Vol. 37 - N. 3
Settembre 2018

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

ISSN 1973-4891

INSERTO PER L'ITALIA

PELVIPERINEOLOGIA

RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

Collaboratori 2016-2018

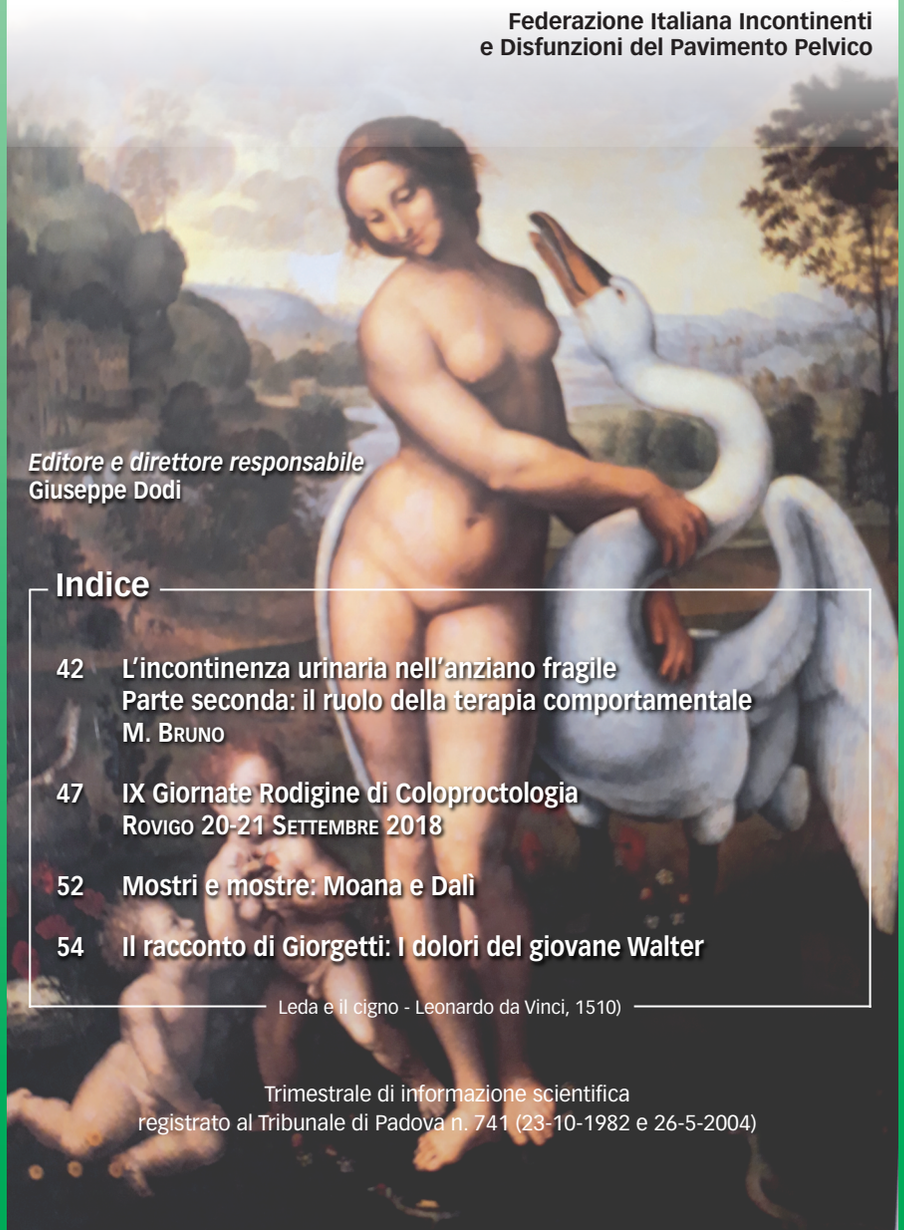
Ilaria Baini, Gabriele Bazzocchi, Arianna Bortolami, Stella De Chino, Davide De Vita, Umberto Ferro, Elena Frighetto, Mariella Fusco, Fabio Gaj, Donatella Giraudo, Guerrino Giorgetti, Mauro Menarini, Andrea Meneghini, Umberto Nardi, Stefano Salvatore, Désirée Uguccioni dei Buondelmonti

Sezioni

Ginecologia estetica
Medicina complementare
Medicina legale
Medicina narrativa
Pelvi-perineo-cultura
Riabilitazione/perineo felice
Storia della pelviperineologia

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



Editore e direttore responsabile
Giuseppe Dodi

Indice

42 L'incontinenza urinaria nell'anziano fragile
Parte seconda: il ruolo della terapia comportamentale
M. Bruno

47 IX Giornate Rodigine di Coloproctologia
Rovigo 20-21 Settembre 2018

52 Mostri e mostre: Moana e Dalì

54 Il racconto di Giorgetti: I dolori del giovane Walter

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 e stampa:
Tip. Veneta
Via E. Dalla Costa, 6
35129 Padova
info@tipografiaveneta.it
giuseppe.dodi@unipd.it

Stato dell'arte

L'incontinenza urinaria nell'anziano fragile
Parte seconda: il ruolo della terapia comportamentale

MATTEO BRUNO

Comitato Scientifico Fincopp, San Giovanni Rotondo, Foggia

Riassunto In questo lavoro si è analizzato il ruolo della terapia comportamentale nel trattamento dell'incontinenza urinaria, con particolare riferimento alla persona anziana fragile. È una terapia non invasiva che prevede una serie di consigli e tecniche comportamentali a basso costo, priva di effetti collaterali in modo da non compromettere la prosecuzione di ulteriori trattamenti terapeutici, come la terapia farmacologica e chirurgica. Il terapeuta, oltre ad adottare le diverse tecniche comportamentali in funzione della diagnosi, deve supportare psicologicamente l'assistito, che non vedrà subito dei miglioramenti, informandolo e rendendolo attivamente partecipe al trattamento, affinché sia protagonista e non passivo. Si valuteranno poi insieme i progressi o i possibili peggioramenti indotti dalla terapia comportamentale le cui tecniche hanno lo scopo di portare l'assistito a saper gestire nel maggior livello di autonomia possibile la propria disfunzione promuovendo una migliore qualità della vita.

Parole chiave: anziano fragile; incontinenza urinaria; terapia comportamentale.

INTRODUZIONE

Nell'approccio terapeutico e scientifico al trattamento dell'incontinenza urinaria, tra le opzioni non invasive la *terapia comportamentale* consiste in una serie di tecniche terapeutiche e consigli da seguire al fine di mantenere uno stile di vita sano e corretto, di star bene sia fisicamente che mentalmente e gestire nel modo più adeguato possibile gli episodi di incontinenza urinaria. Destinatari degli interventi sono in particolar modo le persone anziane fragili che non presentano particolari deficit legati alla perdita dell'autonomia in modo tale da influire sulle capacità di assumere nuove abitudini comportamentali o di eseguire autonomamente la cura della propria igiene e gli atti della vita quotidiana. Le comorbidità frequenti nella popolazione di riferimento come le patologie neurologiche, i deficit cognitivi e le difficoltà visive, possono impedire l'esecuzione di alcuni interventi comportamentali.

INVECCHIAMENTO E FRAGILITÀ

Non esiste in letteratura una definizione univoca di *fragilità*. Questo concetto è stato ampiamente utilizzato nella letteratura scientifica, ma non è stato ancora raggiunto un pieno accordo circa la definizione e i criteri più corretti per identificarla[1,2]. Secondo alcuni studiosi la fragilità è uno stato biologico età-dipendente caratterizzato da ridotta resistenza agli stress, secondario al declino cumulativo di più sistemi fisiologici[3] e correlato a comorbilità, disabilità, rischio di istituzionalizzazione e mortalità[4]. Per altri studiosi, invece, la fragilità è uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute.

L'anziano fragile ha almeno una delle seguenti caratteristiche: età superiore agli 80 anni, dipendenza fisica, presenza di tre elementi di comorbidità tra incontinenza urinaria e/o anale, instabilità posturale, allettamento o immobilizzazione, sintomi depressivi, decadimento cognitivo. Il 10-25% delle persone con più di 65 anni configura una situazione di fragilità e questa percentuale aumenta drammaticamente con l'età fino al 90% dei pazienti al di sopra degli 80 anni[5]. Alcuni studiosi[6,7] sostengono che l'anziano fragile è una persona che ha più di 65 anni con un fenotipo combinato da deficit fisici, di mobilità, di equilibrio, di forza muscolare, cognitivi, nutrizionali e di resistenza. Altri invece hanno sviluppato e proposto dei criteri operativi utili per il riconoscimento della fragilità[3] e rappresentano un fenotipo detto di fragilità, composto da cinque punti: 1. *perdita di peso*: non intenzionale nel corso dell'ultimo anno (maggiore di 4,5 Kg); 2. *affaticamento*: la fatica deve presentarsi almeno tre volte in una settimana; 3. *riduzione della forza muscolare*: viene valutata la forza di presa dell'anziano per un numero di volte; 4. *riduzione della velocità del cammino*: viene valutata l'andatura della persona anziana in base al tempo in cui riesce a percorrere una data distanza: percorso noto >7 minuti a percorrere 5 metri; 5. *ridotta attività fisica*: alla persona anziana viene chiesto se pratica attività fisica o meno. Per misurare l'attività fisica è possibile utilizzare la scala di valutazione PASE (Physical Activity Scale for the Elderly). Una persona anziana dovrebbe presentare almeno tre di questi criteri per essere considerato fragile. Questa precoce identificazione è importante per la prevenzione di malattie croniche, cadute, istituzionalizzazione e morte[7]. L'aumento della longevità negli anziani ha portato ad una disuguaglianza tra aspettativa di vita e aspettativa di vita in salute, le persone vivono più a lungo ma l'ultima parte del ciclo vitale umano è caratterizzato da cronicità e disabilità. Uno studio Istat del 2017[8] che prende in considerazione le condizioni di salute in Italia e nell'Unione Europea (periodo di riferimento 2015), riporta che, dopo i 75 anni gli anziani in Italia vivono in condizioni di salute peggiori. Il Censis[9] (2015), invece, ha rilevato che l'84,5% degli anziani valuta positivamente la propria vita, anche come forma di prevenzione primaria rispetto all'insorgere di patologie, in particolare quelle indotte dalla solitudine o dal ricorso eccessivo e inappropriato a farmaci e prestazioni sanitarie.

Per quando riguarda l'invecchiamento demografico in Italia, il tema era già stato affrontato diversi decenni fa. Infatti, già negli anni settanta i demografi italiani lanciavano l'allarme sulle conseguenze di questo fenomeno sulla società e sull'economia del nostro Paese[10]. I dati ricavati dall'ultimo rapporto dell'Istat (2016) pongono l'Italia al secondo posto per popolazione più anziana al mondo ed attestano come sia il Paese più vecchio d'Europa. Questi dati confermano che la popolazione italiana sta invecchiando in maniera inesorabile: oltre un italiano su 5 ha più di 65 anni, cioè il 22,3% della popolazione e l'età media della popolazione si aggira a circa 44,9 anni[11]. Le indagini Istat[12] nel 2016 registrano una ripresa dell'aspettativa di vita che si attesta a 80,6 anni per gli uomini (+0,5 sul 2015, +0,3 sul 2014) e a 85,1 per le donne (+0,5 sul 2015, +0,1 sul 2014). All'età di 65 anni, ad esempio, la speranza di vita arriva a 19,1 per gli uomini (+0,4 sul 2015, +0,2 sul 2014) e a 22,4 anni per le donne (rispettivamente +0,5 e +0,1). Ciò significa che un uomo di 65 anni può oltrepassare la soglia degli 84 anni mentre una donna di pari età

può oltrepassare la soglia degli 87 anni. Nel 2050 l'Istat[13] prevede che in Italia gli anziani saranno 21.775.809, il 34,3% della popolazione, passando quindi da un quinto a un terzo dei residenti.

LA FASE DI ACCERTAMENTO

L'accertamento iniziale indaga sulla stato di salute dell'assistito. Si parte da una valutazione dello stato generale, soprattutto per quanto riguarda la capacità motoria e lo stato di vigilanza e orientamento[14], infine, lo stile di vita e l'ambiente in cui vive la persona anziana fragile. La valutazione dell'incontinenza urinaria inizia con l'identificazione della tipologia d'incontinenza, della frequenza degli episodi e della quantità di urina emessa[15]. L'accertamento della condizione di incontinenza urinaria, si avvale quindi di modalità che indagano le diverse dimensioni della persona per poi procedere a stilare un piano di cura infermieristico più mirato[16].

Gli strumenti utilizzati per eseguire un accertamento sono molteplici e vanno dalle interviste e/o questionari, ai diari minzionali, alle scale di valutazione fino all'esame obiettivo[14]. La ricerca delle prime informazioni avviene con un'intervista all'assistito o ai familiari, se questo non è in grado di rispondere, tramite domande aperte e/o chiuse sull'incontinenza[14]. Le domande indagano il modello di eliminazione urinaria al momento dell'intervista, i fattori di rischio rilevanti, le patologie, i trattamenti medico-chirurgici che influenzano la continenza, i farmaci che l'assistito assume regolarmente od occasionalmente ed influenzano la minzione[14]. Parte dell'intervista potrebbe riguardare anche la defecazione, data la stretta correlazione tra il sistema urinario e intestinale[14], ad esempio, lo sforzo determinato da una stitichezza cronica può indebolire il pavimento pelvico e predisporre all'incontinenza[17]. Un'incontinenza fecale può indicare a sua volta problemi cognitivi o disturbi neurologici. A seguire viene fatta una valutazione dello stato nutrizionale e delle abitudini dietetiche che indaga il rapporto tra liquidi introdotti ed eliminati e l'assunzione di cibi che diminuiscano la tolleranza allo stimolo minzionale[14]. Il diario minzionale è utile per individuare le modalità di eliminazione urinaria in associazione al bilancio idrico[14]. Sul diario si deve registrare giornalmente quanti liquidi ha assunto la persona, i tempi di minzione e quanti episodi di incontinenza urinaria si sono manifestati. La registrazione può essere fatta sia dalla persona incontinente che dall'assistenza ed è utile per identificare le cause di incontinenza urinaria ma non è sempre attuabile per la persona anziana fragile[18]. Le linee guida del NICE raccomandano che il diario sia compilato per almeno 3 giorni[19].

Nei pazienti istituzionalizzati con deficit cognitivi si possono valutare le perdite controllando il pannolone ogni 2 o 3 ore[20].

L'*esame obiettivo* per l'incontinenza si concentra sull'area addominale e perineale e si conclude quando la diagnosi consente di intraprendere un trattamento terapeutico specifico.

TRATTAMENTO DELL'INCONTINENZA URINARIA

La terapia per la persona anziana deve essere sempre personalizzata, a causa della suscettibilità dell'anziano ad effetti avversi[21]. Gli interventi infermieristici sono in parte determinati dal tipo di trattamento che è stato intrapreso[22]. Nell'anziano la scelta del trattamento richiede non solo l'identificazione del tipo di incontinenza urinaria, ma anche la valutazione del livello funzionale e cognitivo, dello stato emozionale e delle caratteristiche dell'ambiente di vita[20]. Per essere efficace, nel trattamento dell' incontinenza urinaria è richiesta una équipe multidisciplinare, che vede la collaborazione di diverse figure professionali quali infermieri, fisioterapisti, dietisti, medici, psicologi e personale sanitario di supporto. È fondamentale che l'équipe lavori insieme per aiutare ogni persona a mantenere i più alti livelli di continenza possibile, e allo stesso tempo a promuovere l'indipendenza, l'autostima e il benessere di ogni singola persona.

Per quanto concerne l'*incontinenza urinaria transitoria*, il trattamento è basato sulle cause reversibili responsabili di tale condizione[14]. L'infermiere, in questi casi, dovrebbe identificare la causa tempestivamente al fine di risolvere il problema in modo definitivo[22], mentre per l'*incontinenza urinaria cronica*, le strategie di trattamento evolvono da quelle non invasive a quelle invasive[16].

LA TERAPIA COMPORTAMENTALE

Fa parte delle opzioni *non invasive* nell'approccio all'incontinenza urinaria con interventi che cercano di modificare il modo di reagire di una persona alla perdita di urine. L'identificazione del modello minzionale individuale può migliorare la continenza riducendo il tempo richiesto per la minzione e il tempo di assistenza da parte degli infermieri[23]. Questa terapia comprende numerosi passaggi, dall'educazione sanitaria, ai diversi esercizi[24-26], ma l'uroriabilitatore deve anche fornire incoraggiamento, comprensione e fiducia al proprio assistito, rinforzando i comportamenti positivi, in quanto è facile che l'anziano si scoraggi nel non vedere dei rapidi miglioramenti, e le istruzioni devono essere verbali e scritte[22].

La *minzione programmata* rientra tra gli interventi comportamentali, e consiste nell'accompagnare o invitare in bagno l'assistito ad intervalli regolari rispettando le normali tempistiche di svuotamento vescicale, includendo un programma di svuotamento progressivo e l'utilizzo di tecniche di rilassamento e distrazione per la soppressione dell'urgenza[27], cioè prima che il disturbo si manifesti con uno stimolo impellente e perdite di urina. Tutto ciò con le seguenti categorie di intervento comportamentale[27]: rieducazione vescicale (bladder training), svuotamento della vescica ad orari fissi (timed voiding), svuotamento programmato della vescica in base al diario minzionale (habit training), svuotamento guidato (prompted voiding), minzione sollecitata ad intervalli regolari (scheduled voiding).

Esercizi per il pavimento pelvico

Lo scopo della riabilitazione è stabilire una maggior consapevolezza della muscolatura pubococcigea, rinforzarla e migliorare il controllo degli sfinteri per eliminare o ridurre la perdita involontaria di urina sia negli uomini che nelle donne[28]. Dalla letteratura emerge che gli esercizi per il pavimento pelvico si sono dimostrati efficaci nel trattamento dell'incontinenza urinaria da sforzo o stress, per almeno 3 mesi[19], e pertanto viene altamente raccomandata. L'intensità del programma di esercizi incide sui risultati fisiologici e funzionali[29]. Uno studio condotto su oltre 100 donne di età media di 50 anni, durato 6 mesi, ha dimostrato la superiorità degli esercizi per il pavimento pelvico sulla stimolazione elettrica e sui pesi vaginali nel trattamento dell'incontinenza da sforzo[30]. Inoltre, essi agiscono sul meccanismo di chiusura uretrale, riducendo sia l'incontinenza da stress che da urgenza[31]. L'utilità di questi esercizi è stata valutata soprattutto negli uomini[32]. Gli esercizi per il pavimento pelvico si dimostrano efficaci nei soggetti più giovani e meno in anziani con ridotta capacità cognitiva[18]. Infine nelle persone non in grado di contrarre i muscoli del pavimento pelvico sono indicati biofeedback (BFB) e stimolazione elettrica funzionale (SEF)[17]. Il BFB viene utilizzato soprattutto nella fase iniziale della terapia riabilitativa al fine di incrementare la propriocezione

perineale. È indicato in caso di deficit della presa di coscienza e per il reclutamento volontario della muscolatura perineale, in presenza di contrazioni sinergiche agoniste e/o antagoniste, ipovalidità perineale. L'obiettivo è permettere all'assistito di riacquisire il controllo volontario della muscolatura potenziandone la validità e l'endurance. L'utilizzo di questa metodica permette all'assistito di individuare l'eventuale errore di esecuzione e di correggerlo in tempo reale.

Alcuni ricercatori[33] hanno condotto uno studio retrospettivo, durato 7 anni, su 390 donne affette da incontinenza urinaria da sforzo e da incontinenza urinaria mista, e sottoposte ad un intenso programma di esercizi di riabilitazione del pavimento pelvico abbinata alla tecnica del biofeedback elettromiografico.

Dallo studio è emerso che c'è stato un netto miglioramento nel test della tosse e un aumento significativo della funzionalità della muscolatura pelvica quantificata attraverso l'utilizzo dell'Oxford grading scale, di 1,2 punti. Le donne hanno riferito un miglioramento dei sintomi legati all'incontinenza pari al 95%, nel breve periodo. Inoltre, tra i partecipanti allo studio, il 71% ha riferito un netto miglioramento dei sintomi a lungo termine. In conclusione, questo studio ha dimostrato che la combinazione delle due tecniche è efficace nel trattamento dell'incontinenza urinaria femminile da sforzo e mista, senza dover fare ricorso alla chirurgia. Un altro studio ha confermato l'efficacia del BFB dopo 12 settimane in 71 partecipanti con IUS con guarigione nel 52.1%, una significativa riduzione dei punteggi del PAD test e un netto miglioramento nei risultati del questionario sulla qdv e della forza muscolare perineale[34]. Nell'incontinenza urinaria maschile dopo prostatectomia radicale gli esercizi associati alle istruzioni verbali sembrano efficaci se effettuati contemporaneamente al BFB, tuttavia senza risultati migliori rispetto alle altre tecniche e in assenza di buoni livelli di evidenza scientifica[35,36,38-41].

Minzione sollecitata ad intervalli regolari (scheduled voiding)

È una tecnica comportamentale che richiede minzioni programmate a intervalli regolari in modo che l'assistito si adatti alle abitudini di svuotamento vescicale con un lasso di tempo di 3-4 ore tra una minzione e l'altra[42], rivolta a chi, per disabilità cognitiva e/o motoria non è in grado di mingere autonomamente. Per residenti in casa di riposo con uno o entrambi i disturbi sopracitati è richiesto l'impiego di figure sanitarie di supporto. Questo tipo di intervento mira a ridurre gli episodi di incontinenza[43], ma non incide sulla funzione vescicale[18].

Rieducazione vescicale (bladder training)

Comprende una serie di interventi comportamentali finalizzati a ristabilire o rinforzare il controllo vescicale cercando di mantenere un intervallo di tempo regolare tra una minzione e l'altra e incoraggiando l'assistito ad attuare tecniche di rilassamento ed esercizi per il rafforzamento del pavimento pelvico in modo da inibire le contrazioni vescicali[17]. Da uno studio su donne di oltre 65 anni affette da incontinenza urinaria, residenti in casa di riposo, si evince che gli esercizi per il rinforzo della muscolatura pelvi-perineale associati alla rieducazione vescicale, per un periodo di 8 settimane-6 mesi, hanno significativamente ridotto gli episodi di incontinenza urinaria con un significativo miglioramento della resistenza del pavimento pelvico[44]. Con la rieducazione vescicale sono state riportate percentuali di successo dell'82,5%[15]. Tuttavia questa tecnica richiede la motivazione dell'anziano e l'integrità cognitiva[17].

Svuotamento della vescica ad orari fissi (timed voiding)

Il timed voiding consiste nell'accompagnare l'assistito ad intervalli regolari (ad orari fissi) in bagno in modo che la vescica non si riempia eccessivamente di urina o di incoraggiare la persona a urinare prima che lo stimolo appaia[6]. È un intervento finalizzato a rafforzare il controllo vescicale e a ristabilire i modelli di minzione. Questa tecnica comportamentale non è legata al tentativo di alterare i modelli individuali di utilizzare la toilette, come nel caso del training vescicale[45].

Svuotamento programmato della vescica (habit retraining)

Con l'obiettivo di eliminare o ridurre la perdita involontaria di urina si identifica una pratica di igiene comportamentale per sviluppare un programma personalizzato che prevenga l'incontinenza[46]. Solitamente tramite l'uso di un diario vescicale si esegue su persone che presentano una disabilità cognitiva e/o motoria o comunque in casi di incontinenza grave[6]. Non vi sono prove sufficienti a dimostrare che l'habit retraining dia miglioramenti della continenza. Si tratta di pratiche di igiene impiegate su persone residenti in case di riposo con disabilità cognitiva e/o motoria[47].

Svuotamento guidato (prompted voiding)

Lo svuotamento guidato[48] ha come obiettivi ridurre la frequenza e la gravità degli episodi di incontinenza urinaria, prevenire le complicanze associate, migliorare la qualità della vita con il sollecito alla minzione ad intervalli regolari e incoraggiando a mantenere il controllo della vescica tra uno svuotamento e l'altro[48]. L'infermiere può individuare i comportamenti messi in atto dall'assistito che necessita di evacuare (es. inquietudine, agitazione, spogliazione, ecc.) e condurlo a mingere ad intervalli regolari, specificati nel programma. Ciò porta ad un rinforzo positivo alle evacuazioni pulite ed è usato con successo per trattare l'incontinenza urinaria nei reparti per acuti e lungodegenze[49-51]. La letteratura suggerisce che questo intervento comportamentale non richiede dei costi per essere implementato, e un importante fattore del suo successo è la disponibilità degli operatori sanitari nel fornire stimoli guidati in modo facile da imparare, pur richiedendo dedizione e costante applicazione del protocollo[49,52,53].

Cateterismo

Il cateterismo deve essere considerato unicamente per coloro che presentano una ritenzione urinaria o qualora la persona sia costretta a rimanere allettata e l'uso dei dispositivi assorbenti possa compromettere l'integrità cutanea[17]. Negli anziani lucidi, orientati nel tempo e nello spazio e autonomi si tende a far eseguire in modo indipendente la cateterizzazione vescicale ad intermittenza. Il cateterismo a permanenza va proposto se l'assistito non è in grado di gestire quello a intermittenza, e va valutato nei soggetti con lesioni da pressione e nelle situazioni in cui il l'assistito bagna frequentemente il letto e ciò gli provoca stress[54]. È molto importante che la persona incontinente e l'assistente seguano le indicazioni date dall'infermiere per la gestione del catetere vescicale[18].

Ausili assorbenti

L'uso di ausili assorbenti è il metodo più comune per gestire l'incontinenza urinaria tra gli anziani incontinenti[17]. Molti anziani fragili che soffrono di incontinenza urinaria richiedono l'utilizzo di ausili assorbenti monouso (pannoloni) per preservare la propria dignità. Tali ausili non sono trattamenti in sé, né una risposta sufficiente al problema dell'incontinenza, ma devono essere utilizzati in aggiunta ad altri metodi o per una gestione a lungo termine per chi non ha avuto benefici da altre strategie[55].

Interventi sullo stile di vita

È importante cambiare le abitudini alimentari, ridurre l'assunzione di elementi ritenuti irritanti per la vescica quali caffeina, alcool, bevande gassate, pepe, alimenti e bevande acide[16] e sostituirli con infusi e succhi di frutta. L'irritazione

della vescica provocata da questi alimenti causa l'instabilità del muscolo detrusore e può portare ad un'incontinenza urinaria da urgenza[17]. È inoltre fondamentale verificare che l'alimentazione dell'anziano incontinente contenga un livello adeguato di fibre atto a prevenire la stipsi che influisce sull'incontinenza urinaria[6]. Se quest'ultima correzione non bastasse per ritornare a un alvo regolare, dovrebbero essere impiegate misure come i lassativi in quanto l'aumento della pressione sul pavimento pelvico per defecare può favorire le perdite di urina[17]. Un altro intervento importante è la gestione e selezione dei liquidi che l'assistito deve assumere. Entrambi sono essenziali per promuovere una sana idratazione e ridurre il rischio di sviluppo di infezioni del tratto urinario. Se la persona anziana beve poco l'infermiere e i familiari devono spiegare l'importanza dell'assunzione di liquidi. Alcuni studiosi ritengono che si dovrebbe limitare l'assunzione di liquidi per ridurre la produzione di urina[17], ma la sua riduzione rende le urine più concentrate e ciò può contribuire allo sviluppo di infezioni del tratto urinario[17,]. È importante promuovere un'adeguata idratazione incoraggiando l'assistito a bere acqua, tè o altre bevande di suo gradimento, e riconoscere i segni e i sintomi di un quadro di disidratazione al fine di prevenire la comparsa di eventi indesiderati come le lesioni da pressione, la stitichezza, l'oliguria, le infezioni delle vie urinarie e la debolezza muscolare.

La diminuzione della massa corporea e quindi del peso è un'altra strategia conservativa per ridurre gli episodi di incontinenza urinaria, in quanto il sovrappeso porta ad un aumento cronico della pressione intra-addominale e di conseguenza della pressione intra-vescicale[17].

Interventi ambientali

Si intendono con ciò tutte le iniziative che permettono una più facile identificazione ed accesso ai servizi igienici, intervenendo per migliorare la mobilità della persona e abbattere le barriere architettoniche eventualmente presenti. Le persone affette da demenza sono più a rischio di incontinenza per diversi motivi: non riescono a reagire velocemente al bisogno di andare in bagno, impiegano più tempo ad andare in bagno per problemi di mobilità e orientamento, non riescono a comunicare di aver bisogno della toilette. Alcuni consigli pratici sono quelli di rendere la porta del bagno ben identificabile (esporre un cartello, tenere la porta aperta, spostare lo specchio perché se la persona vede riflessa la propria immagine può evitare di entrare pensando che la toilette sia occupata). Per rendere più semplice la seduta si può usare un corrimano oppure per rendere il wc più identificabile si può utilizzare l'asse da bagno di un colore contrastante. In aggiunta a ciò è raccomandato un abbigliamento elastico, si possono usare pantaloni con l'elastico invece che con bottoni e cerniere, o con velcro invece dei bottoni. Per evitare episodi notturni di incontinenza, oltre a tenere a portata di mano un orinatoio portatile o una padella, è utile tenere illuminato il percorso per andare in bagno ed evitare di far bere la persona due ore prima di andare a dormire o durante la notte.

CONCLUSIONI

L'incontinenza urinaria costituisce un problema socio-sanitario rilevante, ha un impatto molto negativo sulla vita quotidiana delle persone che ne soffrono, in particolare nelle fasce di età avanzata. Essa viene considerata un segno di avvertimento per la fragilità negli anziani e, se sommata alla presenza di altre patologie croniche, rende la persona anziana bisognosa di maggiori attenzioni. A ciò si aggiunge il fatto che, ancora oggi, l'incontinenza urinaria rimane un aspetto sottodiagnosticato e quindi sottotrattato, in particolare nelle fasce di età avanzata, a causa di una scarsa promozione della continenza e della scarsità di professionisti della salute non specializzati, quindi non si pone la dovuta attenzione alle fasi di diagnosi, di classificazione, di terapia e soprattutto di un rapido recupero della continenza e nel conseguente miglioramento della qualità di vita dell'assistito. Come prima linea di approccio la terapia comportamentale deve essere applicata nel trattamento dell'incontinenza urinaria nell'anziano fragile. Come accennato affinché la terapia risulti efficace, è importante che il professionista della salute non si limiti al solo impiego e prosieguo della terapia ma che informi, istruisca e renda attivamente partecipe l'assistito nello svolgimento del programma terapeutico. In conclusione, è importante informare la popolazione sulle attuali prospettive di trattamento dell'incontinenza e sensibilizzarla a rivolgersi al proprio medico di medicina generale o ad un medico specialista riferendo la presenza di tale disturbo. Inoltre, è indispensabile approfondire la conoscenza delle problematiche fisiopatologiche delle disfunzioni pelvi-perineali, quali l'incontinenza urinaria, favorendo la formazione dei professionisti della salute (infermieri, fisioterapisti, ostetriche) capaci di comprendere l'importanza di lavorare in un'équipe professionale e multidisciplinare e adottare, quindi, un approccio globale e un progetto personalizzato costruito sulla persona, sui suoi bisogni e, agire a vari livelli, su tutti i fattori che contribuiscono allo sviluppo e aggravamento dell'incontinenza urinaria al fine di migliorare il suo stato di salute e garantire alla persona anziana, non autosufficiente, e ad i suoi familiari la migliore qualità della vita all'interno del proprio contesto sociale, abitativo ed affettivo.

BIBLIOGRAFIA

1. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J et al. An emerging research and clinical paradigm-issues and controversies. Journals of Gerontology 2007; 62: 731-737.
2. Karunananthan S, Wolfson, C, Bergman H et al. A multidisciplinary systematic literature review on frailty: overview of the methodology used by the Canadian Initiative on Frailty and Aging. BMC Med. Res. Methodol. 2009; 9: 68.
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: Evidence for a Phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56: M146-M156.
4. Fried LP, Ferrucci L, Darer J et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004; 59: 255-263.
5. Cherubini A, Mussi C, Salvioli G. La fragilità dell'anziano e la psicogeriatria. Psicogeriatria 2007; I: 9-12.
6. Wagg A, Gibson W, Ostaszkiewicz J et al. Urinary incontinence in frail elderly persons: Report from the 5th International Consultation on Incontinence. Neurourol. Urodyn. 2015; 34: 398-406.
7. Abreu da Silva V, Souza KL, D'Elboux MJ. Urinary incontinence and the criteria of frailness among the elderly outpatients. Rev Esc Enferm 2011; 45: 672-678.
8. Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'Unione Europea. Report anno 2015, 2017. Disponibile a: https://www.istat.it/it/archivio/203820.
9. Censis. L'eccellenza sostenibile nella tutela delle persone non autosufficienti; 2015.
10. Golini A. Demographic trends and ageing in Europe. Prospects, problems and polizie. Genus 1997; 53 (3-4): 33-74.
11. Istituto Nazionale Ricovero e Cura Anziani (INRCA). Bilancio sociale del 2016; 2017. Disponibile a: https://www.inrca.it/inrca/files/inevidenza/BS%202016%20web.pdf.
12. Istituto nazionale di statistica (Istat). Indicatori demografici, stime per l'anno 2016, 2017. disponibile a:https://www.istat.it/it/files//2017/03/Statistica-report-Indicatori-demografici_2016.pdf.
13. Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Il futuro demografico del Paese, 2017.

14. Di Falco A, Degan M. Il controllo e l'aiuto. Assistenza e trattamento dell'incontinenza urinaria. 1" ed. Roma: Carocci editore 2007.
15. Talley KM, Wyman JF, Shamliyan TA. State of the science: conservative interven-tions for urinary incontinence in frail community-dwelling older adults. Nurs Outlook 2011; 59: 215-20, 220.
16. Clemens QJ. Urinary incontinence in men 2016. Disponibile a: http://www.uptodate.com/contents/urinary-incontinence-in-men.
17. Abreu da Silva V, D'Elboux MJ. Nurses' interventions in the management of urinary incontinence in the elderly: an integrative review 2012; 46: 1218-23.
18. Alexander L, Shakespeare K, Barradell V, Orme S. Management of urinary incontinence in frail elderly women. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine 2015; 25: 75-82.
19. National Institute for Health and Clinical Excellence. Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. Clinical guideline 40; 2006.
20. Benvenuti F. Linee guida al trattamento dell'incontinenza urinaria nel paziente anziano. Giorn. Gerontol. 2000; 48: 208-15.
21. Baldo A, Battaglino F, Bono A, et al. Libro Bianco sull'incontinenza urinaria. Cassano delle Murge: Di Canosa Stampa Editoriale 2012.
22. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner-Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica. 4" ed. Milano: Casa Editrice Ambrosiana 2010.
23. Lyons SS, Pringle Specht JKP. Prompted voiding for persons with urinary incontinence evidence-based protocol. Series on Evidence-Based Practice for Older Adults. Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing 1999.
24. Labrie J, Berghmans BL, Fischer K et al. Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence. N Engl J Med 2013; 369: 1124-1133.
25. Rai BP, Cody JD, Alhasso A et al. Anticholinergic drugs versus nondrug active terapie for non-neurogenic overactive bladder syndrome in adults. Cochrane database of systematic reviews 2012; 12: CD0003193.
26. Shamliyan T, Wyman J, Kane RL, AHRQ Comparative Effectiveness Reviews. Nonsurgical treatments for urinary incontinence in adult women: diagnosis and comparative effectiveness. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality 2012; 11: EHC074EF.
27. Bo K, Frawley HC, Haylen BT et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and non-pharmacological management of female pelvic floor dysfunction. Article published in the Int Urogynecol J 2017; 28: 191-213.
28. De Chino S, Bruno M. Prostatectomia radicale: indicazioni riabilitative per gli operatori coinvolti nella presa in carico del paziente. Pelviperineologia 2017; 36: 9-10.
29. Bo K, Hagen RH, Kvarstein B et al. Pelvic floor muscle exercises for the treatment of female stress urinary incontinence. III: Effects of two different degrees of pelvic floor muscle exercises. Neurourol Urodyn 1990; 9: 489-502.
30. Bo K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor muscles exercises, electrical stimulation, vaginal cones and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. Br Med J. 1999; 318: 487-93.
31. Stenzelius K, Molander U, Odeberg J et al. The effect of conservative treatment of urinary incontinence among older and frail older people: a systematic review. Age Ageing 2015; 44: 736-744.
32. Van Kampen M, De Weerdt W, Van Poppel H et al. Effect of pelvic floor re-education on duration and degree of incontinece after radical prostatectomy: a randomised controlled trial. Lancet 2000; 355: 98-102.
33. Dannecker C, Wolf V, Raab R et al. EMG-biofeedback assisted pelvic floor muscle training is an effective therapy of stress urinary or mixed incontinence: a 7 year experience with 390 patients. Arch Gynecol Obstet 2005; 273: 93-97.
34. Lee HN, Lee SY, Lee YS et al. Pelvic floor muscle training using an extracorporeal biofeedback device for female stress urinary incontinence. Int Urogynecol J 2013; 24: 831-8.
35. Floratos DL, Sonke GS, Rapidou CA et al. Biofeedback vs verbal feedback as learning tools for pelvic muscle evercise in the early management of urinary incontinence after radical prostatectomy. BJU 2002; 89: 714-719.
36. Wille S, Sobottka A, Heindenreich A at al. Pelvic floor exercise, electrical stimulation and biofeedback after radical prostatectomy: result of a prospective randomized trial. J Urol 2003,170: 490-493.
37. Campbell SE, Glazener CM, Hunter KF, Cody JD, Moore KN. Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence. Cochrane database of systematic reviews 2012; 1: CD001843.
38. Mariotti G, Sciarra A, Gentilucci A et al. Early recovery of urinary continence after radical prostatectomy using early pelvic floor electrical stimulation and biofeedback associated treatment. J Urol 2009; 181: 1788-93.
39. Ribeiro L, Prota C, Gomes C et al. Long-term effect of early postoperative pelvic floor biofeedback on continence in men undergoing radical prostatectomy: a prospective, randomized, controlled trial. J Urol 2010; 184 (3): 1034-9.
40. Nyarangi-Dix J, Schultz-Lampel D, Hohenfellner U, et al. Conservative management of postoperative urinary incontinence in men. Urologe A. 2010; 49: 49.
41. Burgio K, Goode P, Urban D et al. Preoperative biofeedback assisted behavioral training to decrease post-prostatectomy incontinence: a randomized, controlled trial. J Urol 2006; 175: 196-201.
42. Virginia Department of Health. Assessment of Urinary Incontinence.Disponibile a: http://www.vdh.virginia.gov/content/uploads/sites/13/2016/03/UTI_AssessmentIncontinenceTEMPLATE.doc.
43. Gibson W, Wagg A. New horizons: urinary incontinence in older people. Age Ageing 2014; 43: 157-163.
44. Aslan E, Komurcu N, Beji NK et al. Bladder Training and Kegel Exercises for Women with Urinary Complaints Living in a Rest Home. Gerontology 2008.
45. Ostaszkiewicz J, Johnston L, Roe B. Timed voiding for the management of urinary incontinence in adults. Cochrane database of systematic reviews 2004.
46. Ostaszkiewicz J, Chestney T, Roe B. Habit retraining for the management of urinary incontinence in adults. Cochrane database of systematic reviews 2004.
47. Roe B, Flanagan L, Jack B, et al. Systematic review of the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes: descriptive studies with urinary incontinence as primary focus. Journal of Advanced Nursing 2011; 67: 228-250.
48. Nurses' Association of Ontario. Promoting Continence Using Prompted Voiding. Revised 2005.
49. Eustice S, Roe B, Paterson, J. Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults. Cochrane Review. In The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software Ltd 2004.
50. Holroyd-Leduc JM, Strauss SE. Management of urinary incontinence in women: Scientific review. JAMA: Journal of the American Medical Association 2004; 291: 986-995.
51. Schnelle JF. Treatment of urinary incontinence in nursing home patients by prompted voiding. Journal of the American Geriatrics Society 1990; 38: 356-360.
52. McCormick AK, Burgio DL, Engel TB et al. Urinary incontinence: An augmented prompted void approach. Journal of Gerontological Nursing 1992; 18: 3-9.
53. Schnelle JF, Traughber B, Sowell AV et al. (1989). Prompted voiding treatment of urinary incontinence in nursing home patients. Journal of the American Geriatrics Society 1989; 37: 1052-1057.
54. Thrirugnanasothy S. Managing urinary incontinence in older people. BMJ 2010; 341: c3835.
55. Palese A, Carniel G. The effects of a multi-intervention incontinence care program on clinical, economic, and environmental outcomes. Journal of Ostomy and Wound Care Nurs 2011; 38: 177-183.

Corrispondenza:
Matteo Bruno
Dottore in infermieristica
Via Aspromonte 1 - San Giovanni Rotondo 71013 Foggia – Italy
E-mail: teobruno@outlook.it

IX Giornate Rodigine di Coloproctologia

Rovigo 20-21 Settembre 2018

Outpatient treatment of symptomatic hemorrhoidal disease with the injection of 3% polidocanol foamin 46 patients

M. Minafra, P. Lobascio, R. Laforgia. *General Surgery Unit "V. Bonomo", Department of Emergency and Organ Transplantation, University of Bari, Bari, Italy*

Background. According to the guidelines of the Italian Society of Colorectal Surgery, first and second degree symptomatic hemorrhoids and many cases of third degree hemorrhoids, do not resolve with diet and pharmacological, can be treated with sclerotherapy. The aim of our study was to analyze the effectiveness, safety, results and quality of life of the treatment for second and third degree hemorrhoids with 3% polidocanol foam injection sclerotherapy.

Methods. The inclusion criteria were the following: second degree bleeding hemorrhoids (some patients presented with severe anaemic with HB <6g/dl); prolapsed/bleeding third degree hemorrhoids in patients who fall into American Society of Anesthesiologists class III-IV, and patients who refused to undergo surgical treatment. All patients underwent polidocanol 3% foam injection using Lobascio's technique or the modified Blonde-Blanchard technique. The Lobascio technique, consists of injecting polidocanol 3% into the hemorrhoids and not into the submucosa, at the base of the swelling itself. In addition, we performed injection with a tangential approach, especially at the level of the right anterior swelling (at 11 o'clock) in order to avoid prostatic and urinary complications in the male. Data were collected from the patients' files. The patients were asked to return to the outpatient clinic for follow-up at 1 week and 1, 3, 6, 12 and 24 months.

Results. Forty-six patients underwent polidocanol 3% foam injection (42 males, age range 30-70 years). Symptomatic recurrence was detected in 11 patients after 1 year; 2 patients had pain and thrombosis the day after the procedure.

Conclusions. Sclerotherapy with 3% polidocanol foam is a simple, safe and effective method for treating symptomatic second and third degree hemorrhoids.

The use of a modified rhomboid mucocutaneous advancement flap for anal stenosis

G. Gallo, M. Campanelli, G. Clerico, A. Realis Luc, M. Trompetto. *Department of Colorectal Surgery, S. Rita Clinic, Vercelli and Department of Medical and Surgical Sciences, University of Catanzaro, Catanzaro, Italy*

Background. Anal stenosis is a a proctological disorder that can manifest with a large array of symptoms including excessive straining, painful evacuation, and bleeding after defecation that is associated with various diseases (inflammatory bowel disease, tuberculosis, cancer radiotherapy, or most frequently is a complication of anal/perianal surgery (especially hemorrhoidectomy). A certain percentage of patients with anal stenosis can be successfully treated by simple anal dilatation or by careful local incision but the majority of severe cases require a plasty. Many types of mucosal and mucocutaneous flaps are used for anoplastiy (house, V-Y, rhomboidal flaps) depending on the local condition or more frequently on the preference or experience of the surgeon. The aim of this study was to evaluate the role of our modified rhomboid mucocutaneous flap for anal stenosis.

Methods. From January 2002 to September 2015 we treated 50 patients with modified rhomboidal flaps, 4 of which bilateral (mean age 58 years, range 33-82 years, 27 females and 23 males). All patients underwent digital rectal examination. We categorized the severity of the stenosis using Milsom's topografic classification. Patients were operated on in the lithotomy position under epidural anesthesia.

Results. The mean operating time was 30 minutes (range 25-45 minutes) for the monolateral flap and 50 minutes (range 45-65 minutes) for the bilateral flap. The mean length of hospital stay was 2 days. The mean length of follow-up was 84 months (range 9-168 months). No major complications occurred. Healing by secondary intention was the most frequent cause of discomfort postoperatively. The large majority of patients (92%) were satisfied with the treatment as they no longer experienced pain, bleeding and spaghetti-like feces.

Conclusions. The use of a modified rhomboid mucocutaneous flap is a good option for the treatment of patients with anal stenosis requiring surgery. Preoperative evaluation of the stenosis is crucial for success.

Pelvic hematoma following stapled hemorrhoidopexy: a rare complication treated with percutaneous angioembolization

F. Ferrara, P. Rigamonti, G. Damiani, M. Cariati, M. Stella. *Department of Surgery San Carlo Borromeo Hospital, Milan, Italy*

Background: Stapled transanal mucopexy for hemorroids, also called procedure for prolapsed hemorroids (PPH) or hemorrhoidopexy, has been introduced as an alternative to the Ferguson and Milligan-Morgan techniques. However this procedure is not free from complications, some of which have been described as serious. One of the most often reported complications is bleeding, that, in some cases, can be severe. We describe a case of a female patient with a huge pelvic hematoma following PPH, successfully treated with percutaneous angioembolization.

Methods: A 76-year-old woman complaining of recurrent anorectal bleeding and pelvic discomfort was referred to our unit for hemorrhoidal prolapse. She had a past history of hypertension and chronic constipation. At consultation 4th degree mucohemorrhoidal prolapse was diagnosed, according to Goligher's classification. Colonoscopy showed no abnormalities in the colon, and surgery was indicated. PPH was offered and was accepted by the patient. The operation was performed with the PPH-03 stapler kit as usual, with no intraoperative complication. At the end of the procedure the rectal suture was 4 cm above the dentate line and was complete. Additional stitches were placed on the suture line and finally no bleeding points were noted. Then postoperative endoanal sponge was left in place.

Results: A few hours after surgery the patient started to complain of abdominal pain and pelvic discomfort. On clinical examination the abdomen was diffusely painful, with abdominal rigidity in the lower quadrants, suggesting acute abdomen. No rectal bleeding nor other abnormalities were noted. Since the pain did not regress after strong analgesic therapy, an urgent abdominal and pelvic contrast-enhanced computed tomography (CT) scan was performed. The exam showed a giant perirectal and retroperitoneal pelvic hematoma, with signs of active bleeding. Subsequent selective arteriography showed massive bleeding from the superior haemorrhoidal artery, which was treated with super-selective embolization. The procedure was successful and the patient's symptoms immediately improved. Her subsequent hospital stay was uneventful and she was discharged on postoperative day 9, after a control CT scan which showed partial regression of the hematoma with no signs of active bleeding. At the 30-day postdischarge follow-up, the patient was completely pain-free with no signs of pelvic discomfort. Anorectal examination showed a regular stapler line with no prolapse recurrence and a new CT scan revealed regression of the pelvic hematoma.

Conclusions: Severe complications may occur after PPH and one of the most important is local bleeding prompt diagnosis with CT scan permitted efficacious non-operative treatment with angioembolization, avoiding the need of reoperation for a potentially serious complication

Injection of adipose tissue derived stem cells (MYSTEM® EVO technology): a new sphincter preserving treatment for complex transphincteric anal fistulas

M. Minafra, P. Lobascio, R. Laforgia, A. Delvecchio. *General Surgery Unit, University of Bari, Bari, Italy*

Background: Adipose tissue-derived stem cells (ADSCs) are multipotent and can differentiate into various cell types. ADSCs have been tested for use in the treatment of Crohn's fistulae with good results. We used autologous transplantation of ADSCs for complex transphinteric fistulas, a sphincter-preserving technique to avoid the risk of fecal incontinence.

Presentation of case: We present a case of a 77- year-old male patient with a left posterior lateral perianal abscess and 6 cm long fistula tract and with posterior external opening but no internal opening. The surgical procedure was performed when the fistula had stopped discharging pus. MYSTEM® EVO Technology was used to obtain stem cells. They were injected outside (directed towards a hypothetical internal opening) and inside the fistula tract. The external opening was closed with absorbable sutures. Follow-up at 7, 30 and 180 days after treatment, demonstrated complete healing of the fistula.

Results: Adipose tissue is an excellent source of adult stem cells, because of plasticity features which make these cells a promising source for future applications. Stem-cell based therapy will most likely have a revolutionary impact in the management of Crohn's fistula, because of the anti-inflammatory and immunomodulatory capacities of these cells.

Conclusions: ADSCs are a promising new sphincter preserving treatment option for high or complex transphincteric anal fistulas, and MYSYSTEM® EVO Technology is potentially useful for this application.

Anal fistula repair: treatment with an acellular dermal matrix plug

R. Curinga, L. Losacco, A. Legnaro, M. Longo, F. Pietrangeli, E. Facci. *Coloproctology Unit, Rovigo Hospital, Rovigo, Italy*

Background: This study was designed to evaluate the outcomes of treatment using a matrix plug for anal fistula repair. The three- dimensional structure ensure the stability of the device, the sharp edges of the wedge enables incorporation into the host tissue with lower inflammatory responses and primary stability.

Methods: The study was conducted at the Unit of Coloproctology, Rovigo Hospital, from January 2014 to September 2017 on patients with complex anal fistula, 9 male and 12 female, median age 53 years (range: 29-80 years), were treated for anal fistula repair with plug (Pressfit). Only patients with complex anal fistula were enrolled in the study. Patients were previously treated with a loose seton for 3-12 months to promote drainage of the fistula After seton removal and courettage, the larger part of the matrix plug is inserted into the internal and anchored by sutures; then the internal orifice is closed with a small mucosal flap. The truncated pyramid frustum shape creates an intimate contact which promotes tissue regeneration.

Results: There were 21 patients (9 males and 12 females), median age 53 years (range: 29-80 years). Mean operative time was 30 minutes. No major complications, active sepsis or mortality were observed. The success rate, after a mean follow up of 21 months (range:1-46 months) was 67% (14 of 21 fistulas). The recurrence rate was 23% (7 of 21 fistulas); Time until recurrence was 3-4 months. Two patients with recurrence were successfully treated with a new plug procedure, and 5 were treated with fistulectomy. No patient experienced any change in incontinence.

Conclusions: Fistula plug treatment with acellular dermal matrix is a safe and viable surgical option that should be offered to anal fistula patients. The procedure is safe, simple and has low risk of morbidity. A longer follow-up period and a larger sample size remain to be explored.

3-D endoanal ultrasound: diagnosis and follow-up of anal fistulas in Crohn's disease

S. Orlandi, A. Massella, A. Variola, M. Fortuna, P. Bocus, A. Geccherle. *Department of Surgery, Negrar Hospital "Don Calabria", Verona, Italy*

Background: Perianal Crohn's disease (PCD) requires a multidisciplinary treatment approach. For optimal management of the disease, it is critical to perform a complete evaluation of the fistula, including clinical assessment of the external opening and digital rectal exploration (DRE), endoscopic evaluation and magnetic resonance imaging (MRI) measurements to define fistula anatomy and the presence of abscesses. The aim of our study was to test the role of three-dimensional endoanal ultrasound (3D-EAUS) in the management of PCD.

Methods: 3D-EAUS shows a good concordance with surgery in detection of primary and secondary fistulas and has a high sensitivity and specificity for diagnosis of the internal opening.

Results: Fifty-five patients (patients) with complex PCD underwent surgery: 13 patients were treated using video-assisted anal fistula treatment (VAAFT) combined with advancement flap repair and closure of the internal opening, 16 patients were treated with lay open surgery and 26 patients underwent fistulectomy and seton placement. One month after surgery all the patients received infliximab (IFX) therapy. During the induction period patients underwent proctologic examination and 3D-EAUS. When the patients were on maintenance IFX therapy only DRE and anoscopy were performed, Due to detection of abscess, an absolute contraindication to IFX, ultrasound examination was crucial in stopping the biologic therapy in 3% of patients.

Conclusions: 3D-EAUS is a cost-effective, useful and simple technique for the monitoring of PCD patients undergoing surgery and subsequently treated with IFX.

Long-term results of a new artificial anal sphincter in treating fecal incontinence

V. De Simone, F. Litta, A. Parello, U. Grossi, C. Ratto. *Proctology Unit, University Hospital Gemelli IRCCS Rome, Italy*

Background. Fecal incontinence (FI) significantly affects patients' quality of life (QoL). Treatment of FI is still controversial. Correct selection of an effective procedure is crucial. A new artificial anal sphincter, SphinKeeper (SK, THD SpA, Correggio, Italy) was devised with the aim of surrounding the anal canal with specifically designed self-expandable prostheses. The aim of our study was to assess the long-term results in patients treated for FI with SphinKeeper.

Methods: SphinKeeper prostheses (length: 25 mm; diameter: 3 mm) are hydrophilic and self-expandable, changing, when immersed in body fluids, dimensions (length: 22 mm; diameter: 7 mm) and becoming soft with shape memory. SK implant was performed in lithotomy position, under local anesthesia. Ten 2-mm perianal skin incisions were made equidistant each other. Under digital guidance, the dispenser cannula was inserted into the intersphincteric space reaching the upper part of the anal canal. Endoanal ultrasound (EAUS) confirmed the correct position. Then, the delivery system provided the automatic deployment of 10 prostheses along the anal canal circumference. Follow up (FU) was scheduled at 1 week, 1, 3, 12 months, and once a year, providing clinical assessment (including FI severity scores), EAUS and anal manometry (ARM).

Results: Forty-one patients (9 men, 32 females; median age: 58 years, range 20-75 years) underwent SK implantation. Mean operative time was 40 minutes (range 30-45 minutes). None intra-or postoperative complications were registered, (including sepsis). No patients complained of anal pain/discomfort. For 19 patients follow-up duration was at least 12 months (range 12-15 months) . Compared with baseline, reduction in mean episodes of soiling (from 8.4 to 3.6, p=0.0014), incontinence to gas (from 22.2 to 9.0, p=0.0024), liquid (from 6.0 to 1.8, p<0.0001), and solid stools (from 3.4 to 1.5, p=0.065) was achieved. In 10 patients (52.6%) a reduction of >75% of episodes of FI was registered; 6 patients (31.6%) regained full continence. FI severity scores improved significantly: Wexner score, from 11.8 to 6.2, (p=0.000); Vaizey score, from 14 to 7.7, (p<0.0001); AMS score, from 78.8 to 42.9, (p=0.0098). When compared to baseline, a significantly higher number of patients had the ability to defer defecation for >5 minutes following SK implantation (21.1% vs. 52.7%, p<0.001). At ARM, resting pressure did not change significantly but squeeze pressure improved (from 102.2±77.2 to 120.4±65.3, p=0.02) and the functional length of the anal canal increased (from 1.6±1.0 to 1.9±0.4, p=0.27)

Conclusions: This study demonstrates the long-term safety and efficacy of SK in treating FI. Also, soiling and incontinence to gas resulted significantly improved. The mechanisms of action of SK must be better elucidated; however, this study showed improved ability to defer defecation, increased functional length of the anal canal, and increased squeeze pressure. This procedure can be considered a valid therapeutic option in FI.

Impact of fistulotomy and primary sphincteroplasty on continence and patient satisfaction: long-term results

F. Litta, A. Parello, V. De Simone, U. Grossi, C. Ratto. *UOSA Proctologia Fond, Policlinico Gemelli IRCCS Rome, Italy*

Background: The aim of this retrospective study was to evaluate the safety and long-term efficacy of fistulotomy and primary sphincteroplasty (FIPS), and evaluate its impact on postoperative continence status and patient satisfaction.

Methods: Between June 2006 and May 2017, 203 patients (139 males; mean age: 48.7 years) with cryptoglandular anal fistulas who underwent FIPS were evaluated by standardized telephone interview. Main outcome measures evaluated were: fistula healing, continence status, and patient satisfaction (with a visual analogue scale).

Results: Fistulas treated were intersphincteric in 58 patients (28.6%), and transphincteric in 145 (71.4%, 60 low, 85 medium-high). One hundred and three patients (50.7%) had complex fistulas. After a mean follow-up duration of 55.9±30.9 months (range, 12-143 months), the healing rate was 92.6% (188 patients). Preoperatively, 8 patients (3.9%) experienced post-defecation soiling, and 1 patient (0.5%) experienced gas incontinence. Postoperatively, 26 patients (12.8%) complained of "de novo" continence impairment, mainly consisting of post-defecation soiling (20 patients, 9.8%); the overall Cleveland Clinic fecal incontinence score did not significantly change (preoperative, 0.04; at follow-up, 0.49). On univariate analysis patients with a recurrent fistula (p=0.002), complex fistula (p=0.012), fistula with secondary tracts (p=0.004), and with previous seton drainage (p=0.0001), were at higher risk of incontinence. On multivariate analysis the only significant factor was fistula complexity (p=0.050). Mean patient satisfaction (measured with a visual analogue scale) was 9.3±1.6. Patients with a transphincteric fistula (p=0.011), complex fistula (p=-0.0001), fistula with secondary tracts (p=0.041), or with previous seton drainage (p=0.008), and postoperative continence impairment (p=0.0001) had a lower satisfaction rate. On the multivariate analysis the only factor associated with a lower satisfaction rate was the postoperative onset of incontinence (p=0.0001). *Conclusions:* FIPS should be considered a valid therapeutic option for selected anal fistulas, since it provides a good healing rate, and high patient satisfaction. However, a risk of postoperative minor fecal incontinence exists, and it should be considered and discussed with patients.

Impact of proctologic surgery on anal intercourse: a prospective study

A. Sturiale, B. Fabiani, C. Menconi, D. Cafaro, J. Martellucci, G. Naldini. *Proctological and Perineal Surgical Unit, Cisanello University Hospital, Pisa, Italy*

Background. The percentage of the heterosexual population that has experienced and regularly have anal intercourse ranges from 20% to 35% in the USA. This rises to 95% in the lesbian, gay, bisexual and transgender population. Because of the lack of data in the literature about the effect of proctologic surgery on anal sex, the aim of this study was to determine if this type of surgery has an impact on sexual behavior in males and females

Methods From March 2016 until February 2018, an anonymous questionnaire was submitted to all patients aged>18, independently of gender, who had undergone proctologic surgery in two surgical units in tertiary referral centers. The exclusion criteria were incomplete healing and less than 3-month follow-up.

Results. Nine hundred twenty-nine patients answered the questionnaire. The overall preoperative rate of anal intercourse was 22.5%. The percentage of males and females having anal sex was 16.7% and 28.9% respectively. The overall rate of anal intercourse postoperatively was 11.8%. The rate of anal intercourse after surgery among those individuals who regularly had anal intercourse preoperatively was 52.6% while 47.4% abandoned the practice. The main cause of abandoning anal intercourse was the fear of pain without any attempt made to have intercourse in 43% of cases. The second most common cause was experienced pain in 35% of cases. Twenty-two percent of the patients did not answer the question.

Conclusions. Anal sex is a widespread practice, especially in the high-risk population. Proctologic procedures may have an impact on this practice but there are few reports with tips and advice about problems after this type of surgery. Our study showed how most of the patients changed their sexual behaviour after surgery. Hence, the surgeon should inform the patient about the possible effects of proctologic surgery on anal intercourses.

A nationwide survey of internet and social media use among patients with colorectal disease

Sturiale, G. Gallo, G. Pellino, F. Pata, E. Moggia, P. Campennì M. Milone, J. Martellucci. *On behalf of the Young-SICCR Committee*

Background. The aim of the internet and social media among colorectal patients (ISMAEL) surveyis to evaluate the impact of internet and social media on patients with colorectal and proctologic diseases. The study was designed to define the use of these tools as information sources, in order to develop new contemporary and scientifically-based communication strategies for patients.

Methods. From March to July 2018 an anonymous questionnaire of 18 items will be administered to all the patients referred to the outpatient clinic of the participating centers affiliated with the Italian Society of Colorectal Surgery. To join the study a center is required to administer a minimum of 200 questionnaires. Each center created a team (up to 3 investigators, 1 senior and 2 under 40 years of age), to whom authorship will be guaranteed.

Results. Currently more than 40 referral centers affiliated with the Italian Society of Colorectal Surgery have joined the survey and the estimated number of questionnaires is around 8000. One hundred days after the beginning of the study 1527 questionnaires were already uploaded on a dedicated platform (https://docs.google.com/forms/d/1KssYJz4Y2ILAgx0Gor4dk3e4TV2yQ_5gZ86RElOsn6M/viewform?ts=5aec1810&edit_requested=true Google form - Google LLC) with a homogeneous distribution throughout Italy.

Conclusions Internet and social media are increasingly a source of information for surgeons and patients. Understanding how they are used by the patients to get information about diseases, possible treatments and find out which specialists treat such specific problems is a key step in creating network on medical and scientific issues.

An APP in proctology: Innovative solutions to improve the life of the patient and the surgeon

D. Passannanti, F. Gaj. *Department of Surgery, Sapienza University, Rome, Italy*

Technological progress has opened numerous paths and possibilities for a different approach to clinical practice. Our application, available for PC, tablet and smartphone, aims to improve the assistance provided to the patient and facilitate the work of health professionals. The first section of the APP is addressed to the doctor, especially residents. Collected here is some valuable information regarding patient management: how to write the medical record; physical examination (with particular attention to the exploration of the perianal and rectal region). The most common surgical techniques are explained, to provide the young doctor with basic knowledge. The second section is aimed at the nursing staff. Useful information is given about, for example, the instruments necessary for a specific operation or the description of the correct positioning of the patient on the operating table. There is also useful information for the ward nursing staff about post-operative management of the patient. The third section is addressed mainly to the patient. It contains some images and videos that the doctor can use to explain the anatomy of the anal and perianal regions and some pathologies, to foster a greater degree of understanding by the patient, thus encouraging compliance. The last section of the APP is dedicated to sending pre-filled documents to the patient. In a single step, it is possible to send forms and information sheets concerning all the phases of the treatment. For example: pre-hospitalization procedures or post-surgery suggestions. Even informed consent can be sent via email with a single click. This APP is proposed as a 360°aid to the participants in the healthcare process, placing the patient's wellbeing at the center, and with the further goal of supporting and facilitating the work of all health professionals, while taking into consideration economic factors, not negligible in any health initiative.

Innate immunity and Crohn's disease recurrence after surgery

L. Saadeh, I. Angriman, A. Kotsafti, C. Mescoli, T. Odorizzi, M. Scarpa, F. Cavallin, M. Rugge, R. Bardini, I. Castagliuolo. *Department of Surgery, University of Padua, Italy*

Background. Crohn's disease (CD) is a chronic inflammatory disease affecting the gastrointestinal tract with a patchy and transmural involvement. Complications of CD or unresponsiveness to medical therapy are managed with surgery but the recurrence rate is high. Reoperation is often required because of fibrotic stenosis of the anastomosis. The aim of this study was to analyse the relationship between innate immunity mediators and ileal wall fibrosis and to define possible molecular predictors of clinical and endoscopic recurrence.

Methods. Mucosal samples were obtained from both healthy and inflamed ileum of 56 consecutive patients undergoing ileo-colonic resection for CD. Ileal mucosal samples of 14 patients undergoing surgery for cancer were obtained as control tissues. Data on clinical, endoscopic, and surgical follow-up were collected. Clinical recurrence was defined as HBI≥8 (moderate-to-severe activity) while endoscopic recurrence was defined as Rutgeerts's score ≥3. A pathologist evaluated the fibrosis grade with a specific score. CD68, CD163 and iNOS expression was evaluated with immunohistochemistry through a semi-quantitative scale. TLR2, TLR4, TLR5, HBD1, HBD2, HBD3, HD5, and HD6 mRNA expression was quantified through RT-PCR. Concentrations of BDNF, Eotaxin-1, ICAM-1, IL-1β, IL-1alpha, IL-1ra, IL-12p40, IL-12p70, IL-15, IL-17, IL-23, MMP-3, SCF, VEGF were determined with ELISA. Statistical analysis was carried out with non-parametric tests. *Results* There was a direct correlation between the grade of fibrosis and the IL-17 concentration ($r = 0.37$; $p = 0.04$) and an inverse correlation between the grade of fibrosis and HBD1 ($r = -0.34$; $p = 0.01$), TLR4 ($r = -0.41$; $p < 0.01$), and IL-12p70 ($r = -0.37$; $p = 0.01$) levels. HBD1 and TLR4 accurately indicated severe fibrosis (AUC 68%; $p = 0.02$ e AUC 72%; $p < 0.01$ respectively). During the follow-up, 30% of patients (17/56) developed moderate-to-severe clinical recurrence, while 21% of the patients (12/56) developed endoscopic recurrence. Theclinical recurrence-free interval was inversely correlated with the expression of CD68 ($r = -0.335$; $p = 0.01$) and CD163 ($r = -0.341$; $p = 0.02$) and iNOS expression was inversely correlated with the endoscopic recurrence-free interval ($r = –0.46$; $p = 0.02$). The clinical recurrence-free interval was directly correlated with TLR2 ($r = 0.36$; $p = 0.01$), TLR5 ($r = 0.42$; $p < 0.01$), IL-17 ($r = 0.42$; $p < 0.01$), IL-23 ($r = 0.39$; $p = 0.01$) levels.

Conclusions. Pro-inflammatory cytokines perpetuate inflammation and are associated with intestinal fibrosis. HBD1 and TLR4 may be accurate molecular markers of severe fibrosis. M1 macrophages seem to play an important role in the re-activation of the inflammation after surgery.

Human papillomavirus vaccination and squamous cell anal cancer: how does the screening change?

E. Stocco[1], A. Infantino[1], G. Moise[2], C. Colli[3], E. Vaccher[4], O. Schioppa[4], D. Giacomazzi[5], S. Sulfaro[6], A. Camporese[7]
Department of General Surgery, San Vito al Tagliamento (PN) Hospital, Italy[1] Dermatology Department, MTS Center, ASS2 Isontina, Italy[2] MTS Center, ASUI, Trieste, Italy[3] Department of Infectious Diseases CRO Aviano, Trieste, Department of Anatomical Pathology, Pordenone Hospital, Italy [6], Department of Microbiology Pordenone, Italy [7]

Background. Human papillomavirus (HPV), is one of the most common sexually transmitted infections and persistent infection with high-risk genotypes causes nearly 90% of anal cancers. The incidence of anal cancer in the general population has increased over the last 30 years. An increased incidence has been associated with female gender, infection with HPV, lifetime number of sexual partners, genital warts, cigarette smoking, receptive anal intercourse and infection with human immunodeficiency virus (HIV). In 2015, a Regional Group of local experts was been established in Friuli Venezia Giulia (FVG) to screen for anal high-grade squamous intraepithelial lesions (HSIL) among patient populations that are at increased risk of anal cancer.

Methods. Selected high risk individuals undergo high resolution anoscopy (HRA). Focused biopsies on typical suspicious patterns are sent for histopathological analysis. HSIL are treated througth HRA-guided cautery and patients followed up.

Results. To date we have evaluated 188 high risk subjects: 58% (109/188) HIV positive; 65% (122/188) MSM. Twenty-five percent have been vaccinated with Gardasil. The number of treatments for HSIL decreased from an average of 0,75±0,74 to 0,125±0,34 cauterizations per patient during a mean follow up of 11±7 months (p=0,001).

Conclusions. Our data seem to confirm the reduction of HSIL lesions in vaccinated population. A longer follow- up and a larger number of patients is needed to obtain more significant data.

Transanal minimally invasive surgery for rectal tumors (TAMIS).

A. Lauretta, A.D. Antona, R. Cannizzaro, De Paoli, C. Belluco, G. Bertola *C.R.O. Aviano, Pordenone, Italy*

Background. Transanal minimal invasive surgery (TAMIS) is an alternative to transanal endoscopic microsurgery (TEM) for the treatment of rectal neoplasms. This technique allows safe transanal local excision of the lesions of the mid and low rectum with a reproducible approach. The aim of this study was to evaluate our initial experience with TAMIS.

Methods. Between December 2016 and March 2018 the data of patients undergoing TAMIS was collected in an institutional database for permanent rectal tumors. The procedure was performed adopting the single incision laparoscopic surgery port (SILS™ Port, Covidien) and traditional

laparoscopic instruments were used. Only lesions of the mid and low rectum within 12 cm from the anal verge were treated by TAMIS. All data were retrospectively analyzed.

Results. Nineteen patients underwent TAMIS. Their mean age was 65 years (range 22-82 years). The mean distance between the lesion and the anal verge was 6 ± 2.1 cm. In all but 3 cases the rectal wall defects were sutured. The mean operating time was 87 ± 40 minutes (range 205 – 30 minutes). The mean length of hospital stay was 4.1± 2.4 days. There was one case of intraoperative, perineal emphysema. Four postoperative complications were recorded: anal pain in one patient with anal fissure, one case of acquired factor XII deficiency and 2 cases of fecal urgency that resolved spontaneously. Histological evaluation documented 10 cases of rectal cancer, 7 adenomas with high grade dysplasia and 2 hyperplastic polyps. Resection margins were positive in 3 cases (15.7%). The mean length of follow-up was 10 months.

Conclusions. With TAMIS local excision of rectal neoplasms can be performed safely and in a reproducible manner.

Management of malignant colon and rectal polyps (T1) after endoscopic polypectomy: analysis of pathological risk factors for lymph node metastasis. A retrospective multicenter observational study. POST-1

L. Saadeh[2] D. Parini[1], T. Meggiato[1], G. Del Favero[1], E. Facci[1], M. Zizzo[3], J. Sancho-Muriel[4], L. Lorenzon[5], L. Turati[6], R. Tutino[7], A. Mellano[8], G. Gallo[9,10], G. Rizzo[11], M. Morino[12], M.E. Allaix[12], P. Conti[13], R. Scilletta[13], M. Zuolo[14], R. De Luca[15], M. Frasson[4], M. Scarpa[2]. [1]*Department of General Surgery, Santa Maria della Misericordia Hospital, Rovigo,Italy* [2]*Department of General Surgery, Padua Hospital, Padua,Italy* [3]*Department of Surgical Oncology, IRCCS Santa Maria Nuova Hospital, Reggio Emilia,Italy* [4]*Coloproctology Unit, La Fe Hospital , Valencia, Spain.* [5]*Department of Emergency Surgery , Sant'Andrea Hospital, Roma,Italy* [6]*Departmrnt of General Surgery and Surgical Oncology, Treviglio Hospital- ASST Bergamo Ovest, Treviglio Bg,Italy* [7]*Department of Surgery, Oncology and Stomatology-, "P. Giaccone" Hospital,Unitversity of Palermo,Palermo,Italy* [8]*Department of Surgical Oncology, Candiolo Institute- Piemontese Oncology Foundation - IRCCS, Candiolo (To),Italy* [9]*Department of Colorectal Surgery, S. Rita Clinic, Vercelli, Italy.* [10]*Department of Medical and Surgical Sciences, University of Catanzaro, Catanzaro, Italy*[11]*Deparment of General Surgery , University Hospital"Agostino Gemelli", Rome,Italy* [12]*Department of Surgical Sciences University of Turin, Città della Salute e della Scienza "Molinette", Turin, Italy,* [13]*Department of General Surgery, NOL Lentini ASP Sr, Lentini (Sr),Italy* [14]*Department of General Surgery, "Valli del Noce"Hospital, Cles (Tn,) Italy*[15]*Department of Surgical Oncology, Cancer Institute "G.Paolo II" I.R.C.C.S., Bari.Italy*

Background. Widespread colonoscopy screening for colorectal cancer has led to an increased incidence of T1 endoscopically excised polyps. Despite these findings, the management of T1 colorectal polyps is still controversial, varying from surgical resection to endoscopic follow- up, due to different risk factors such as histological features and early lymph node involvement. The aim of this study was to analyze the different pathological criteria, in order to identify possible predictors of lymph node metastasis.

Methods. In this multicenter retrospective study, the clinical data of 569 patients who underwent endoscopic polypectomy for malignant T1 colorectal polyps were retrieved from 11 hospitals in Italy and Spain from 2010 to 2015. The patients were later divided into two groups: those who underwent endoscopic polypectomy (EP) and those who underwent complementary surgery (CS). Drawing on the literature, 6 histopathological criteria were tested as predictors of lymph node involvement: tumor differentiation grade G3-G4, lymphatic invasion, vascular invasion, tumor budding, submucosal invasion depth>1000 μM (or sm2-3 Kikuchi classification) for sessile polyps and Haggitt level 4 for pedunculated polyps, lateral margin involvement (lateral healthy tissue <1mm). Univariate and multiple logistic regression analysis were performed to identify possible predictors of nodal metastasis in T1.

Results. Two hundred twenty patients (38,7%) underwent only EP while 349 patients (61,3%) underwent CS. Among CS, 10,0% (35/349) had lymph node metastases. At logistic regression analysis the presence of vascular invasion was the only independent predictor of nodal metastasis (OR 2.51, 95%CI 1.12-5.65; p=0.02).

Conclusions. These preliminary findings suggest that only vascular invasion out of the 6 pathological factors tested is an independent predictor of nodal involvement in CS group. The still ongoing POST-1 clinical trial will test the accuracy of these findings.

Preoperative near infrared region in vivo image acquisition after administration of i.v. indocyanine green contrast for detection of colorectal cancer

M. Franceschin, R. Cahill. *Department of Surgery, University College of Dublin, Dublin, Ireland*

Background. Indocyanine green (ICG) is a cyanine compound that displays fluorescent properties in the near infrared region (NIR). It is employed for several different indications like oral surgery, hepatobiliary surgery, breast and colorectal surgery. In colorectal surgery it is especially used to avoid leaks and to detect positive lymph nodes. We developed an experimental protocol using preoperative near infrared region (NIR) in vivo image acquisition after administration of intravenous (i.v.) ICG contrast to detect colorectal cancer. The rationale of this investigation protocol is that if the distribution of the dye is different in normal and neoplastic tissue because of the alteration of arterial flow, the resulting image in the NIR field should be different as well. Assuming this is true, a software build ad hoc, should be able to decide by itself if the lesion, visualised directly with the camera, (laparoscopic or endoscopic vision) is malignant or not, based on the different gradient of contrast in the NIR image due to a different wash out time of the dye. We observed that, under direct vision of the rectal mucosa, a few minutes after the i.v. administration of ICG (0.5 mg/kg i.v. bolus) the normal mucosa take up all the dye and starts to be visible in the NIR vision. In contrast the malignant lesion starts to be visible in the NIR only after a variable length of time. Thirty minutes (image acquisition time) after the administration of the dye, the normal tissue is completely free of contrast and is no longer visible in the NIR image. Instead the malignant lesion still has the contrast in the interstitial space, and therefore is still visible in the NIR image. After surgery we took 3 samples from the specimen: positive control, negative control, tumour control. Based on the histology report, we have made the link between the biopsies and the images previously recorded. Due to the comparability between NIR images and histological characteristics, we are building, with the collaboration of software engineers and the medical physics service, software which should be able to differentiate, by itself, during image acquisition, the neoplastic lesion from the normal tissue.

Laparoscopic removal of a retrorectal cystic hamartoma

Maiello, R. Perinotti, M. Pozzo, R. Polastri. *Department of Surgery, Infermi New Hospital, Biella, Italy*

Retrorectal tumors are rare, with an estimated incidence of 1/40,000 hospital admissions per year. Among these, retrorectal harmatomas are the most common. They are more frequent in females (female: male ratio 3-4:1) and can occur at all ages but are most often found in patients 40-60 years old. In most cases they are asymptomatic. The symptoms most frequently associated with these tumors are infection (up to 50%) and pelvic pain. Malignant transformation is rare (7%). Diagnosis of these lesions is a challenge. The most useful investigations are computed tomography scan and pelvic magnetic resonance imaging. We report the case of an 18-year-old female with acute anal pain, no signs of perianal suppuration, fever and an extrinsic elastic retrorectal mass. On magnetic resonance imaging, it appeared as a lesion 9 cm in diameter with regular margins, polylobed and multi-segmented, compressing the rectum. The patient underwent transrectal drainage and antibiotic therapy with resolution of the acute event. After 2 months, another MRI was performed followed by laparoscopic surgery to remove the lesion and a section of the rectal wall and pelvic floor muscle. The patient's postoperative course was complicated by a small dehiscence of the rectal suture, which resolved spontaneously. Histological examination revealed a retrorectal cystic hamartoma. Six months later, the patient is asymptomatic and MRI is negative. Laparoscopic removal is a valid alternative to a transrectal approach due to excellent vision of the pelvic planes which prevents nerve injury and the possibility of placing a pelvic drain.

Mostri e mostre A cura di GUERRINO GIORGETTI

MOANA E DALÌ

Sin quasi a conclusione del 1800 i creativi, cioè gli artisti, ci hanno lasciato le loro emozioni attraverso varie forme espressive: la musica, la poesia, la prosa, la pittura, la scultura, l'architettura, le decorazioni come il mosaico, la ceramica, eccetera.

Ci si commuoveva e si restava affascinati davanti ad un quadro, al Partenone, leggendo una poesia, ascoltando un brano musicale.

Poi, verso la fine dell'800, a quelle forme espressive si sono affiancati prima i dagherrotipi e le fotografie, poi la cinematografia. Erano e sono strumenti di comunicazione immediata e di facile comprensione. Quelle prime foto, un po' sfocate, ci mostrano i volti e l'espressione dei nostri nonni, dei bisnonni e dei trisavoli; le prime pellicole ci fanno rivedere i drammi, le guerre, le distruzioni, la povertà, la fame diffusa di quegli anni; le parate militari, lo sfarzo dei ricchi, le piazze gremite, gli stadi affollati per i grandi avvenimenti sportivi.

Ci sono filmati con uomini e donne sulle spiagge e che si immergono nell'acqua: gli uomini con mutandoni fino quasi alle ascelle, le signore che sono di fatto vestite, con addirittura il cappellino infiocchettato in testa. Parlano, sorridono, vogliono sembrare disinibiti. Ed i bambini? Tutti con i boccoli e non si capisce se sono maschietti o femminucce, sono anche loro vestiti.

Ci sono anche vecchie foto e filmati osè con donne pienotte e con gran ciuffi di peli nelle zone pubiche e ascellari: piacevano così. Mio nonno, che se ne intendeva, diceva che la gattina senza baffi non piglia sorci e le donne pelose sono tutte vogliose, le monache poi, soprattutto quelle giovani, sono sempre pelose, concludeva.

E lì, in quei filmati, c'è un'umanità viva, che si muove, che corre, che ride ... un'umanità che non esiste più, svanita, dissolta.

Sono immagini che emozionano come ci emoziona una foto che ritrae il sorgere del sole, un chiarore lunare o il filmato di un fiore che sboccia o di un pulcino che rompe il guscio nel quale era racchiuso, o l'ultimo frullo d'ala di un uccello morente.

Possiamo assistere alla nascita e alla conclusione della vita.

Oggi veramente viviamo un'altra epoca, successiva anche a quella della televisione: con un telefonino o un computer possiamo vedere e comunicare col resto del mondo e addirittura fuori dal mondo, nello spazio.

Anche la bellezza femminile è cambiata, tutta glabra, longilinea, disinibita.

E il nudo maschile o femminile non fa più l'effetto di un tempo. Lo si osserva con occhi critici come un tempo si faceva ammirando un bel cane, un gatto o una mucca. Solo l'atto sessuale, dicono i ben informati, suscita interesse, purchè sia compiuto con alta professionalità, con lunghe pause e con primi piani anatomici ben dettagliati.

L'altra sera a casa di un amico con dei colleghi abbiamo assistito ad un evento sportivo che si svolgeva in America e che si concluse dopo la mezzanotte.

Finita la trasmissione, mentre commentavamo il risultato, uno iniziò a cambiare canali e trovò quello che trasmetteva un film pornografico: i due si esibivano con notevole professionalità. Lei era bellissima, sapeva leggere e scrivere … ma uno dei colleghi disse che la signorina era una pornostar di professione, una certa Moana Pozzi, (Fig. 1) morta da alcuni anni. I proprietari della pellicola e del canale televisivo ce la mostrano senza aver alcun rispetto per quella povera donna: *mostri, mostri, mostri*!

È difficile immaginare come ci giudicheranno le future generazioni quando ci vedranno gremiti negli stadi per ascoltare uno o una che urla e strapazza una chitarra agitandosi freneticamente. Rideranno? Ci compatiranno?

Una cosa importante sarebbe lasciare un buon ricordo di noi, perchè in agguato ci sono gli sciacalli, i mostri, coloro che adoperano le immagini senza alcun rispetto. Per ridicolizzare un personaggio, basta accelerare la velocità del filmato per farlo sembrare un burattino, o coglierlo in un attimo di disattenzione per farlo sembrare un cretino. Occorrerebbe rispetto per chi non può difendersi.

Ho potuto constatare che in questa estate del 2018, in molte località di villeggiatura, mari, monti, colline, si svolgono anche manifestazioni culturali di ottimo livello. Vengono proposti libri di nuovi autori; quadri e sculture di giovani artisti; concerti di musica con solisti appena usciti dai nostri conservatori. E accanto a queste importanti novità, ci sono Comuni che vanno sul "classico" ma innovativo. Aria nuova? Credo proprio di sì. Naturalmente non mancano le sagre (per la zuppa di cozze c'è anche Il Cozzaro Nero) e lì si mangia e si beve di tutto.

A Porto Recanati (in provincia di Macerata, ma è a ridosso del Monte Conero di Ancona), il Comune ha organizzato una mostra con opere grafiche di Salvator Dalì (Figg. 2-10).

Dalì è un artista che in vita ha stupito per la sua eclettività, la creatività, l'eccentricità, la spregiudicatezza nei giudizi sull'arte paludata uscita dalle Accademie.

Lo accusavano di istrionismo, ma creava capolavori.

A me Dalì è sempre piaciuto anche per quello che lo distingueva: l'ironia e la dissacrazione dei miti e del mondo solenne e ampolloso della cultura.

E sapeva vendere! Stupì tutti quando mise i baffi alla Gioconda di Leonardo Da Vinci, dicendo che quella non era un'opera degna di tanta attenzione: Leonardo aveva fatto ben altro.

La celebrità di quel quadro era frutto dell'abilità mercantile dei francesi. Ed aveva ragione.

A Porto Recanati il Comune, nelle sale del Castello Svevo, ha esposto alcune opere grafiche di Dalì..."oscene" le definirebbero i soliti moralisti.

"È il trionfo e la celebrazione del sesso maschile! L'artista è un maschilista" ha detto una signora accanto a me.

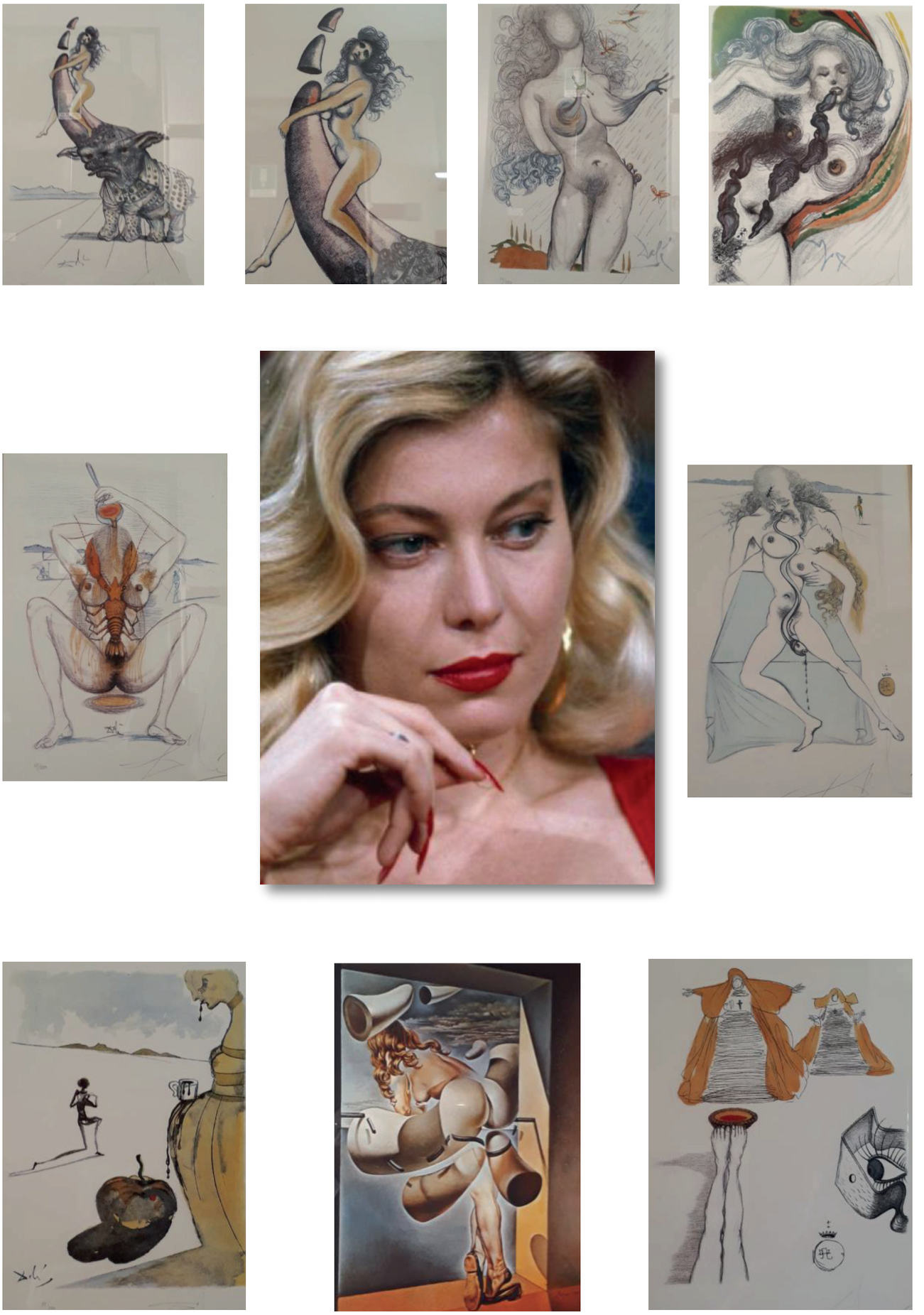
Non aveva capito nulla.

Quei lavori, invece, vanno visti come uno sberleffo al perbenismo, alla paura della volgarità.

L'artista ha nobilitato quello che noi, da studenti, disegnavamo alla lavagna prima che il professore entrasse in aula, o nei quaderni e nei libri del primo della classe. Falli enormi, deretani violati, bocche fameliche, impietose penetrazioni.

Dalì non più giovane, ma con l'ironia del genio, si divertiva e ci fa divertire.

E Porto Recanati ha dimostrato che l'ironia, quando è intelligente, non è mai volgare.



Figg. 1-10. Opere surrealiste di Salvador Dalì (1904-1989) e, al centro, Moana Pozzi (1961-1994).

Il racconto di Giorgetti: I dolori del giovane Walter

Benché cresciuto in una casa piena di donne, per lui, le donne, erano sempre state delle creature misteriose.

Vivevano in tanti nella grande casa, circondata da una distesa di campi piatti, uniformi.

In autunno, dopo che per mesi l'afoso caldo estivo aveva bruciato la pianura, i campi erano brulli, uniformi, con i profondi solchi scavati dagli aratri; ma quando arrivava la neve, tutto diventava bianco, abbagliante e c'era un gran silenzio. Con i primi tepori la pianura si trasformava prima in un mare verde, poi in un continuo ondeggiare lento, monotono, di bionde spighe di grano, ed era ritornata l'arida estate.

Da lì altre case non si vedevano e della città, di notte, si scorgevano solo delle luci.

Il padre era morto quando lui aveva tre anni e, naturalmente, non ne aveva alcun ricordo: sapeva che era il giovane della grande foto a colori, contenuta in una cornice d'argento, sistemata in sala: alto, i capelli neri, indossava una divisa militare.

Era in piedi; accanto c'era sua madre, immersa in un abito bianco da sposa. Sorridevano.

Lei non si era più sposata e con il figlio avevano lasciato la grande città del nord ed erano andati a vivere nella fattoria della suocera, nel meridione, vedova anche lei. Lì abitavano anche la sorella del marito con quattro bambine, tutte più grandi del nuovo arrivato. Il loro padre era un assistente di volo di un'importante compagnia aerea, e perciò in famiglia ci restava pochissimo (la suocera diceva che …aveva preso il volo!).

Di fatto il piccolo Walter era l'unico maschio che girava per casa.

Già quando aveva cinque anni, iniziò per lui l'ardua impresa: svelare i misteri che riguardavano il mondo delle donne.

Il suo primo interrogativo era stato quello della pipì.

Si chiedeva perché, quando erano in giardino, lui per farla doveva restare in piedi, mentre le cugine si piegavano sulle ginocchia e, quasi sedute, risolvevano il loro problema.

Ma dopo qualche giorno, ebbe un'altra e più sconvolgente sorpresa: era primavera e stava giocando vicino alla fontana con Marisa, la più piccola delle cugine, una sua coetanea, e lei c'era caduta dentro. D'acqua ce n'era poca, ma l'immersione fu totale.

Non era freddo e i due bambini ridevano.

Arrivò correndo la madre di Marisa con un grande asciugamano e degli abiti: aveva recuperato la figlia, l'aveva spogliata, asciugata e rivestita.

Tutto si era concluso in pochi secondi, ma a lui erano bastati per notare che Marisa, sotto la pancia, non aveva quello che aveva lui.

Anzi: non aveva proprio niente!

Quella sera, in camera, dopo che la madre l'aveva accompagnato nella sua cameretta, spogliato, sistemato nel letto, spenta la luce e chiusa la porta; lui si alzò, riaccese la luce e, tolto il pigiama, andò davanti allo specchio.

Quel piccolo dito appeso ad un sacchetto era lì e se Marisa l'avesse avuto, lui certamente l'avrebbe visto.

Provò a spingerlo un po' in basso e a stringere le cosce: sparito!

Ma Marisa non aveva stretto le cosce!

Comunque, se lo teneva in quella posizione, forse anche lui avrebbe fatto la pipì piegando le ginocchia.

Il giorno dopo, al mattino, fece un tentativo, ma si rese subito conto che il sistema non funzionava: gli si bagnavano i piedi.

Poi c'era un altro mistero: sua madre, sua zia, perfino la nonna avevano delle gran bocce ciondolanti lì davanti, sotto il collo: perché gli operai della fattoria non le avevano?

Poi arrivò anche per lui l'obbligo d'andare, tutte le mattine, a scuola e non fu una cosa piacevole: intontito dal sonno, dopo una corsa in macchina accanto a sua madre, arrivava in città (tante case e un dedalo di vie) e finiva in un tetro, brutto, edificio: basso, lungo, pieno di corridoi e di stanze. Lì doveva restare ore ed ore, seduto, sempre nella stessa stanza, con un maestro che parlava e parlava continuamente. Odiava quella grande costruzione, odiava quelle squallide aule con una sola finestra; odiava i maestri e le maestre, che parlavano, parlavano …; odiava il vicino di banco, un salsiccione, alto e grosso, che masticava sempre caramelle e faceva le puzze.

Alle dodici e trenta, finalmente, le lezioni finivano e fuori, in strada, c'era sempre sua madre che, in macchina, lo aspettava.

Ma erano giorni e mesi lenti, sopportabili solo aspettando l'estate.

Si impegnava poco, ma tanto bastava per essere sempre promosso.

Adesso aveva dodici anni, ma era un ragazzo triste: se n'accorse Anna un anno più di lui.

In casa, quel pomeriggio, erano rimasti soli: tutti, su ordine della nonna, erano andati al cimitero perché era l'anniversario della morte del nonno.

Anna aveva accusato dei dolori alla pancia e disse che doveva sempre correre in bagno; lui disse che aveva mal di gola, ed era quasi vero.

Erano in soggiorno, guardavano la televisione.

"Non ti piace proprio la scuola, vero?". "No" e disse tutti i motivi. "Io odio non solo la scuola, ma odio questa casa, questo posto, questi … tutti!". "Anche me?". "No, anzi!". "Anche io ti voglio bene. Sei molto bella." "Peccato che sei ancora un bambino." "Non sono un bambino! Ho quasi tredici anni." "Dodici." "Finiti da un pezzo!". "E sai cosa fanno gli uomini e le donne quando si piacciono?". "Certo! Si baciano e …". " e… cosa? "Dillo tu." "Fanno l'amore." "Lo sapevo." "E lo sai come si fa?" "Dillo tu." "Ci si bacia e poi … " "E poi?" "Lo vedi che non lo sai?" "Ma non lo sai nemmeno tu." "L'uomo mette il suo … dentro la donna." "Tu lo hai già fatto … qualche volta?" "No." "Se vuoi .. io…" "Sono cose che si possono fare solo da sposati." "Ma poi io ti sposo!" "Giuramelo!" "Te lo giuro!"

"Ci dobbiamo spogliare" disse Anna e un po' le tremava la voce.

Lui lo fece in un attimo: tolse anche le scarpe ed i calzini.

Lei, sul pube, aveva una leggera peluria.

Lui era glabro.

Lei si adagiò sul divano e: "Sdraiati sopra di me. Baciamoci." E dopo un po' lei:

"Devi entrare." "Dove?" "Qui, nella mia …" E poi, ancora lei: "Allora?" "Ci sto provando, ma non entra."

Sentirono il rumore di una macchina e, in un attimo, si vestirono ed ognuno andò in camera sua.

Quella sera, a cena, i due cugini non riuscirono a guardarsi in faccia e mangiarono pochissimo.

Il giorno dopo, al mattino, Anna, prima di partire per la scuola, si accostò al ragazzo.

"Domenica ci dobbiamo confessare subito e poi sposare."

"Ma …"

"Ho paura di essere rimasta incinta."

Come ogni domenica, tutta la famiglia, alle undici, andò in chiesa e i due ragazzi si accostarono contemporaneamente al confessionale.

Ci stettero a lungo.

Quando si allontanarono, camminavano e sorridevano.

Anna bisbigliò all'orecchio del cugino:

"Ha detto che non abbiamo consumato. È stata colpa tua."

"No, tua" si lamentò il giovane Walter.

Guerrino Giorgetti ha pubblicato volumi di narrativa con la Mondadori: *Memorie di un cacciatore pentito* (adattato come libro di lettura per le Scuole Medie con il titolo "Addio alla caccia"); *Storie di Animali; Uomini ed altri animali*. Collaborando con quotidiani e periodici ha ottenuto vari premi letterari e giornalistici. Alcuni racconti vengono riportati nei testi scolastici. Vive a Perugia.

Proctonorm®

COMPRESSE
FAST-SLOW

Integratore alimentare a base di Acido α-Lipoico, flavonoidi fitosomati e selezionati di Ginkgo biloba e Vitis vinifera, Bromelina, Vitamina B_6, Vitamina B_{12}, Acido Folico e Selenio.

2 COMPRESSE contengono:

800 mg **di ACIDO α-LIPOICO**
400 mg **di BROMELINA®**
200 mg **di LEUCOSELECT® FITOSOMA®**
160 mg **di GINKGOSELECT® FITOSOMA®**

SENZA GLUTINE

MODO D'USO:

2 compresse al giorno per 10 giorni, seguiti da un uso continuativo di **1 compressa al giorno.**

LABOREST®
Health is innovation

CERTIFICAZIONE DI SISTEMA DI GESTIONE
DNV·GL
ISO 9001 = ISO 22000

a company of Uriach

pelvilen® Dual Act

Il **Dolore Pelvico Cronico** non è solo **dolore**

PEA-um®

PALMITOILETANOLAMIDE
ultra-micronizzata (PEA-um®)

dimensione particellare 0,8 ÷ 6,0 µm

PEAPol-m®

PALMITOILETANOLAMIDE
co-micronizzata
con **Polidatina (PEAPol-m®)**

dimensione particellare 2,0 ÷ 10,0 µm

© 2014 EPITECH GROUP

epitech group

info@epitech.it

pelvilen.com