195 pazienti portatrici di prolasso: 145 nel gruppo USLs e 41 nel gruppo LLS. Sono state successivamente escluse 76 pazienti (71 del gruppo USLs e 8 del gruppo LLS) per mancata partecipazione ai controlli ambulatoriali di follow up previsti. Delle 116 pazienti così confermate (77 USLs e 39 LLS), 12 pazienti del gruppo USLs e 3 pazienti del gruppo LLS sono state poi perse al controllo telefonico (5 per rifiuto e 10 per decesso o decadimento cognitivo).
La frequenza dei controlli postoperatori si è ridotta considerevolmente nel tempo in entrambi i gruppi, senza differenze significative tra di essi sia a 6 mesi (p=0.7) che a 12 mesi (p=0.6) che a 24 mesi (p=0.2).
L'età media della popolazione di studio è stata di 61,8 anni nel gruppo di pazienti sottoposte a LLS e di 66,4 anni nel gruppo delle pazienti sottoposte a USLs.
Tra le 116 pazienti oggetto di studio, 48 erano sessualmente attive al momento dell'arruolamento (41% del totale). Studiando la distribuzione delle donne attive nei due gruppi è emerso che esse rappresentavano il 59% (23 pazienti) del gruppo LLS e il 32,5% (25 pazienti) del gruppo USL (p=0,01) (Figura 1 e 2).
Per quanto riguarda la dispareunia nelle donne sessualmente attive, essa era sperimentata dal 60,9% (14 pazienti) delle pazienti LLS attive (39), così classificata: I grado: 30,4% (7 pazienti), II grado: 21,7% (5 pazienti), III grado: 8,7% (2 pazienti) (Figura 3).
Nel gruppo USLs sessualmente attive l'80% sperimentava dispareunia (20), così classificata: I grado: 44% (11), II grado: 20% (5), III grado: 16% (4) (Figura 4).

Figura 1. Il grafico mostra la prevalenza di donne sessualmente attive nel gruppo LLS al tempo 0

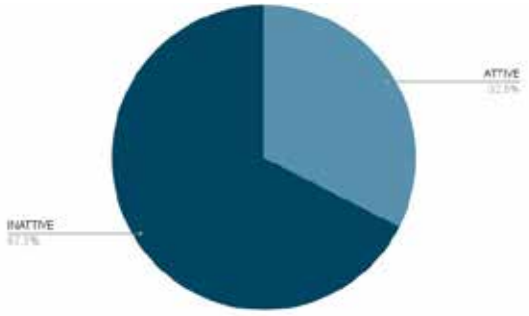


Figura 2. Il grafico mostra la prevalenza di donne sessualmente attive nel gruppo USLs al tempo 0

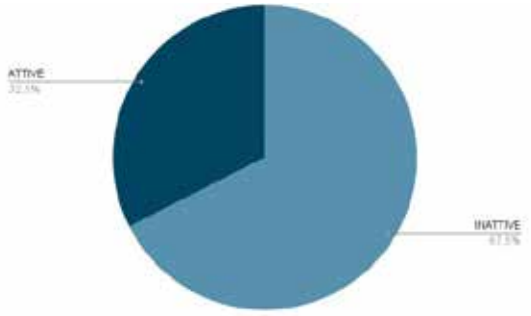


Figura 3. Il grafico mostra la prevalenza del sintomo dispareunia tra le pazienti sessualmente attive del gruppo LLS, suddivisa in 3 gradi di gravità, al tempo 0

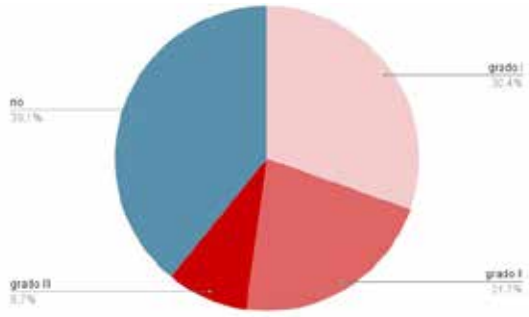
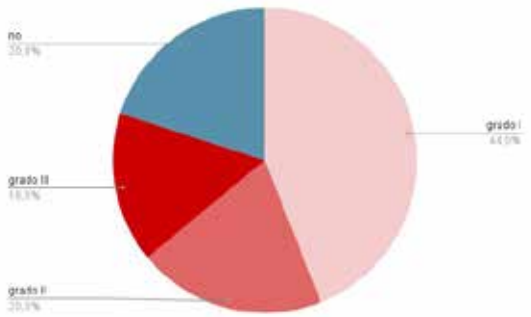


Figura 4. Il grafico mostra la prevalenza del sintomo dispareunia tra le pazienti sessualmente attive del gruppo USLs, suddivisa in 3 gradi di gravità, al tempo 0



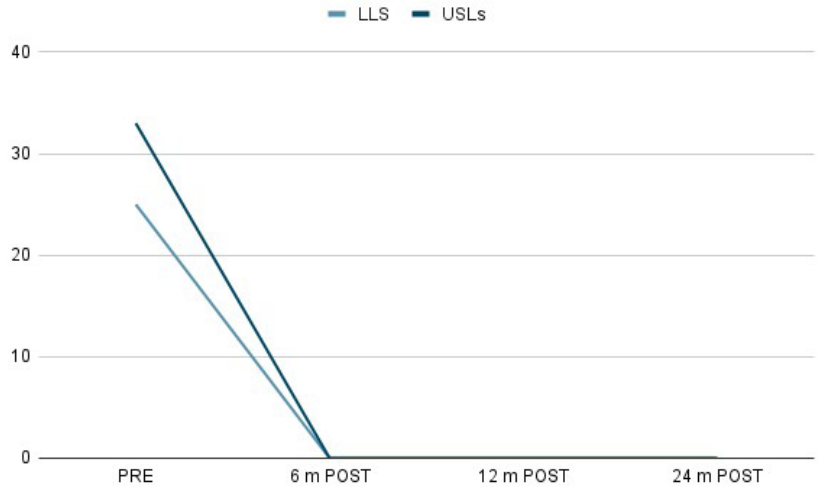


Figura 5. Il grafico mostra l'andamento del sintomo dispareunia, al tempo 0 e a 6-12-24 mesi dopo l'intervento, nei 2 gruppi.

Sei mesi dopo l'intervento chirurgico, nel gruppo LLS su 36 pazienti sottoposte a controllo 19 erano sessualmente attive (52,8%); tra di esse il 15,8% sperimentava dispareunia (3 pazienti), tutte di primo grado. Il sintomo era presente prima dell'intervento in 2 pazienti per cui la dispareunia è stata classificata come persistente (10,5% delle attive) e in 1 paziente era di nuova comparsa (5,3% delle attive). Nel gruppo USLs, tra le 69 pazienti sottoposte a controllo, il 34,8% erano sessualmente attive (24); tra di esse il 37,5% presentava dispareunia (9), nel 29% dei casi (7) di I grado, nel l'8,3% dei casi (2) di II grado. La dispareunia era persistente in 4 pazienti (16,7% delle attive), era invece de novo in 5 pazienti (20,8% delle attive).
A 12 mesi post-intervento il 60% (9) delle pazienti del gruppo LLS sottoposte a controllo (15) si dichiarava sessualmente attiva. Tra di esse, 1 sperimentava dispareunia di I grado (11%), che risultava essere persistente. Tra le pazienti del gruppo USLs sottoposte a controllo (34), il 32,4% erano sessualmente attive (11); tra di esse 2 pazienti sperimentavano dispareunia (18,2%), 1 di I grado (9,1%) e 1 di II grado (9,1%), in entrambi i casi classificata come persistente.
Infine, a 24 mesi dall'intervento, tra le pazienti del gruppo LLS andate a controllo (11), il 46,7% era sessualmente attiva (7) e nessuna lamentava dispareunia. Tra le pazienti del gruppo USLs andate a controllo (14) il 14,7% erano sessualmente attive (5); tra di esse 2 pazienti sperimentavano dispareunia (40%), in un caso di I grado (20%) e in un caso di II grado (20%), in 1 paziente de novo, nell'altra di tipo persistente (Figura 5).
La sfera della sessualità è stata studiata anche tramite il KHQ, in particolare tramite la valutazione della qualità della relazione con il partner; a valori più alti corrispondeva minor soddisfazione, a valori più bassi maggior qualità nel rapporto col partner.
In risposta al questionario preoperatorio per l'item "Relazione col partner", la mediana dei punteggi era di 25 nel gruppo LLS (35 pazienti) e di 33 nel gruppo USLs (70 pazienti).
Ai successivi controlli a 6, 12 e 24 mesi la mediana dei punteggi è stata di 0 in entrambi i gruppi in tutti e tre i controlli temporali. Escludendo i punteggi espressi dalle pazienti che non hanno eseguito il follow up sono state analizzati i cambiamenti nelle mediane tra il tempo preoperatorio e a 6 mesi, tra il tempo preoperatorio e a 12 mesi e tra il tempo preoperatorio e a 12 mesi, per entrambi i gruppi.
Per il gruppo LLS sono riscontrate tali modifiche nella mediana dei punteggi sulla qualità della relazione con il partner (Figura 6):
- mediana punteggio relazione con il partner preoperatorio e a 6 mesi (32 pazienti): 17- 0 (p= 0,0005)
- mediana punteggio relazione con il partner preoperatorio e a 12 mesi (13 pazienti): 33 - 0 (p= 0,1)
- mediana punteggio relazione con il partner preoperatorio e a 24 mesi (10 pazienti): 33 - 0 (p= 0,1)

Nel gruppo USLs:
- mediana punteggio relazione con il partner preoperatorio e a 6 mesi (32 pazienti): 33- 0 (p= 0,01)
- mediana punteggio relazione con il partner preoperatorio e a 12 mesi (13 pazienti): 33 - 0 (p= 0,01)
- mediana punteggio relazione con il partner preoperatorio e a 24 mesi (10 pazienti): 67 - 0 (p=nn)

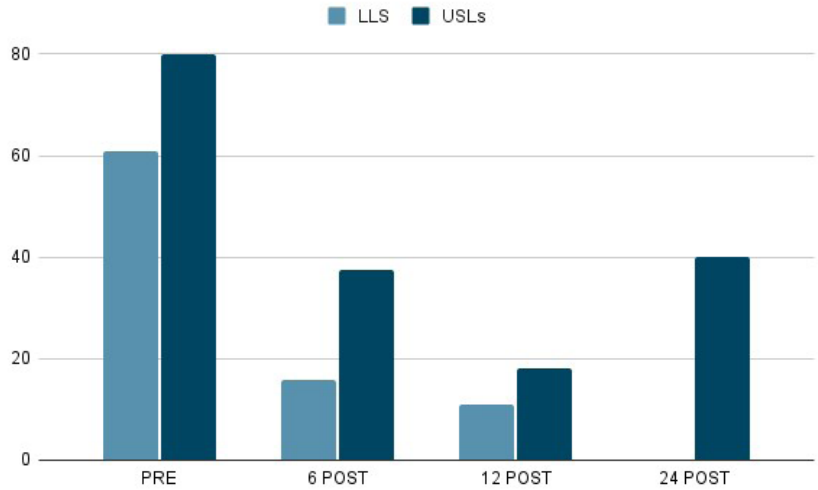


Figura 6. Il grafico mostra l'andamento delle mediane dei punteggi espressi nel questionario KHQ, al tempo 0 e a 6-12-24 mesi dopo l'intervento, per l'item 'relazione col partner' nei 2 gruppi: a punteggi maggiori corrisponde minore soddisfazione.

DISCUSSIONE

Nel nostro gruppo di pazienti, il 41% dichiarava rapporti sessuali al momento della presa in carico. La maggior percentuale di donne sessualmente attive nel gruppo LLS (59%) vs USLs (32.5%) può essere spiegata in parte dall'età media delle pazienti, che erano più giovani nel gruppo LLS, in parte dalla tendenza di preferire tale intervento alla colpoisterectomia nelle donne sessualmente attive.

Per quanto riguarda la dispareunia, abbiamo riscontrato un miglioramento in entrambi i gruppi dopo l'intervento, evidente già dal primo controllo a 6 mesi dall'intervento (gruppo LLS :15.8% vs 60.9%; gruppo USLs: 37.5% vs 80%). Andando ad analizzare la comparsa di dispareunia de novo, riportata da alcuni articoli in letteratura come complicanza dell'intervento chirurgico del prolasso, notiamo che nella nostra coorte di studio la dispareunia de novo è presente a 6 mesi dopo intervento chirurgico nel 5.3% del gruppo LLS e nel 20.8% del gruppo USLs, a 12 mesi postoperatori in nessuna paziente in entrambi i gruppi, a 24 mesi in nessuna paziente nel gruppo LLS e in una sola paziente nel gruppo USLs (11% campione che ha concluso il follow-up). I nostri dati sono in linea con la recente review di Antosh et al. sulla dipareunia de novo nelle pazienti con POP sottoposte a intervento chirurgico[8] che ha riportato tassi di dispareunia postoperatoria più bassi rispetto al preoperatorio in più tipi di chirurgia POP: i tassi di dispareunia de novo variavano dallo 0 al 9%. Questi dati contrastano con i meno recenti dati della letteratura che riportavano un'alta incidenza di dispareunia postoperatoria, riferibile a lesioni nervose postoperatorie, restringimento e accorciamento del canale vaginale, utilizzo di reti protesiche per la riparazione del prolasso.

La sessualità indagata tramite il questionario sulla qualità di vita nel parametro "Relazione con partner" ha anch'essa dimostrato i benefici dell'intervento chirurgico. Miglioramenti significativi sono stati riscontrati in entrambi i gruppi già dopo 6 mesi e si sono mantenuti nel tempo, con mediane dei punteggi al test autovalutativo tutte pari a 0 nel postoperatorio, rappresentative quindi di piena soddisfazione delle pazienti. Tale dato è sostenuto da un'ampia letteratura interessata ad indagare gli aspetti della sessualità e della relazionalità con il partner dopo la chirurgia per prolasso degli organi pelvici, che concorda nel concludere che la chirurgia è in grado di ottenere un miglioramento non solo anatomico, ma anche funzionale e psicologico, a beneficio della sessualità[9,10,11]

CONCLUSIONI

Gli interventi chirurgici di sospensione laterale uterina per via laparoscopica e di isterectomia per via vaginale con colpopessi uterosacrale si sono dimostrati efficaci, oltre che per la risoluzione del quadro anatomico, anche nel miglioramento della sessualità e della qualità di vita delle pazienti, non dimostrando complicanze a breve e lungo termine di dispareunia o evitamento dei rapporti sessuali. Al contrario, entrambe le terapie chirurgiche hanno migliorato la sintomatologia dolorosa durante i rapporti e hanno registrato un aumento della soddisfazione delle pazienti riguardo al rapporto con il partner, con delle differenze significative rispetto al preoperatorio, soprattutto nel gruppo delle pazienti sottoposte a chirurgia laparoscopica con conservazione dell'utero (LLS), già presenti a 6 mesi dall'intervento e mantenute a 2 anni di distanza.

Questi risultati confermano la necessità di indagare la sfera della sessualità in maniera sistematica, come parte integrante dei sintomi del prolasso urogenitale e, inquanto tale, come goal terapeutico da perseguire.

BIBLIOGRAFIA

1. Belayneh T, Gebeyehu A, Adefris M, Rortveit G, et al. Pelvic organ prolapse surgery and health-related quality of life: a follow-up study. BMC Women's Health 2021, 21, 1-11.
2. Rogers GR, Villarreal A, Kammerer-Doak D, Qualls C. Sexual function in women with and without urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse. International urogynecology journal 2001, 12, 361-365.
3. Kammerer-Doak D. Assessment of sexual function in women with pelvic floor dysfunction. International urogynecology journal 2009, 20 Suppl 1: 45-50.
4. Handa V L, Cundiff G, Chang HH, Helzlsouer KJ. Female sexual function and pelvic floor disorders. Obstetrics and gynecology 2008, 111(5), 1045.
5. Rogers RG, Kammerer-Doak D, Darrow A, Murray K, et al. Does sexual function change after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse? A multicenter prospective study. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2006, 195(5), e1-e4.
6. Lowder JL, Ghetti C, Nikolajski C, Oliphant SS, et al. Body image perceptions in women with pelvic organ prolapse: a qualitative study. American journal of obstetrics and gynecology 2011, 204(5), 441-e1.
7. Jha S, Ammenbal M, Metwally M. Impact of incontinence surgery on sexual function: a systematic review and meta-analysis. The journal of sexual medicine 2012, 9(1), 34-43.
8. Antosh DD, Kim-Fine S, Meriwether KV, Kanter G, et al. Changes in sexual activity and function after pelvic organ prolapse surgery: a systematic review. Obstetrics & Gynecology 2020, 136(5), 922-931.
9. Sarlos D, Brandner S, Kots L, Gygax N et al. Laparoscopic sacrocolpopexy for uterine and post-hysterectomy prolapse: anatomical results, quality of life and perioperative outcome—a prospective study with 101 cases. International urogynecology journal 2008, 19, 1415-1422.
10. Handa VL, Zyczynski HM, Brubaker L, Nygaard I, et al. Sexual function before and after sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse. American journal of obstetrics and gynecology 2007, 197(6), 629-e1.
11. Roovers, JP, Van der Bom A, Van Leeuwen JS, Scholten P, et al. Effects of genital prolapse surgery on sexuality. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2006, 27(1), 43-48.

DICHIARAZIONE

Gli Autori dichiarano l'assenza di conflitti di interesse. Lo studio non è stato supportato da alcun finanziamento o da alcuna Azienda.

Corrispondenza
Ruby Martinello
UO Ginecologia e Ostetricia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ferrara
Via Aldo Moro 8, 44124 Cona, Ferrara, Italia
Email: ruby.martinello@unife.it

Vergogna, paura e dolore, demoni dell'area anale e il tocco amorevole come via della guarigione

STELLA DE CHINO

Fisioterapista, educatrice professionale e consulente sessuale, Schio (Vicenza)

Riassunto: La zona anale è un'area altamente sensibile e delicata. Conserva memorie e vissuti non sempre facili da elaborare ma soprattutto "sommersi" in un pavimento pelvico spesso contratto da cause inspiegabili. Partendo dalle narrazioni di due pazienti si individuano alcuni punti chiave nel percorso di guarigione dove la consapevolezza emotiva delle cause dell'ipertono sfinteriale e il passaggio attraverso emozioni piacevoli sono fondamentali.

Parole chiave: Ipertono dello sfintere anale; Emorroidi; Ragade anale; Tocco amorevole; Dolore; Piacere; Ascolto attivo; Vergogna; Paura

Shame, fear and pain, demons of the anal area, and the sympathetic touch as a way to healing

Abstract: The anal area is a highly sensitive and delicate area. It preserves memories and experiences that are not always easy to process but above all "submerged" in a pelvic floor often contracted by unexplained causes.
Starting from the narrations of two patients, some key points in the healing process are identified where the emotional awareness of the causes of sphincteric hypertonicity and the passage through pleasant emotions are fundamental.

Keywords: Hypertonicity of the anal sphincter; Hemorrhoids; Anal fissure; Sympathetic touch; Pain; Pleasure; Active listening; Shame; Fear

INTRODUZIONE

La medicina narrativa è uno strumento fondamentale per poter comprendere i meccanismi patogenetici delle disfunzioni del pavimento pelvico.

Il paziente nel raccontarsi evoca memorie corporee che collocano l'esordio di un certo *comportamento anomalo* senza il filtro interpretativo del terapeuta. Chiedere al paziente di scrivere o dedicarsi all'*ascolto attivo* non è mai una perdita di tempo, ma apre porte inesplorate di nuova conoscenza. Non è facile infatti, anche attraverso un'accurata anamnesi, portare a galla l'occulto quando il pattern motorio si è modificato in modo patologico. Questo perché il concetto di *armatura del corpo*, secondo quanto scrive Ken Dychtwlad nel suo libro *Psicosoma*[1], ha la funzione "di racchiudere la persona nel proprio guscio muscolare e protettivo. Il guscio non soltanto serve ad escludere gli stimoli nocivi e dolorosi ma anche a limitare l'esperienza delle emozioni dolorose provenienti dall'interno". Pertanto andare a sciogliere questo guscio significa anche involontariamente andare a toccare le emozioni negative ad esso connesse. Come vedremo, l'aiuto del paziente ad individuare quali esse siano, è fondamentale per trovare quel *tocco buono*[2] che non provochi in alcun modo l'attivazione dello schema di protezione della corazza. Se infatti il mio tocco è anche minimamente invasivo in una persona che ha subito abusi o violenze fisiche, il risultato non potrà che essere pessimo: la persona andrà in protezione e non sarà possibile nemmeno procedere nella visita, come leggeremo nel racconto a seguire.

Il punto di vista del paziente evidenzia sia le difficoltà che il potenziale di guarigione, che è spesso frenato da timori profondi.

L'*ano*, nella medicina cinese, è la porta del *Po*, lo spirito del Polmone, connesso con gli istinti primordiali di sopravvivenza[3]. Si pensa che questo spirito, dopo la morte, ritorni alla terra proprio attraverso questa uscita. Tali immagini, che per la nostra cultura possono sembrare bizzarre, in realtà ci riportano al concetti di ano come sede di risposte primordiali ed incontrollate, risposte per le quali dipende la stessa sopravvivenza. Cosa accade in una situazione che viene percepita come minacciosa? Il respiro di ferma, i muscoli si *congelano* come a mimare uno stato quasi di *morte* finchè il pericolo non di allontana.

La famosa frase "ti fa stringere il culo dalla paura" oppure "vai avanti e stringi il culo" ci parla proprio di questo: l'ano si attiva in numerose situazioni emozionali legate alla paura e al controllo di essa[4].

"Farsela addosso dalla paura" o al contrario "stringere per non farsela addosso dalla paura" rievocano immagini significative che ci accompagnano nella dimensione emotiva del pavimento pelvico posteriore.

Leggere tutto questo nello scritto di un paziente è cosa ben diversa da studiarlo su un libro.

GIORGIO

"Mi chiamo Giorgio, ho 46 anni e soffro di problemi che riguardano l'ano (ipertono dello sfintere con noduli emorroidari) iniziati già in giovane età.

Nel corso del tempo la situazione è lentamente peggiorata; gli episodi di difficoltà associati a stipsi sono diventati sempre più frequenti e dal 2017 queste difficoltà sono diventate una costante.

Non mi sono rivolto subito a dottori, medici o specialisti perché mi vergognavo e cercavo di andare avanti sperando che prima o poi la situazione migliorasse.

Nel 2019 poi sono arrivato al punto di non riuscire più ad evacuare: dolore, gonfiore e sangue erano una tortura continua e non riuscivo neanche più a riposare; decido quindi di parlarne con il mio medico curante che mi manda da uno specialista proctologo di Vicenza.

Il giorno della visita mi reco in ambulatorio e il dottore mi fa qualche veloce domanda e per capire quale fosse il problema e subito dopo mi dice di accomodarmi sul lettino e tenta un'esplorazione con un dito che mi causa un dolore acuto, riprova a inserire il dito con una crema anestetica e prova anche a inserire l'anoscopio ma senza riuscirci; mi sento "violentato", il dolore è troppo forte e sento che sto per svenire.

A questo punto il dottore interrompe la visita, dice che secondo lui è un problema di ragadi e mi dà una cura da fare (creme da applicare, supposte, lassativi, molta acqua e fibre da assumere) e mi fissa un appuntamento a un paio di settimane dopo per riprovare a rifare la visita.

Tornato a casa inizio subito la cura ma l'apertura dello sfintere è talmente ridotta che non riesco neanche a inserire le supposte che mi sono state prescritte.

Il giorno dell'appuntamento ritorno dal proctologo ma la scena si ripete e mi dice di ritornare la settimana successiva; ma anche la volta successiva non riesce a visitarmi, mi dice allora che a questo punto devo fare una rettoscopia in anestesia.

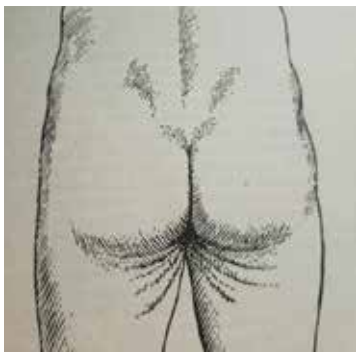


Fig. 1. Contrazione di difesa nella ragione perineale-anale che mostra la spinta verso l'interno e verso l'alto del pavimento pelvico. Dal testo Psicosoma di Ken Dychtwald[1].

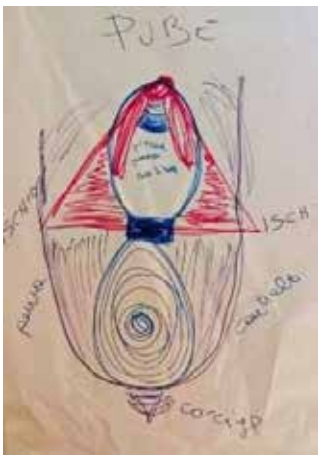


Fig. 2. Emozioni e muscoli, disegno fatto da Stella De Chino in occasione di un incontro pubblico su emozioni e pavimento pelvico. La paura e il controllo si annidano nel pavimento pelvico posteriore determinando reazioni involontarie anche a stimoli minimi come il tocco del terapeuta. Lo spasmo anale è una risposta automatica e quasi incontrollata alla paura e al bisogno di impedire di entrare nel retto, ma non solo, anche nelle emozioni.

Decido di non andarci più perché non riesco più a sopportare questo genere di situazione. Nel frattempo subentra la pandemia e tutto viene rinviato a data da destinarsi.
Nel frattempo vado avanti tentando diversi rimedi: creme, unguenti, fibre e magnesio da assumere in momenti della giornata, cercando di convivere col problema.
Migliorata la situazione di emergenza pandemica e stanco di continuare a vivere con questa "palla al piede" a febbraio 2023 decido di risolvere il problema una volta per tutte ricorrendo alla chirurgia; anche se so che questo comporta dei rischi di non riuscita e possibilità di complicazioni importanti; mi metto alla ricerca di uno specialista bravo che mi operi, ma nello stesso periodo mi trovo a parlare con una mia amica, che fatalità, soffre dello stesso problema e le dico che ho deciso di operarmi e lei mi dice che lei ha risolto con delle sedute di terapia di riabilitazione pelvica e che ora finalmente sta bene.
Mi incoraggia a provare in questo modo prima di ricorrere alla chirurgia. Io dico "ok proviamo" e le chiedo se può prendere per me un appuntamento dalla sua specialista. Dopo qualche giorno mi manda un messaggio e mi dice che "purtroppo la dottoressa lavora solo con le donne" e immagino anche il motivo; comunque la dottoressa le ha inviato alcuni nominativi di sue colleghe della zona a cui potrei provare a chiedere; tra queste c'è quello della dottoressa Stella De Chino e dopo una breve ricerca in rete decido di contattarla perché mi ispira fiducia.
Le mando una mail spiegandogli per sommi capi il mio problema e le chiedo se lavora anche con persone di genere maschile.
La dottoressa Stella mi risponde in giornata e mi dice di sì, che non ci sono problemi e mi manda il suo numero per fissare un appuntamento.
Vado da lei nel mese di marzo 2023, sono molto ansioso, un po' imbarazzato e anche la paura non manca. Suono al suo campanello, vedo la porta che si apre e la dottoressa mi accoglie con un radioso sorriso; mi sento già molto meglio, mi fa accomodare nel suo studio; io ho portato anche della documentazione medica da mostrare ma lei vuole capire meglio direttamente da me quale sia il problema e possibilmente da dove è iniziato.
Durante il colloquio mi spiega come è fatta la zona anale, come funziona, mostrandomi anche un modello tridimensionale. Capisco subito subito a quale zona del mio corpo corrisponde e affiorano istantaneamente nella mia mente i tanti episodi di botte prese da mio padre, da piccolo ma anche da adolescente, quando facevo qualche marachella o lo facevo arrabbiare.
Cosa c'entra questo con il problema che ho adesso?
Ebbene quando mio padre mi chiamava per darmele io dovevo stare fermo, altrimenti sarebbe stato peggio, e mentre lui con calma apparente si sfilava la cintura dai pantaloni, io morivo dalla paura e sentivo la zona dell'ano che si contraeva al massimo, perchè sapevo che da lì a qualche secondo avrei preso tre o quattro cinghiate nel sedere e nelle gambe molto forti e dolorose, che avrebbero lasciato i lividi per diversi giorni a seguire (Fig.1).
Anche in caso di paure improvvise o momenti di tensione ho sempre sentito questa zona andare in contrazione.
Racconto questo alla dottoressa Stella che non si sorprende, anzi mi fa vedere un disegno che ha sul computer fatto da lei qualche giorno prima, che descrive la zona della paura del nostro corpo, che è proprio la zona dell'ano (Fig. 2).
Dopo questo mi dice di accomodarmi sul lettino e inizia la prima seduta di terapia.
Quasi al termine della seduta anche mi rendo conto che sono stato benissimo, non c'è proprio modo di paragonare questa situazione con quella vissuta dal proctologo qualche anno fa. Comunque non so perché ma mi viene da piangere, la dottoressa mi dice di non trattenermi e di sfogarmi; probabilmente perché ho compreso che il problema che vivo da anni affonda le sue radici in quelle spiacevoli situazioni vissute in passato, appena raccontate (Fig.3).
Alle sedute successive va sempre meglio, la dottoressa Stella è sempre molto attenta, delicata e paziente. Non corre,

Fig. 3. Le esperienze che abbiamo fatto durante l'infanzia plasmano il nostro corpo. Spesso l'origine di una dissinergia va ricercata in esperienze traumatiche o di abuso, non solo sessuale ma anche emozionale.

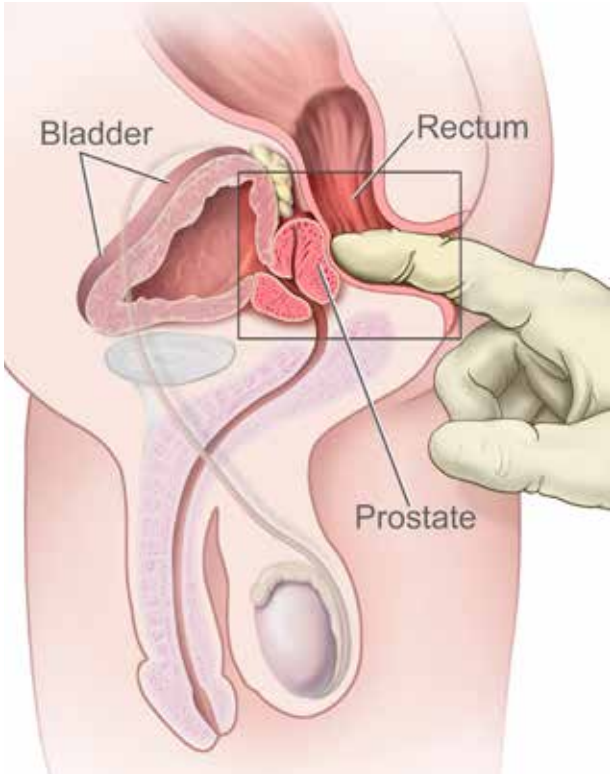


Fig. 4. Vicinanza di aree di piacere con aree spesso doloranti: l'area periprostatica, appena al di sopra delle emorroidi. Se il tocco è delicato spesso il soggetto prova sensazioni gradevoli al confine con il piacere.

non ha fretta e mi dice di segnalarle subito eventuali situazioni di disagio o di dolore, ma non ce n'è mai bisogno perché lei riesce a sintonizzarsi e a percepire direttamente come mi sento. La situazione dell'ano migliora ad ogni seduta e a casa mi impegno a fare tutti gli esercizi che mi vengono assegnati. Sono felice perché finalmente ho trovato qualcuno che capisce a fondo la mia situazione, sa come mi sento e cosa provo, ma soprattutto sa come aiutarmi. Mi ritengo molto fortunato di aver incontrato la dottoressa Stella, non avrei potuto trovare di meglio. Incoraggio tutte quelle persone con problemi del genere a cercare l'aiuto necessario per guarire."

IL TOCCO AMOREVOLE IN MEDICINA RIABILITATIVA

La storia di questo paziente ci dà moltissimi spunti di riflessione.

Il più importante riguarda il tocco. Come ci approcciamo al corpo impaurito dei nostri pazienti? Ci chiediamo mai cosa sentono, che timori hanno e come le nostre mani "arrivano" a livello percettivo quando "penetrano" nelle "carni" più intime?

Spesso rendiamo asettico il nostro *toccare* per timore di essere fraintesi o di provocare *piacere*. Altre volte tocchiamo con *autorità* per ostentare una sicurezza che non abbiamo di fonte a tante emozioni dei pazienti. Accade che alcuni di loro ci mettano in crisi quando non si *aprono* alle nostre visite o quando si dimostrano impauriti.

E anzichè portare l'attenzione alla nostra capacità di essere empatici e centrati sul tocco ci limitiamo a dire che sono invisitabili.

Giorgio sottolinea più volte la delicatezza del contatto e la quasi piacevolezza delle sensazioni provate durante la terapia riabilitativa (Fig.4).

Giorgio ha conosciuto solo botte e violenza in quella parte del corpo che richiama l'analità nella sua variante glutea (estetica, "callipigia") se pur non viscerale (quella del sesso anale e dei "misteri più profondi")[4]. Per lui comunque *forzare* equivale a *violare*.

E io ho bussato. Con le mani ma ancor prima con le parole ho chiesto il permesso. Ho accolto le lacrime e i timori, ho atteso. Sono rimasta sulla porta per ben quattro sedute e poi la porta si è aperta.

Non è stato difficile ma ho dovuto calibrare il mio intervento con i vissuti di Giorgio. E soprattutto non avere alcuna fretta.

Amorevole è il tocco che sa ascoltare il corpo, rispettando la persona nella sua interezza.

BIBLIOGRAFIA

1. Dychtwald K. Psicosoma, le vie orientali e occidentali all'autoconsapevolezza e allo sviluppo personale. 1976, Astrolabio Edizioni
2. Krieger D. Il contatto terapeutico, curarsi e guarire con le mani. 1991, Ed. Mediterranee.
3. Larre C., De la Vallèe E.R. Lingshu, la psiche nella tradizione cinese. 1984, Jaca Book
4. Dodi G. L'uscita segreta 1. Saggio sull'analità (pag.35, pag. 86). Piccin Vallardi Editore 1990

Corrispondenza
stelladechino@gmail.com

Giuseppe Ambrosoli e l'ospedale di Kalongo in Nord Uganda. Un'esperienza unica accanto ad una persona straordinaria

AUGUSTO COSULICH

Già Chirurgo Cooperazione Italiana DGCS-MAE

INTRODUZIONE

Grazie ad un viaggio illuminante in Kenya durante i miei studi universitari, viaggio che aveva confermato certe mie idee forse un pò idealistiche, avevo deciso di andare a fare il chirurgo in Africa e grazie alla mia determinazione ci sono riuscito nel gennaio 1983. Sarò sempre grato alla Ong CUAMM di Padova per avermi fatto iniziare nel modo migliore quella che poi sarebbe diventata una scelta di vita, più di 30 anni di lavoro in diversi Paesi africani e anche adesso che sono pensionato passo vari mesi ogni anno in Africa

Per un medico e ancor più per un chirurgo iniziare nel modo migliore significa venir messi in condizione di lavorare sotto la guida ed i consigli di una "chioccia" cioè una persona esperta che ti accompagna, ti insegna, e soprattutto non ti abbandona quando sei in difficoltà, anzi le difficoltà ti aiuta a superarle.

Ero un giovane chirurgo proveniente dall'ospedale di Padova, pieno di nozioni teoriche ma alquanto povero di pratica come spesso succedeva a quei tempi. Inoltre, cosa ancor più importante, mentre in Italia la mia attività si svolgeva in un reparto di chirurgia, quando arrivai all'ospedale di Kalongo (Nord Uganda) mi trovai repentinamente a confrontarmi in prima persona con una miriade di patologie (ostetrico-ginecologiche, urologiche, ortopediche, etc.) a me del tutto sconosciute. In situazioni come queste è molto facile venir sopraffatti se non si ha vicino una persona di riferimento, io ho avuto l'enorme fortuna di trovare a Kalongo una "chioccia" straordinaria: Giuseppe Ambrosoli.

I due anni passati a lavorare fianco a fianco con Giuseppe (mi viene difficile chiamarlo Padre Ambrosoli visto lo stretto rapporto che avevamo instaurato tra noi) sono stati per molti aspetti i più intensi e belli della mia vita, e questo non solo per quanto ho imparato professionalmente da Giuseppe ma anche, e forse soprattutto, per la lezione di vita e direi di disciplina etica e morale che lui trasmetteva a tutti coloro che gli erano attorno.

Chirurgo africano vero (cioè che sa fare di tutto) Giuseppe, medico e missionario comboniano, andava sempre al sodo in ogni situazione: lo scopo del suo agire in sala operatoria era sempre e solo quello di risolvere i problemi del paziente malgrado condizioni di lavoro a dir poco difficili. Eccolo quindi fare l'anestesia spinale, poi correre a "lavarsi" (disinfettare mani ed avambracci prima di indossare il camice ed i guanti sterili), operare senza un anestesista di supporto (l'unico aiuto veniva da una suora comboniana che non era neanche infermiera ma che anche grazie ad un'ottima manualità aveva imparato il mestiere sul campo ed eseguiva le direttive di Giuseppe), e finire l'intervento prima che cessasse l'effetto dell'anestesia... una vera corsa ad ostacoli!

Malgrado tutto questo Giuseppe era non solo efficace nella "routine" ma si avventurava anche in interventi complessi, quali ad esempio insufflazione o reimpianto delle tube o riparazione di fistole vescico-vaginali, per cercare di dare una speranza a tutte quelle donne affette da sterilità secondaria e, peggio ancora, emarginate dalla famiglia e dal clan per colpa del forte odore di urina dovuto alle fistole. E spesso con pazienza e determinazione ci riusciva!

Quello che mi colpì da subito era il suo approccio chirurgico molto pratico che smitizzava completamente tutta quell'aura che si respirava nelle sale operatorie italiane. Ad esempio io che venivo da Padova ero abituato a considerare l'intervento di tiroidectomia quale prerogativa esclusiva del primario: ricordo che in sala attorno al letto operatorio eravamo in quattro (primario, aiuto e due assistenti), più naturalmente anestesista, strumentista ed infermiere (sette persone)... a Kalongo Giuseppe faceva lo stesso intervento da solo ed in anestesia locale! Poi quando dopo avermi mostrato come faceva mi disse che la successiva tiroidectomia l'avrei fatta io con il suo aiuto mi venne quasi da star male tanto ero incredulo! Invece poi la feci ed andò bene, in seguito ne feci molte altre da solo sia a Kalongo che in altri ospedali dove ho lavorato e tutto questo grazie a Giuseppe!

Un altro aspetto che colpiva era la sua mitezza e costante disponibilità, ed ancora di più l'esempio che ci dava. Ricordo che il lavoro a Kalongo era organizzato in modo da fare la sala operatoria la mattina e l'ambulatorio il pomeriggio; quest'ultimo iniziava alle 15 ed un paio di volte arrivai con 10-15 minuti di ritardo, Giuseppe era già là che visitava e non mi disse mai niente... la lezione in quel caso fu proprio il suo silenzio ed esempio, non arrivai più in ritardo!

Essendo Kalongo un ospedale privato "non profit" cioè non a scopo di lucro ed avendo di conseguenza risorse limitate Giuseppe aveva instaurato una gestione mirante al risparmio in ogni cosa: si lavavano e risterilizzavano all'infinito camici , garze e guanti chirurgici, si conservavano i pezzi dei sottilissimi e costosissimi fili di sutura per l'intervento di cataratta (già, faceva anche quello e ricordo che in un vasetto sotto formalina conservava le decine di cristallini che aveva asportato), in pratica niente andava buttato! Ricordo un simpatico aneddoto la volta che venne un farmacista volontario italiano per un mese: Giuseppe lo incaricò di rimettere in ordine il grande magazzino dei farmaci, molti dei quali arrivati come donazione dall'Italia. Il farmacista trovò una grande quantità di medicine scadute e cominciò ad eliminarle (bruciarle), cosa per lui del tutto naturale. Non appena Giuseppe vide il fumo si precipitò a bloccarlo, la regola di non buttare niente infatti non aveva eccezioni ed i farmaci scaduti si utilizzavano regolarmente! Ad esempio per gli antibiotici era prassi comune aumentarne il dosaggio in proporzione alla data dell'avvenuta scadenza, il bello è che non ricordo alcun effetto collaterale nè tossico, anzi funzionavano benissimo! Il che mi fa sospettare che le case farmaceutiche in questo ci marcino un bel po'...

Augusto Cosulich è un medico che ha lavorato per 10 anni all'Ospedale di Padova e dal 1983 al 2014 ha operato in vari Paesi africani come chirurgo generale prima ed in seguito come direttore di progetti di cooperazione sanitaria. Dal 2015 continua la sua attività part-time come consulente free lance in Namibia dove risiede per sei mesi all'anno.

Grande appassionato di culture africane, di viaggi e di montagna cura una serie di articoli su attitudini ed aspetti legati alla pelviperineologia in Africa, nella sezione del giornale dedicata al pavimento pelvico nelle diverse culture, attuali e del passato. Questo articolo è la naturale prosecuzione degli articoli che l'Autore ha pubblicato in precedenza su Pelviperineologia: Parto e mutilazioni genitali femminili in Somalia (2021; 40: 9-12); Percezione ed attitudini degli Africani verso HIV-AIDS e le malattie in genere; (2021; 40: 66-68); Sterilità femminile e fistole post-partum in Africa: aspetti socio-sanitari ed economici (2021; 40: 92-95) e La stitichezza in Africa non esiste (2022; 40: 286-298).

Fig. 1. All'esterno della chiesa di Kalongo con il futuro Beato P. Giuseppe Ambrosoli, 1984

Inoltre la scarsa disponibilità di farmaci da assumere regolamente per patologie croniche aveva indirizzato Giuseppe ad effettuare certe procedure chirurgiche (da noi abbandonate ormai da molto tempo o probabilmente neanche mai molto seguite a causa della mancanza di risultati evidenti) sempre ed unicamente con lo scopo di essere in qualche modo utile alle persone malate. A tale proposito ricordo bene l'intervento che lui faceva (ovviamente in anestesia locale) di glomectomia carotidea ai pazienti affetti da varie forme di asma bronchiale. Il razionale di tale tipo di intervento risiedeva nel concetto che rimuovendo il glomo carotideo (una piccola massa di recettori periferici e cellule di supporto situate bilateralmente vicino alla biforcazione delle arterie carotidi comuni) si riduceva l'azione del sistema nervoso autonomo (simpatico e vago) responsabile del broncospasmo. Francamente non ricordo di aver visto risultati granchè significativi ma in mancanza di farmaci broncodilatatori ed anche del fatto che tali pazienti spesso non tornavano al controllo ambulatoriale questa era la strategia usata.
Un'altra pratica che ricordo bene e che mi ha sempre impressionato per la sua efficacia era il trattamento delle ferite infette (ad esempio i monconi di arti inferiori amputati in soldati sparati) con placente fresche che abbondavano nel reparto di maternità dato l'elevatissimo numero di parti. Io che gestivo il reparto di chirurgia ero piuttosto scettico e preferivo la classica terapia a base di antibiotici, toilette delle ferite e medicazioni. Ma quando non ottenevo risultati, anche come "ultima spes" cominciai ad utilizzare tale pratica e non potevo credere ai miei occhi: la placenta agiva come una specie di piovra, si attaccava alla ferita e ne aspirava tutte le secrezioni per poi staccarsi spontaneamente, solitamente dopo 2-3 giorni, una volta esaurita questa sua capacità di "aspiratutto". La ferita si detergeva rapidamente ed una volta controllata l'infezione compariva in breve tempo il bel tessuto di granulazione, incredibile! Ripensandoci a posteriori chissà se e quante altre contaminazioni questa metodica avrà favorito (mi vengono alcuni brividi al pensiero) però funzionava eccome.
Immagino che queste pratiche ben poco ortodosse facciano storcere il naso a molti in Italia abituati come siamo ai clichè occidentali ed alla (dis)cultura dello spreco e dell'usa e getta... invece in quel contesto era un approccio assolutamente giustificato che proprio grazie ad una gestione oculata e senza sprechi dava la possibilità di curare un numero maggiore di pazienti. Per capire tutto questo non bastano le argomentazioni, è necessario vedere con i propri occhi e calarsi in prima persona in quelle realtà così lontane e sotto molteplici aspetti diverse dalle nostre.

Fig. 2. La sala operatoria dell'ospedale di Kalongo (1984)

Oltre a chirurgo tutto fare ed essere il direttore dell'ospedale, quindi sorbirsi anche tutta la componente gestionale-amministrativa, Ambrosoli doveva anche curare i fondamentali rapporti con i donatori ed i vari gruppi di appoggio e di volontariato italiani che assicuravano le risorse materiali ed umane per far andare avanti l'ospedale. Giuseppe era anche direttamente coinvolto nell'ambito della scuola per infermiere ostetriche che lui stesso aveva fondato anni prima allo scopo di ridurre l'elevata mortalità materno-infantile prevalente nell'area. Quindi doveva spesso tenere delle lezioni teoriche ed anche dimostrazioni pratiche alle studentesse della scuola. Dio solo sa dove trovasse il tempo per fare tutto questo, quello che so è che ogni notte la luce della sua camera/ufficio restava accesa per molte ore...
Impossibile sapere quanti bambini Giuseppe abbia fatto nascere nel corso dei molti anni di lavoro a Kalongo, sicuramente tantissimi come anche testimoniato dai numerosi "Ambrogioli" (nome che le madri davano ai loro figli in segno di riconoscenza) che si incontravano nei villaggi attorno all'ospedale.
E tali erano il suo amore e dedizione per la vita che il ricorrere alla legatura delle tube dopo l'ennesimo taglio cesareo alla stessa partoriente era cosa piuttosto rara e praticata solo quando la situazione anatomica alterata dai precedenti cesarei si dimostrava troppo rischiosa per un'altra futura gravidanza. Un approccio giusto ed equilibrato da medico e da missionario!
Quando si ammalò ai reni e fu costretto a stare vari mesi in Italia per curarsi Giuseppe si teneva in costante contatto con noi e faceva di tutto affinchè all'ospedale non mancasse mai niente. Ma la vera difficoltà per noi fu quando tornò a Kalongo, i medici italiani gli avevano permesso di tornare a condizione che stesse a riposo e limitasse al massimo il lavoro di sala operatoria. Invece era una lotta continua perchè lui, dicendo di sentirsi bene, non voleva saperne di stare a riposo! Ci toccò quindi arrivare a vari compromessi, ad esempio veniva a sbirciare in sala operatoria per vedere che tutto andasse bene e quelle volte che invece c'era un caso difficile o qualche complicazione lui si "lavava" con grande entusiasmo!
Cosa ricordo di lui in particolare? Beh sono tante, tantissime cose, ma forse quella che venni poi a sapere mi fece un grande effetto ed allo stesso tempo mi onorò in un modo che meglio non si poteva. Alla fine del mio primo contratto biennale di lavoro in Africa e sempre più convinto che quella era la mia strada venni in contatto con i responsabili della Cooperazione Italiana a Roma per sondare eventuali opportunità di lavoro. Senza dirmi niente costoro nel prendere referenze su di me interpellarono anche Giuseppe, molto apprezzato anche in quella sede. Le sue parole a loro furono: certamente un medico bravo e motivato che, ovunque lo mandiate, deve continuare a fare il chirurgo in sala operatoria...
Il destino poi volle che tornassi in Uganda dal 1986 al 1988 per dirigere un grosso progetto nella regione del West Nile (assistenza a tre ospedali e ad un Distretto sanitario). Ebbi quindi il triste privilegio di vivere quotidianamente in diretta tramite le radio dei Comboniani gli ultimi giorni di Giuseppe e tutti i tentativi che facemmo per poterlo salvare portandolo all'ospedale Lacor di Gulu dove c'era l'apparecchio per l'emodialisi. Purtroppo l'infuriare della guerra civile impediva il trasporto via terra e quando finalmente una mattina arrivò l'elicottero per portarlo a Gulu Giuseppe stava spirando...
Davvero una grandissima persona che non potrò mai dimenticare, grazie Giuseppe per tutto quello che mi hai insegnato e dato!

Corrispondenza
augusto.cosulich@gmail.com

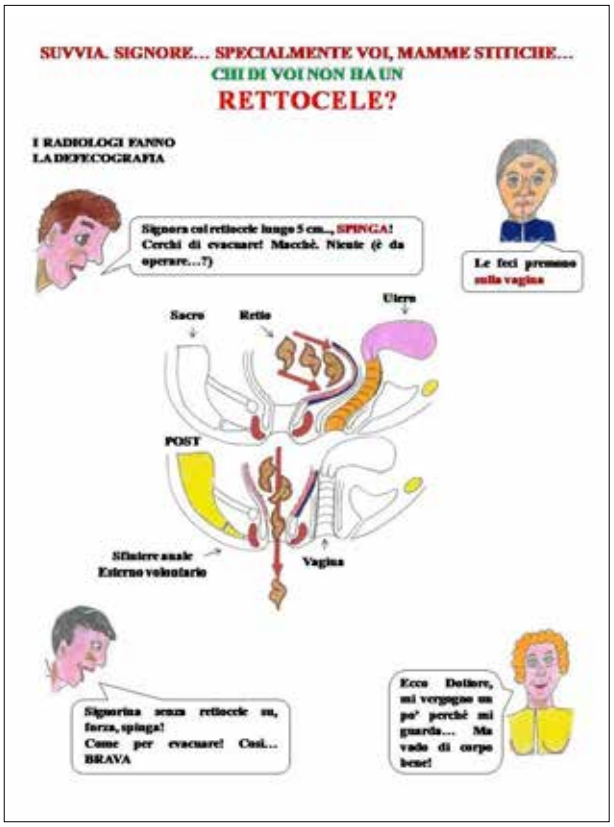
Vincere la stitichezza con i fumetti (recensione)

Guida illustrata per comprendere le cause, individuare i disturbi, conoscere le cure ed i rimedi efficaci

MARIO PESCATORI, *Delfino Ed., 2023, € 9, su Amazon e su www.pelvishop.com*

La versatilità e il genio di Mario Pescatori sono proverbiali: Pescatori è uno che ha visto lontano. Ha abbandonato le gabbie universitarie romane, ha fondato le Unità di Colo Proctologia, ha creato un giornale scientifico internazionale, Techiques in Coloproctology con un ottimo impact factor, il che vale anche per molti degli articoli scientifici pubblicati nel corso di una vita, ha intrattenuto rapporti importanti con mondo scientifico anglosassone, ha inventato l'*iceberg pelvi perineologico*... Cosa si può dire di più? Ecco, sì, in più va lodato per la sua *arte grafica del fumetto*! E vi par poco? È un asso delle *graphic novel*, nei temi più diversi, con uno stile di disegno inconfondibile e molto accattivante.

Pescatori in questa Guida ha applicato la sua arte grafica e le sue competenze chirurgiche alla stitichezza e a come dominare il problema o almeno a sopravviverci. Il libro è dedicato prima di tutto ai pazienti: cause, disturbi e possibilità di cura sia per le terapie più semplici che per quelle di interesse specialistico sono esposte con chiarezza, in modo a volte solo apparentemente naïf, ma per questo ancor più efficace nel messaggio, così che chiunque, proprio chiunque, possa capire e provvedere. *Vincere la stitichezza con i fumetti* ha una struttura ondulante, prescinde dall'impostazione nosografica tradizionale cause-sintomi-diagnosi-terapia ed è scritto in base al *problem solving*, per istruire-impressionare-rassicurare prima di tutto la persona che crede di essere stitica, e magari lo è davvero o non sa di esserlo, anche per delle cause che è bene conosca e, in casi particolari, le affronti in tutta fretta. Esordisce descrivendo alcuni aspetti eziologici in modo molto sintetico: si vedono le scene del bambino o dell'adolescente con la mamma ansiosa..., poi i rimedi a costo zero sfruttando il riflesso gastro colico o il trucco del panchetto. Con un approccio brioso si legge dei casi di dissinergia e anismo, come vincere la stitichezza da defecazione ostruita tenendo conto del famoso diagramma dell'iceberg. Per l'alimentazione e l'utilizzo mirato dei prebiotici Pescatori si inventa il *Comitato delle Erboriste* dove la bellezza delle signorine immagino stimoli la fantasia dell'autore e di certo, nelle sue intenzioni e speranze, miglioreranno i risultati....

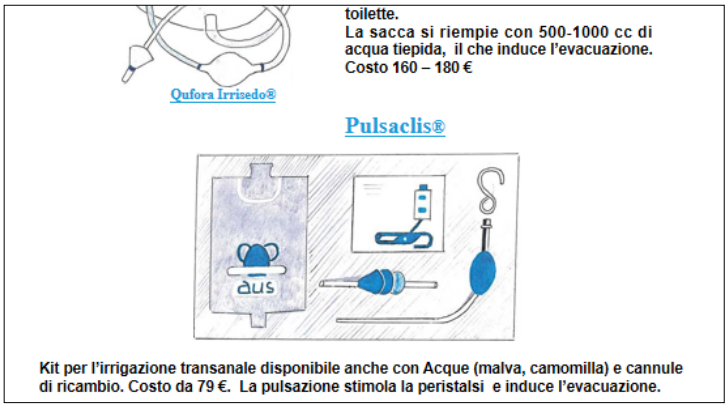


Numerose scene sono dedicate alle patologie correlate: l'invaginazione retto rettale, il prolasso mucoso interno, il rettocele, la malattia emorroidaria, la ragade anale. Giusti spazi sono dati agli aspetti psicologici delle malattie funzionali dell'intestino e dell'ano-retto e altrettanto giusti avvisi vengono convogliati ai pazienti riguardo a quegli interventi seduttivi e popolari da ritenere per lo più abusivi come la starr. Un piccolo capolavoro è l'autoritratto a pagina 26, con la raccomandazione alle signore (ah, le signore di Pescatori!): "fidatevi di me, opero da 50 anni!" si legge in un cartello appeso al suo collo... Un capitolo importante è quello del sistema PNEI, la psico-neuro-endocrino-immunologia, concetto di cui Pescatori fa una bandiera nel suo approccio olistico al paziente e alla malattia. Brevi ma efficaci sono i flash sul fecaloma, l'occlusione intestinale, l'ipertono con le varie immagini e le proposte terapeutiche per la ragade anale. Peccato che non raccomandi e neppure citi il *dilatatore anale*; pensare che il Dilatan è stato esportato oltre 40 anni fa proprio dal St.Mark's Hospital di Londra, quel tempio della medicina ove Pescatori ha avuto la sua formazione coloproctologica, mentre si parla di pomate con anestetico che la scuola francese, les proctologues, gastroenterologi internisti con una fantastica preparazione nella chirurgia dell'ano, ossia solo degli ultimi 4 centimetri considerano deleteri, quindi *jamais!*. D'altra parte tot capita tot sententia e Pescatori è ben capace di difendere e sostenere con il rigore metodologico della miglior scienza le sue proposte terapeutiche. Un altro tema ricorrente è dato dalle forme di stipsi e di incontinenza da alterazioni della sensibilità rettale, e sugli aspetti psicologici non si può non concordare con l'autore sul fatto che la stipsi non è (quasi) mai un problema chirurgico.

Il volumetto si chiude con una nota sui dispositivi capaci di contrastare le forme più fastidiose di stipsi, spesso legate all'intestino irritabile: l'*idrocolonterapia* e l'assai più semplice ed altrettanto efficace sistema della *Irrigazione Trans-Anale*, la *TAI*, un metodo quest'ultimo ingegnoso, ed innocuo che aggira gli ostacoli, a volte insormontabili, della stitichezza e pure dell'incontinenza anale.

Buona lettura a chi se lo procura!

giuseppe.dodi@unipd.it



LA GESTIONE DELLA COMPLESSITÀ PELVI-PERINEALE NELLE STAGIONI DELLA VITA: L'ESTATE DELLA PELVI

ROMA, 30 SETTEMBRE 2023

RESPONSABILE SCIENTIFICO: MARIO PESCATORI
PRESIDENTE: GIUSEPPE DODI

RAZIONALE SCIENTIFICO

La pelvi attraversa cambiamenti strutturali correlati con le diverse epoche della vita. In età giovanile si può avere l'esordio di patologie che potranno evolvere verso quadri severi con l'aumento degli anni. Quelle in età matura rappresentano l'oggetto del corso e vengono affrontate secondo un approccio multidisciplinare con le competenze professionali tipiche delle varie specialità. Urologia, ginecologia/ostetricia, gastroenterologia, chirurgia colo-proctologica, sessuologia, fisioterapia, microbiologia, radiologia e fitoterapia partecipano all'inquadramento della complessità patologica pelvi-perineale cercando di inquadrare le varie patologie in un'ottica unitaria. Di volta in volta è necessario sottolineare in che modo le problematiche specifiche debbano essere affrontate e risolte.

PROGRAMMA

08.30 - 08.50 Registrazione
08.50 - 09.00 Presentazione del Corso M. Pescatori, G. Dodi

I SESSIONE | ECM

09.00 -10.00 SIMPOSIO| Il dolore pelvico cronico nel maschio
Presidente: A. Giannantoni

09.00 Introduzione - A. Giannantoni
09.15 La Proctalgia - G. Milito
09.25 Aspetti Psicologici - N. De Angelis
09.35 Un approccio riabilitativo delicato e sensibile - S. De Chino
09.45 Discussione

II SESSIONE | ECM

10.00 -11.00 SIMPOSIO| Prolasso degli organi pelvici: prevenzione e gestione
Presidente: F. Deltetto

10.00 POP e incontinenza urinaria - A. Giannantoni
10.10 Il prolasso genitale - F. Deltetto
10.25 Il prolasso anale - G. Dodi
10.33 Riabilitazione pelvi perineale consapevole - L. La Torre
10.48 Discussione

11.00 - 11.15 Coffee Break

III SESSIONE | ECM

11.15-11.35 LETTURA MAGISTRALE
Imaging: peculiarità dell'ecografia transperineale e della RMN dinamica della pelvi nell'adulto - V. Piloni

11.35 -12.35 TAVOLA ROTONDA| Sessuologia lgbtq+
Presidente: P. Vicini

11.35 Problematiche andrologiche, endocrinologiche - F. Pallotti
11.50 Flash sugli aspetti chirurgici uro-gineco-proctologici - P. Vicini, G. De Matteis, G. Dodi
12.05 Aspetti psicologici - B. Pescatori
12.15 La fisioterapia nei percorsi di affermazione di genere - S. Colicchia
12.25 Intervista a Melissa - S. De Chino

12.35 -13.20 TAVOLA ROTONDA| Il microbiota nelle disfunzioni uro-gineco-andro- proctologiche dell'adulto
Presidente: G. Bazzocchi

12.35 Implicazioni "mediche generali" - G. Bazzocchi
12.50 Implicazioni uro-gineco-proctologiche - A. Giannantoni, G. De Matteis, M. Pescatori
13.10 Aspetti psicologici - N. De Angelis

13.20 -13.50 PARTE PRATICA
Laboratorio pratico esperienziale "il metodo deVis" nella rieducazione dei prolassi - L. La Torre

La radiofrequenza come integrazione al trattamento del POP - S. Colicchia

13.50-15.00 Light Lunch

IV SESSIONE | ECM

15.00 - 15.20 LETTURA MAGISTRALE| Fitoterapia, utile sostegno per una sana attività sessuale - U. Nardi

15.20 - 15.50 SIMPOSIO| La cura del difetto erettile e dell'incontinenza dopo interventi sulla prostata - A. Giannantoni

15.20 Introduzione - A. Giannantoni
15.30 Il graduale recupero della funzione sessuale e minzionale - S. De. Chino
15.40 Aspetti psicologici - B. Pescatori

V SESSIONE | ECM

15.50 - 17.00 **PNEI (psico neuro endocrino immunologia) e lesioni occulte in pelviperineologia**
Presidente: M. Pescatori

15.50 L'iceberg della defecazione ostruita - M. Pescatori
16.10 L'uroginecocculto" (l'iceberg uro-ginecologico) - A. Giannantoni, G. De Matteis
16.20 IBS e l'ignoto - G. Bazzocchi
16.30 Aspetti psicologici reconditi - N. De Angelis
16.40 Defecazione ostruita il ruolo del fisioterapista - M. Mannucci
16.45 De Chino presenta Leonelli il punto L (il piacere occulto)- E.L. Leonelli
16.55 Discussione

17.00 - 17.15 Coffee break

17.15 - 17.45 **SESSIONE PRATICA|** Diastasi pubica- M. Mannucci

17.45 - 18.30 **TAVOLA ROTONDA| Pruriti perineali e mentali**
Presidente: P. Lippa

17.45 Aspetti dermatologici - P. Lippa
18.00 Il prurito negli organi genitali femminili e nell'ano - G. De Matteis, M. Pescatori
18.10 Aspetti psicologici - B. Pescatori

18.30 Test ECM di apprendimento finale

ECM
ID Evento: Da Assegnare N° crediti assegnati: Da Assegnare
Obiettivo Formativo N° 3: Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura.
Il corso è accreditato per 50 partecipanti, per le categorie: Medici di Medicina generale, Urologi, Ginecologi, Andrologi, Gastroenterologi, Chirurghi generali, Fisiatri, Psicologi, Fisioterapisti, Infermieri, Ostetriche.
L'assegnazione dei crediti ECM è subordinata alla partecipazione all'evento, alla consegna di scheda di valutazione dell'evento ed al superamento del test di valutazione finale per il quale ogni partecipante dovrà rispondere correttamente al 75% delle domande poste. La verifica della presenza avverrà attraverso lettori con codice a barre; ogni discente dovrà completare un questionario per la rilevazione della qualità percepita.

COME ISCRIVERSI
Online sul sito del Provider (www.defoe.it) entro il 15 Settembre 2023.
Per maggiori informazioni e disponibilità contattare Defoe.

QUOTE DI ISCRIZIONE
Medico Chirurgo € 200,00
Fisioterapisti, Infermieri, Ostetriche € 130,00
La quota di iscrizione è IVA esente e comprende: Kit partecipante, Attestato di partecipazione, Modulistica ECM, Lunch, Coffee Break.
Termine per le iscrizioni: 15 Settembre 2023 e comunque fino a concorrenza del numero massimo di posti disponibili.
Modalità di pagamento online, con Carta di Credito (VISA, Carta SI, Mastercard) sul sito www.defoe.it, calendario eventi.

Integrated Pelvis Group

Pelvishop

LA PELVI SICURA

Pelvishop tutto per la cura e il benessere del pavimento pelvico e non solo

Pelvishop nasce con l'idea di diventare un punto di riferimento sia per le *persone* con sintomi riferibili ai diversi comparti del pavimento pelvico che per i *professionisti* che si occupano di riabilitazione, cura e benessere della pelvi.

Pelvishop attraverso l'*e-commerce* offre una vasta gamma di prodotti che spaziano dalla nutraceutica ai dispositivi medici, dalla cosmeceutica e cosmetica ai dispositivi per l'igiene personale.

Emoraus
trattamento delle emorroidi

Venocircolaus
per la funzionalità del microcircolo

Pulsaclis
clisma a getto pulsante per la TAI

Perausetta
peretta evacuativa

Igiet
dispositivo per l'igiene personale

Pelvishop dedica uno spazio all'approfondimento di eventuali problematiche personali attraverso *l'esperto risponde* in cui uno staff di specialisti è sempre pronto a dare una risposta.

Pelvishop con pubblicazioni e informazioni di carattere scientifico rappresenta anche una piattaforma in evoluzione, grazie alle *nuove tecnologie*, per il confronto di opinioni tra *specialisti* in ambito uro-ginecologico, proctologico e fisiatrico al servizio dei *pazienti*.

www.pelvishop.com

Detergente intimo
con aloe vera e cappero,
ad azione lenitiva e idratante.
Ideale per tutta la famiglia.

naturale nell'intimo

sapimed S.p.A.

Alessandria - Italy
info@sapimed.com • www.sapimed.com

In farmacia e su shop.sapitech.it

/Sapimedspa