Vol. 40 - N. 4
Dicembre 2021

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

ISSN 1973-4891

PELVIPERINEOLOGIA

RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

Collaboratori 2017-2020

Andrea Ambrosetti, Matteo Andolfatto, Elena Andretta, Gabriele Bazzocchi, Caterina Bertelli, Matteo Bruno, Carla Cantiani, Fabio Cappellato, Roberto Carone, Alessia Carsughi, Federico Cavallari, Maria A. Dallaglio, Stella De Chino, Rosario De Falco, Francesco Deltetto, Davide Devita, Francesco Diomede, Umberto Ferro, Elena Frighetto, Luisa Fantinel, Daniele Ferrari, Benito Ferraro, Fabio Gaj, Guerrino Giorgetti, Pasquale Intini, Filippo La Torre, Luisa Marcato, Paola Melchiorre, Mauro Menarini, Andrea Meneghini, Nicola Meneghini, Giovanni Milito, Umberto Nardi, Giulia Papa, Daniele Passannanti, Peter Petros, Valeria Picello, Federica Piloni, Nino Pulvirenti, Andrea Ramin, Francesco Santacroce, Carlo Schievano, Désirée Uguccioni, Roberto Villani, Michele Zaffin

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

79 Iperplasia prostatica benigna, prostatite cronica e LUTS: ruolo della Palmitoiletanolamide co-micronizzata con Polidatina e ultramicronizzata nel controllo della sintomatologia. Indagine osservazionale retrospettiva
I. Mittino, F. Peraldo, C. Marenghi, C. Regina, D. Ratti, G. Motta, N. Esposito, V. Varca

83 Management fisioterapico del paziente con diastasi dei retti secondo il metodo DeVis (Decompressione Viscerale)
L. La Torre, C. Cantiani

88 Il perineo maschile: sede e scambio di piacere e di emozioni
S. De Chino

92 Sterilità femminile e fistole post-partum in Africa: aspetti socio-sanitari ed economici
A. Cosulich

96 I big della colonproctologia visti da vicino M. Pescatori

98 Il racconto di Federica. L'erba del vicino F. Piloni

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)

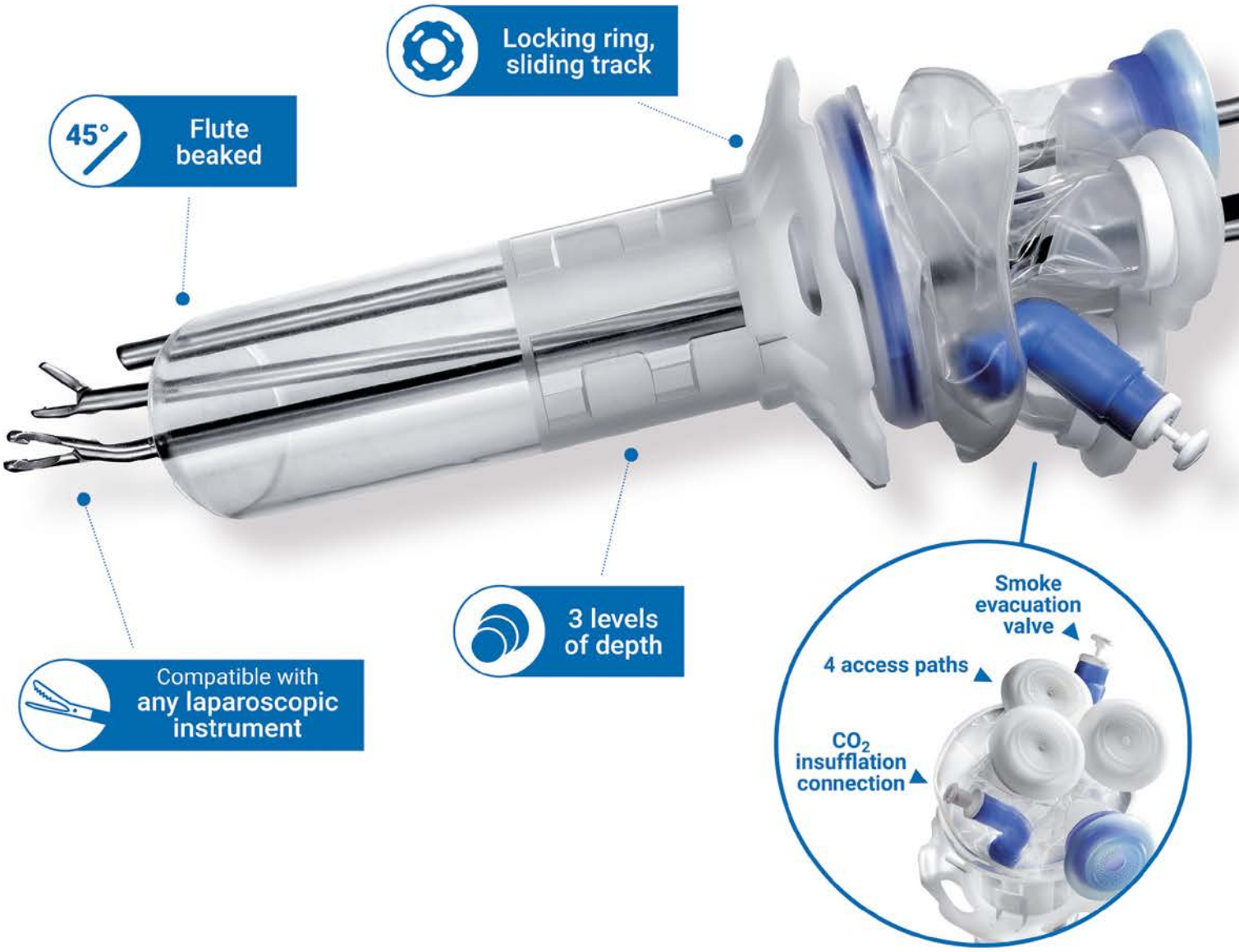
www.pelviperineologia.it

Redazione:
giuseppe.dodi@unipd.it
Stampa:
Pixartprinting S.p.A.

ARAMIS

transanal rectoscopic Assisted Minimally Invasive Surgery

Multifunctional surgical device dedicated to the transanal minimally invasive surgery of rectal pathologies.



sapimed
www.sapimed.com

Articolo originale

Iperplasia prostatica benigna, prostatite cronica e LUTS: ruolo della Palmitoiletanolamide co-micronizzata con Polidatina e ultramicronizzata nel controllo della sintomatologia. Indagine osservazionale retrospettiva

IRENE MITTINO, FRANCESCA PERALDO, CARLO MARENGHI, CESARE REGINA, DARIO RATTI, GLORIA MOTTA, NICOLA ESPOSITO, VIRGINIA VARCA

UO Urologia Laparoscopica mini-invasiva, ASST Rhodense, Ospedale G. Salvini - Garbagnate M.se (MI)

Riassunto: Scopo del lavoro. L'iperplasia prostatica benigna (IPB) affligge un elevato numero di uomini, con incidenza crescente con l'avanzare dell'età; nel corso degli anni, è stato dimostrato un ruolo chiave dell'infiammazione nello sviluppo e nella progressione dell'IPB. Scopo di questo lavoro è valutare l'efficacia clinica dell'utilizzo di Palmitoiletanolamide co-micronizzata con Polidatina in associazione a Palmitoiletanolamide ultramicronizzata (PEAPol-m + PEA-um) in pazienti affetti da disturbi del basso tratto urinario (LUTS) moderati-severi e con diagnosi istologica di prostatite cronica. *Materiali e Metodi*. Sono stati considerati dati retrospettivi di pazienti che al primo accesso accusavano LUTS moderati-severi (International Prostate Symptom Score, IPSS = 8÷35), con evidenza istologica di flogosi prostatica cronica associata ad IPB. Tra questi pazienti sono stati scelti quelli che non erano mai stai sottoposti ad alcuna terapia ed ai quali, nel corso della normale pratica clinica, era stata prescritta solo l'associazione di PEAPol-m + PEA-um e valutati mediante il questionario IPSS. *Risultati*. Trenta pazienti sono rientrati nei criteri scelti. L'analisi ha rivelato miglioramenti clinici soggettivi dei LUTS e dell'IPSS di 2-8 punti (6.6 ± 0.03) tra l'inizio e il termine del trattamento. Anche i livelli di PSA sono risultati statisticamente ridotti. *Conclusioni*. Queste osservazioni, nonostante i limiti dovuti ad una esigua numerosità ed alla mancanza di un gruppo di controllo, suggeriscono che la combinazione di PEAPOL-m+PEA-um sia un valido trattamento dei LUTS secondari a IPB associata a prostatite cronica. Tuttavia questo trattamento necessita di ulteriori indagini cliniche mediante studi randomizzati, in doppio cieco su una più ampia popolazione di pazienti.

Parole chiave: palmitoylethanolamide co-micronizzzata con Polidatina+Palmitoiletanolamide ultramicronizzata; Iperplasia Prostatica Benigna (IPB); Disturbi Basso Tratto Urinario (LUTS); Prostatite Cronica (CP)

Benign prostatic hyperplasia, chronic prostatitis and LUTS: role of Palmitoylethanolamide co-micronized with Polydatin and ultramicronized Palmitoylethanolamide in the control of symptoms. Retrospective observational investigation

Summary: *Aim of the study.* Benign prostatic hyperplasia (BPH) afflicts a large number of men, and its incidence increases with age; through the years, a key role played by inflammation in the development and progression of BPH it has been demonstrated. Aim of the present investigation is to evaluate the efficacy of palmitoylethanolamide co-micronized with trans-polydatin (m-PEAPOL), and ultramicronized palmitoylethanolamide (um-PEA) treatment in patients suffering from moderate-severe LUTS and with chronic prostatitis histological diagnosis. *Materials and Methods.* Retrospective research has been carried out to identify those patients, suffering from moderate-severe LUTS (International Prostate Symptom Score, IPSS = 8÷35) and with histological evidence of chronic prostatic flogosis associated with benign prostatic hypertrophy, that came for the first visit to our observation and having not received any drug therapy. Among these patients were selected those who, in normal clinical practice, had been prescribed only treatment with m-PEAPOL + um-PEA, and were evaluated with IPSS. *Results.* 30 patients met the chosen criteria. The analysis revealed subjective clinical improvements in LUTS and IPSS of 2-8 scores (6.6 ± 0.03) between the start and the end of the treatment. PSA levels were also statistically reduced. *Conclusions*. Our data, despite the limitations due to a small number and the lack of a control group suggest that m-PEAPOL + um-PEA is a valid treatment for LUTS secondary to BPH associated with chronic prostatitis. Moreover, this therapy needs further investigation with double-blind, randomized study on a greater number of patients.

Keywords: Palmitoylethanolamide co-micronized with Polydatin, ultramicronized Palmitoylethanolamide (m-PEAPOL + um-PEA); Benign Prostatic Hyperplasia (BPH), Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS); Chronic Prostatitis (CP)

INTRODUZIONE

L'iperplasia prostatica benigna (IPB) affligge l'uomo con un'incidenza crescente all'aumentare dell'età; i disturbi del basso tratto urinario (LUTS) sono strettamente correlati all'IPB, anche se è sempre più evidente come l'infiammazione prostatica cronica (prostatite cronica/CP) giochi un ruolo fondamentale nell'insorgenza e nella progressione dell'IPB. Lo stimolo androgenico promuove la crescita cellulare e inibisce l'apoptosi, essendo quindi la patogenesi dell'iperplasia ghiandolare e stromale prostatica; è però noto da tempo come l'etiologia dell'IPB non sia solo androgeno-dipendente, ma gli attori che prendono parte nell'innesco e nella perpetuazione dello stimolo di crescita ghiandolare siano numerosi. Nel corso degli anni, si è dimostrato che l'infiltrato infiammatorio presente nel tessuto prostatico di pazienti sottoposti a resezione o biopsia ha un ruolo promotore della crescita cellulare agendo come link fra androgeni e fattori di crescita. L'infiltrato infiammatorio presente nella prostata dell'uomo adulto correla anche con i LUTS; alcuni studi hanno infatti dimostrato come esista una correlazione fra l'entità dell'infiltrato infiammatorio presente nei campioni bioptici prostatici e la sintomatologia del paziente espressa in termini numerici secondo questionario IPSS[1, 2]. In merito a queste evidenze, emerge sempre più evidente la necessità di considerare l'infiammazione come target terapeutico in pazienti affetti da IPB.

L'infiltrato infiammatorio prostatico è caratterizzato dalla presenza di linfociti T, linfociti B e mastociti, in quantità e proporzioni differenti rispetto al tessuto ghiandolare sano; mentre i primi due, linfociti T e B, sono riconosciuti e ampiamente studiati in quanto target terapeutici, il ruolo dei mastociti è rimasto marginale per lungo tempo. In passato è stato infatti indagato l'effetto clinico di numerose terapie antiinfiammatorie a lungo termine; fra queste, l'efficacia clinica dell'estratto lipidosterolico esanico di Serenoa repens è stata provata, in confronto ed in associazione alla terapia alfalitica, nel controllo della sintomatologia minzionale e nel miglioramento di parametri clinici in pazienti con LUTS[3].

Il ruolo del mastocita, inizialmente poco studiato, è stato indagato al fine di comprendere quale fosse la relazione fra

presenza di infiltrato infiammatorio mastocitario e proliferazione cellulare prostatica. Zhenyu et al. hanno dimostrato come le cellule prostatiche in fase proliferativa causino una migrazione intraghiandolare di mastociti e come, in seguito a degranulazione, la loro presenza promuova la proliferazione delle cellule prostatiche mediante una cascata citochinica che coinvolge IL-6, STAT3 e CyclinD1[4]. Il mastocita attivato è quindi responsabile di perpetuare l'attivazione autocrina intraprostatica promuovendo la crescita cellulare e inibendo l'apoptosi.
Alcuni mediatori rilasciati da mastociti iperdegranulanti (i.e. nerve grouth factor, NGF) sono in grado di sensibilizzare le fibre nervose sensitive (sensitizzazione periferica)[5, 6, 7]. Progressivamente, ciò induce l'attivazione della microglia midollare e conseguentemente neuroinfiammazione e sensitizzazione centrale[8, 6] che potenzialmente partecipano sia all'amplificazione della sintomatologia dolorosa che alla componente autonomica dei LUTS nel loro complesso. Inoltre, un ruolo determinante nelle sofferenze infiammatorie della prostata è stato riconosciuto anche allo stress ossidativo localizzato[8, 9, 10].
La palmitoiletanolamide (PEA) è un mediatore lipidico noto per la sua azione anti-neuroinfiammatoria e antalgica mediata dal controllo di cellule non-neuronali sia a livello tissutale (mastociti) che di sistema nervoso centrale (microglia)[11].
La Polidatina (3,5,4′-diidrossistilbene-3-O-β-D-glucopiranoside) è un glucoside del resveratrolo le cui proprietà biologiche sono state dimostrate in molti studi e includono attività antiossidanti, antinfiammatorie e neuro protettive.
PEA e polidatina hanno azioni complementari ed è stato dimostrato che la formulazione ultra-micronizzata (PEA-um) raggiunge il sistema nervoso centrale[12] e che la formulazione di PEA co-micronizzata con polidatina (PEAPOL-m) ha dimostrato maggiore efficacia sia delle formulazioni non micronizzate che della semplice associazione delle due sostanze[13]. Inoltre, in un modello sperimentale, il composito PEAPOL-m ha dimostrato di ridurre i livelli di DHT e l'espressione delle 5-α reduttasi 1 e 2, di ripristinare il turnover cellulare, di controllare lo stato infiammatorio e ridurre le dimensioni della prostata; dal punto di vista istologico, questa azione è stata superiore a quella dell'estratto di Serenoa repens[14].
Scopo di questa analisi retrospettiva è la revisione degli effetti ottenuti in pazienti affetti da IPB, nei cui prelievi bioptici prostatici sia stata evidenziata una componente infiammatoria cronica, trattati con PEAPOL-m+PEA-um in corso di normale pratica clinica.

MATERIALI E METODI

In questo studio, sono state analizzate le cartelle dei pazienti afferenti alla Divisione di Urologia dell'ospedale G. Salvini da Marzo a Luglio 2019 e candidati a biopsia prostatica nel sospetto clinico di neoplasia. Ai pazienti in cui la biopsia standard sia risultata negativa per carcinoma ma abbia evidenziato un quadro di infiammazione cronica associata ad IPB, che non fossero in precedente trattamento con terapia alfalitica o combinata (alfalitico+5ARI) è stato prescritto un trattamento con PEAPOL-m+PEA-um con la seguente modalità: all'atto della consegna dell'esame istologico (T0), veniva somministrato il questionario IPSS, strumento finalizzato alla traduzione numerica dell'entità dei disturbi minzionali validato dalle società urologiche internazionali. Questi pazienti venivano quindi avviati, previo consenso informato, al trattamento con PEAPOL-m+PEA-um (*Pelviprost 440mg+400mg –Epitech Group SpA, Saccolongo*) 2 volte al giorno per 60 giorni. Al termine del trattamento (T1), durante la visita di controllo, veniva loro nuovamente somministrato il questionario IPSS. Punteggi IPSS ≤ 7 sono considerati indicativi di LUTS lievi o assenti; punteggi compresi tra 8 e 19 indicano LUTS moderati; punteggi superiori a 20 e fino a 34 sono indicativi di LUTS severi.
L'analisi delle variazioni nel tempo del questionario IPSS è stata effettuata applicando il modello GLMM (Generalized Linear Mixed Model) mentre le modifiche di classificazione dei LUTS sono state valutate mediante il test del chi quadro. Tutte le analisi statistiche sono state condotte utilizzando il sistema SAS (SAS 9.2 System for Windows, SAS Institute, Cary, NC, USA) I dati sono espressi come media ± errore standard ed valori di p inferiori a 0.05 sono stati ritenuti statisticamente significativi. Tutti i pazienti i cui dati sono stati analizzati e riportati in questo lavoro avevano compreso e accettato il trattamento. I dati raccolti erano stati ottenuti seguendo le norme di buona pratica clinica e in accordo con la dichiarazione di Helsinki.

RISULTATI

Da Marzo a Luglio 2019, presso la Divisione di Urologia dell'ospedale G. Salvini, 273 pazienti sono stati candidati a biopsia prostatica nel sospetto clinico di neoplasia; di questi, 180 pazienti sono stati sottoposti a biopsia standard per PSA elevato e/o esplorazione rettale sospetta, 93 a biopsia fusion per riscontro RMN di area sospetta (PIRADS 3 o maggiore). Dei 180 pazienti sottoposti a biopsia prostatica standard, 43 hanno avuto riscontro di ca. prostatico per il quale sono stati avviati a chirurgia radicale, radioterapia o terapia ormonale, in relazione ai parametri preoperatori secondo linee guida EAU. Dei 137 pazienti con biopsia non diagnostica per carcinoma, 75 erano già in terapia alfalitica o combinata (alfalitico + 5ARI) per IPB; fra i 62 pazienti restanti, 32 non mostravano segni di infiammazione cronica nei campioni bioptici. I 30 pazienti rimanenti hanno accettato il trattamento proposto con PEAPOL-m+PEA-um. La descrizione del percorso diagnostico-terapeutico seguito dai pazienti è rappresentata in Figura 1.
I 30 pazienti che erano stati avviati al trattamento con PEAPOL-m+PEA-um sono risultati di età media 65.8 anni e compresa fra 48 e 77 anni.
Al basale il punteggio IPSS medio risultava di 20.1±5.92 punti (8÷30). 12 pazienti (40%) risultavano affetti la LUTS moderati mentre 18 pazienti (60%) lamentavano LUTS severi. Le condizioni basali sono riassunte in Tabella 1.
L'analisi dei punteggi IPSS a fine trattamento ha rivelato una

Figura 1. Percorso diagnostico-terapeutico seguito dai pazienti nella nostra pratica clinica.

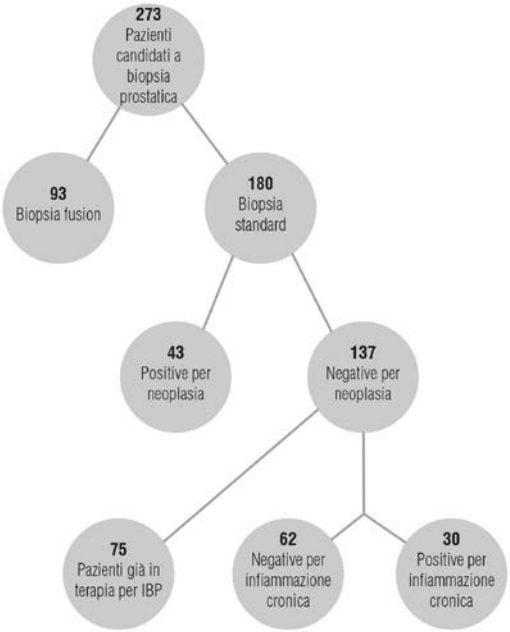


Tabella 1. Condizioni basali dei pazienti

	Totali	IPSS score moderato (8-19)	IPSS score severo (20-35)
N° pz	30	12	18
Età (range)	65.8 (48-77)	62.1 (48-74)	68.2 (54-77)
IPSS score medio T0	20.1 (8-30)	14.1 (8-17)	24.1 (21-30)

significativa riduzione media dell'IPSS di 6.6 punti, passando da 20.1±1.1 punti a 13.6±1.1 punti ($p<0.05$) (Figura. 2).
La riduzione dello score ha prodotto la riduzione del numero di pazienti con LUTS severi da 18 a 9 (30%), ed in 6 pazienti (20%) ha modificato la sintomatologia tanto da generare un passaggio da LUTS di grado moderato a lieve. I risultati sono riassunti in Figura 3.
Il dosaggio del PSA al basale era disponibile in tutti i pazienti, in quanto necessario a fini diagnostici. In cinque dei pazienti sottoposti al trattamento con PEAPOL-m+PEA-um sottoposti a monitoraggio clinico è stato inoltre disponibile un dosaggio del PSA successivo al trattamento; in questi pazienti c'è stata una riduzione del valore di PSA significativa rispetto al valore pre-bioptico. Il valore medio di PSA in condizioni basali era di 6.3±0.3 ng/ml; riducendosi a 5.0±0.4 dopo il trattamento ($p<0.05$) (Figura 4).
Nessuno dei 30 pazienti trattati con PEAPOL-m+PEA-um ha riportato eventi avversi.

DISCUSSIONE

I pazienti affetti da IPB trattati con terapia standard (alfa litica, con inibitori delle 5-alfa reduttasi o combinata) non trovano sempre giovamento dalla terapia; numerosi studi hanno evidenziato come l'infiammazione cronica prostatica abbia un'azione promotrice sulla proliferazione cellulare e come sia responsabile quindi di una componente rilevante della clinica del paziente. È perciò nostra abitudine approcciare i mediatori pro-infiammatori come target di terapie con farmaci o nutraceutici volti a migliorare i LUTS.
L'efficacia clinica della PEA è nota da tempo, in particolare nel trattamento di patologie croniche in cui la sintomatologia algica sia sostenuta, nei tessuti periferici, dall'iperdegranulzione mastocitaria che genera neuroinfiammazione e sensitizzazione nervosa periferica, e da una iperattivazione della microglia a livello midollare con un conseguente stato di neuroinfiammazione centrale capace di alterare la funzionalità nervosa, sia in senso ascendente sensitivo (sensitizzazione centrale) che discendente[15]. Diverse considerazioni ci hanno portato a scegliere la combinazione PEAPOL-m+PEA-um come trattamento di primo livello per pazienti affetti da IPB con evidenza di infiammazione prostatica nei campioni bioptici prostatici: I) la PEA micronizzata e la combinazione di PEA micronizzata e Polidatina hanno dimostrato efficacia nel trattamento del dolore pelvico cronico a carico di differenti organi pelvici[16, 17, 18, 19, 20, 21, 22]; II) la formulazione PEA-um ha mostrato di poter agire sulla microglia nel sistema nervoso centrale[12]; III) la formulazione PEAPOL-m ha mostrato superiorità rispetto alla semplice associazione delle due sostanze[13]; IV) in un modello sperimentale di IPB, PEAPOL-m ha mostrato di poter agire a monte sulle cause dell'iperplasia e dell'infiammazione prostatica con risultati superiori a quelli di altri trattamenti (i.e. Serenoa repens)[14]; V) in letteratura non sono stati riportati effetti collaterali associati a questo trattamento o controindicazioni (spesso presenti per alfa litici o 5-ARI).
Questa analisi retrospettiva è stata condotta al fine di valutare l'efficacia di PEAPOL-m+PEA-um al dosaggio suggerito dal produttore di 440mg di PEAPOL-m + 400mg di PEA-um, 2 volte al giorno per 60 giorni, sui LUTS di pazienti affetti da IPB e CP.
I pazienti affetti da LUTS con PSA elevato, sottoposti a biopsia prostatica risultata negativa per carcinoma, nei cui campioni è stata riscontrata iperplasia prostatica associata a infiammazione cronica, sono stati sottoposti a questionario IPSS. Tale valutazione ha permesso di evidenziare una correlazione fra uno score sintomatologico moderato-severo e la presenza di infiammazione cronica prostatica nei core bioptici, in linea con quanto evidenziato dalla letteratura.
In pazienti affetti da IPB e prostatite cronica il trattamento con PEAPol-m+PEA-um si è rivelato efficace nel ridurre i LUTS evidenziati dallo score IPSS. Questa nostra osservazione conferma a livello clinico quanto dimostrato nel modello animale di IPB[14], suggerendo che l'azione sinergica di modulazione mastocitaria e antiossidante del co-micronizzato PEAPol-m nel tessuto prostatico possa essere efficace anche nell'uomo nella riduzione dell' IPB e dei sintomi associati. È stato dimostrato in un modello che la componente ultra-micronizzata (PEA-um) raggiunge il sistema nervoso centrale[12] ed è attiva nella modulazione della microglia con conseguente controllo della sensitizzazione centrale e più in generale della funzionalità neuronale sia ascendente che discendente[23, 24].

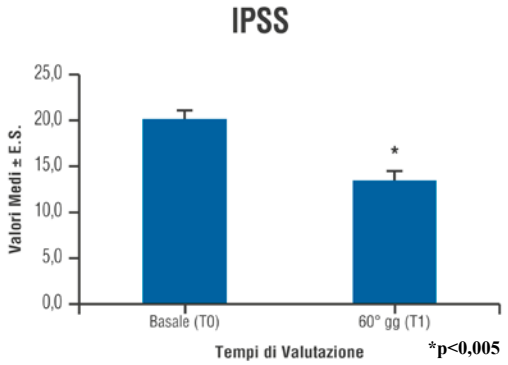


Figura 2. Variazione del IPSS score tra basale e fine trattamento.

Figura 3. Classificazione della severità dei LUTS e distribuzione tra i pazienti al basale e fine trattamento.

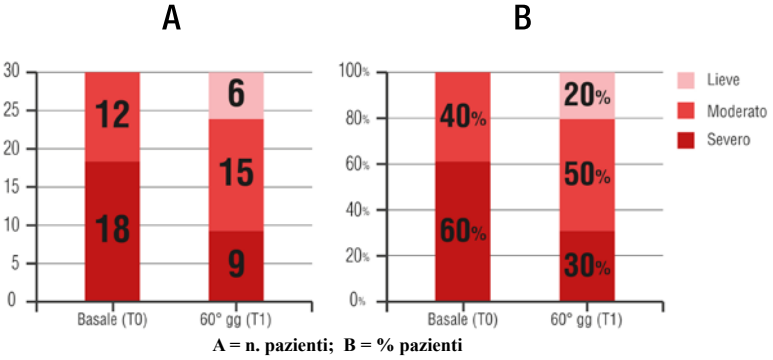
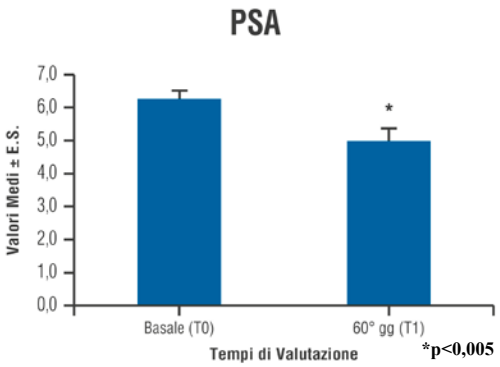


Figura 4. Variazione del PSA score tra basale e fine trattamento.



È perciò verosimile che tali azioni della quota ultramicronizzata di PEA si esplichino anche nei soggetti affetti da IPB associata a prostatite cronica, in particolare sulle componenti autonomiche e centrali dei LUTS, contribuendo al miglioramento della sintomatologia da noi osservato.
Nonostante il valore prognostico del dosaggio del PSA sia controverso, esso rimane un indicatore della iperplasia delle cellule dell'epitelio ghiandolare. Poiché dati istologici pre-clinici suggeriscono che PEAPol-m abbia un effetto di controllo dell'iperplasia prostatica[14], è lecito attendersi che questo effetto sia esteso alle cellule dell'epitelio ghiandolare e che, di conseguenza, si possa osservare una riduzione nella produzione di PSA. Nel campione dei pazienti in esame, il PSA era disponibile a T0 in quanto necessario a scopo diagnostico; nella nostra indagine retrospettiva, solo in cinque pazienti è stato possibile ottenere un dosaggio del PSA eseguito ad una distanza di tempo relativamente breve dopo il termine del trattamento con PEAPolm+PEAum, ovvero entro i sei mesi successivi al termine stesso. Ciononostante, l'analisi statistica ha rivelato una significativa riduzione del livello medio di PSA. Questa osservazione, pur ritenendo necessaria una estensione del campione per conferme, supporta l'idea che PEAPol-m+PEA-um, modulando i mastociti, generi effetti positivi sull'iperplasia tissutale e sulla flogosi cronica in corso di IPB+CP.

CONCLUSIONI

In questa indagine retrospettiva è stato osservato l'effetto del trattamento con Pelviprost nel ridurre i LUTS dei pazienti, dimostrando una diminuzione dello score IPSS dopo 60 giorni di trattamento e, qualora disponibile, un calo dei valori di PSA entro 6 mesi dal termine del trattamento stesso. Al fine di poter confermare quanto emerso da queste osservazioni, riteniamo sia necessario estendere il campione ad un maggior numero di pazienti, confrontare l'efficacia del trattamento fra pazienti sottoposti a terapia con PEAPol-m+PEA-um e soggetti sottoposti a terapia standard per IPB, eventualmente correlando i dati clinici relativi a riduzione dei LUTS con una riduzione della quota infiammatoria intraprostatica.

BIBLIOGRAFIA

1. Nickel JC, Roherborn CG, O'Leary MP, Bostwick DG, Somerville MC, Rittmaster RS The relationship between Prostate Inflammation and Lower Urinary Tract Symptoms: Examination of Baseline Data from the REDUCE Trial. Eur Urol 2008 Dec; 54(6):1379-84.
2. Samarinas M, Gacci M, de la Taille A, Gravas S Prostatic inflammation: a potential treatment target for male LUTS due to benign prostatic obstruction. Prostate Cancer Prostatic Dis 2018 Jun; 21(2):161-167.
3. Morgia G et al Serenoa Repens, Lycopene and Selenium Versus Tamsulosin for the Treatment of LUTS/BPH. An Italian Multicenter Double-Blinded Randomized Study Between Single or Combination Therapy (PROCOMB Trial). The Prostate 2014 Nov; 74(15):1471-80.
4. Zhenyu O et al Infiltrating mast cells enhance benign prostatic hyperplasia through IL-6/STAT3/Cyclin D1 signals. Oncotarget 2017 Jul 22; 8(35):59156-59164.
5. Roman K, Done JD, Schaeffer AJ, Murphy SF, Thumbikat P. Tryptase- PAR2 axis in experimental autoimmune prostatitis, a model for chronic pelvic pain syndrome. Pain. 2014 Jul; 155(7):1328-1338.
6. Breser ML, Salazar FC, Rivero VE, Motrich RD. Immunological Mechanisms Underlying Chronic Pelvic Pain and Prostate Inflammation in Chronic Pelvic Pain Syndrome. Front Immunol. 2017 Jul 31; 8: 898. doi: 10.3389/fimmu.2017.00898.
7. Vignozzi L, Gacci M, Maggi M. Lower urinary tract symptoms, benign prostatic hyperplasia and metabolic syndrome. Nat Rev Urol. 2016 Feb;13(2):108-19.
8. Done JD, Rudick CN, Quick ML, Schaeffer AJ, Thumbikat P. Role of Mast Cells in Male Chronic Pelvic Pain. J Urol. 2012 Apr;187(4):1473-82
9. Wong L, Done JD, Schaeffer AJ, Thumbikat P. Experimental autoimmune prostatitis induces microglial activation in the spinal cord. Prostate. 2015 Jan ;75(1):50-9.
10. Sanford MT, Rodriguez LV. The role of environmental stress on lower urinary tract symptoms. Curr Opin Urol. 2017 May; 27(3):268-273.
11. Petrosino S, Di Marzo V. The pharmacology of palmitoylethanolamide and first data on the therapeutic efficacy of some of its new formulations. Br J Pharmacol. 2017 Jun;174(11):1349-1365.
12. Petrosino S, Cordaro M, Verde R, Schiano Moriello A, Marcolongo G, Schievano C, Siracusa R, Piscitelli F, Peritore AF, Crupi R, Impellizzeri D, Esposito E, Cuzzocrea S, Di Marzo V. Oral Ultramicronized Palmitoylethanolamide: Plasma and Tissue Levels and Spinal Anti-hyperalgesic Effect. Front Pharmacol. 2018 Mar 20;9:249. doi: 10.3389/fphar.2018.00249.
13. Esposito E. A new co-micronized composite containing palmitoylethanolamide and polydatin shows superior oral efficacy compared to their association in a rat paw model of carrageenan-induced inflammation. Eur J Pharmacol. 2016 Jul 5;782:107-18.
14. Cordaro M, Impellizzeri D, Siracusa R, Gugliandolo E, Fusco R, Inferrera A, Esposito E, Di Paola R, Cuzzocrea S. Effects of a co-micronized composite containing palmitoylethanolamide and polydatin in an experimental model of benign prostatic hyperplasia. Toxicol Appl Pharmacol. 2017
15. Skaper SD, Facci L, Zusso M, Giusti P. An Inflammation-Centric View of Neurological Disease: Beyond the Neuron. Front Cell Neurosci. 2018 Mar 21;12:72.
16. Indraccolo U, Barbieri F. Effect of palmitoylethanolamide-polydatin combination on chronic pelvic pain associated with endometriosis: preliminary observations. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010 May;150(1):76-9.
17. Cobellis L, Castaldi MA, Giordano V, Trabucco E, De Franciscis P, Torella M, Colacurci N. Effectiveness of the association micronized N-Palmitoylethanolamine (PEA)-transpolydatin in the treatment of chronic pelvic pain related to endometriosis after laparoscopic assessment: a pilot study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011 Sep;158(1):82-6.
18. Cremon C, Stanghellini V, Barbaro MR, Cogliandro RF, Bellacosa L, Santos J, Vicario M, Pigrau M, Alonso Cotoner C, Lobo B, Azpiroz F, Bruley des Varannes S, Neunlist M, DeFilippis D, Iuvone T, Petrosino S, Di Marzo V, Barbara G. Randomised clinical trial: the analgesic properties of dietary supplementation with palmitoylethanolamide and polydatin in irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther. 2017 Apr;45(7):909-922.
19. Stocco E, Schievano C, Dodi G. Il dolore pelvico cronico: studio preliminare con PEA-m + polidatina nei pazienti afferenti a un ambulatorio di proctologia/pavimento pelvico. Peviperineologia. 2014; 33: 34-38.
20. Tartaglia E, Armentano M, Giugliano B, Sena T, Giuliano P, Loffredo C, Mastrantonio P. Effectiveness of the Association N-Palmitoylethanolamine and Transpolydatin in the Treatment of Primary Dysmenorrhea. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2015 Dec;28(6):447-50.
21. Indraccolo U, Indraccolo SR, Mignini F. Micronized palmitoylethanolamide/trans-polydatin treatment of endometriosis-related pain: a meta-analysis. Ann Ist Super Sanita. 2017 Apr- Jun;53(2):125-134
22. Sommariva M, Schievano C, Saleh O. Micronized palmitoylethanolamide reduces bladder chronicpelvic pain due to different etiologies and improves bladder functions. Pelviperineology 2017; 36: 92-96
23. Paladini A, Fusco M, Cenacchi T, Schievano C, Piroli A, Varrassi G. Palmitoylethanolamide, a Special Food for Medical Purposes, in the Treatment of Chronic Pain: A Pooled Data Meta-analysis. Pain Physician. 2016 Feb;19(2):11-24.
24. Brotini S, Schievano C, Guidi L. Ultra-micronized Palmitoylethanolamide: An Efficacious Adjuvant Therapy for Parkinson's Disease. CNS Neurol Disord Drug Targets. 2017;16(6):705-713.

Corrispondenza:

Dr.ssa Mittino Irene
U.O. UROLOGIA LAPAROSCOPICA mini-invasiva,
ASST Rhodense, Ospedale G. Salvini
Viale Forlanini 95, 20024 Garbagnate M.se (MI) Italy.
Tel +39 328 021 7842 e-mail: imittino@asst-rhodense.it

NOTA

Questa indagine clinica non è stata supportata da alcun finanziamento.

Articolo originale

Management fisioterapico del paziente con diastasi dei retti secondo il metodo DeVis (Decompressione Viscerale)

LOREDANA LA TORRE[1], CARLA CANTIANI[2]

[1] Fisioterapista presso Ospedale Nuovo Regina Margherita, Roma; [2] Fisioterapista presso Columbus Clinical Center, Milano

Riassunto: La DRA (diastasi retti addominali) è una patologia che determina una separazione eccessiva dei muscoli retti addominali i quali si allontanano dal tessuto connettivo della linea alba mediale. Il metodo DeVis (Decompressione Viscerale) interviene nella prevenzione e nella cura delle alterazioni del pavimento pelvico, delle disfunzioni respiratorie, nelle discopatie, nelle ernie inguinali e ombellicali e nella chiusura dei retti addominali integrando il lavoro acquisito durante la vita quotidiana.

Parole chiave: DRA; Diastasi retti addominali; DeVis, Decompressione Viscerale

Physiotherapeutic management of the patient with rectus diastasis according to the DeVis method (Visceral Decompression)

Abstract: Diastasis recti (rectus diastasis) or divarication of the recti is an excessive separation of the rectus abdominis muscles which move away from the medial linea alba (connective tissue). The DeVis method intervenes in the prevention and treatment of alterations of the pelvic floor, respiratory dysfunctions, discopathies, inguinal and umbilical hernias, in the closure of the rectus abdominis by integrating the work acquired in daily life.

Keywords: Rectus abdominal muscle diastasis; Inter Recti Distance; Abdominal low pressure; DeVis; Visceral decompression

INTRODUZIONE

I retti addominali sono due muscoli lunghi e paralleli che perpendicolarmente chiudono lo spazio viscerale addominale anteriore e superficiale. Si inseriscono sullo sterno e sulle ultime cartilagini costali e da qui verticalmente arrivano sui tubercoli pubici. Sono separati tra loro e uniti dalla linea alba e contrariamente a quanto si pensi, non sono i responsabili della apertura della Fascia inter recti.

Una larghezza maggiore di 2 cm tra i due retti addominali è considerata *Diastasi Addominale dei Retti* (DRA). Esistono diversi tipi di diastasi: ombelicale, sovraombelicale, infraombelicale, aperta (Fig. 1) e, a seconda del grado si definisce l'entità della diastasi: di grado lieve (inferiore a 3 cm), moderato (tra 3 e 5 cm), severo (più di 5 cm). La non chiusura dei retti può creare una interruzione del "muro" addominale ed una erniazione in alcuni casi della massa viscerale quando la pressione intraddominale aumenta[1].

La causa più nota per le donne è la gravidanza e si calcola che il 30-40% delle donne che hanno partorito possano sviluppare una diastasi dei retti [2], seguono l'obesità, l'aumento delle pressioni intraddominali durante i maggiori sforzi[3] e la mancanza di fibre collagene di tipo I e tipo III[4].

Negli uomini la percentuale di diastasi addominale è piu bassa e puo dipendere da fluttuazioni di peso, posizione seduta molto prolungata, familiarità. In questo caso compare generalmente tra la 5ª e la 6ª decade di vita[5].

DeVis è una metodologia derivata da anni di studio ed esperienze professionali su molti pazienti.

Lo studio delle pressioni viscerali è fondamentale per il recupero dei muscoli retti addominali, considerando il progetto terapeutico all'interno di una funzionalità globale (Fig. 2). La persona viene invitata a percepire i propri errori posturali adottati nella vita quotidiana attraverso un'attenzione percettiva guidata. L'apprendimento avviene attraverso la conoscenza delle proprie abitudini e stili di vita e di movimento poco funzionali: "sbagliare per apprendere". Per il paziente è importante capire quanto una postura non organizzata possa creare una pressione continua e costante

Fig. 1 - Diastasi aperta.

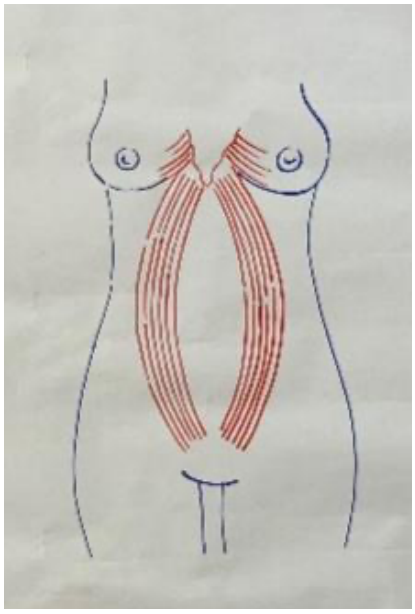
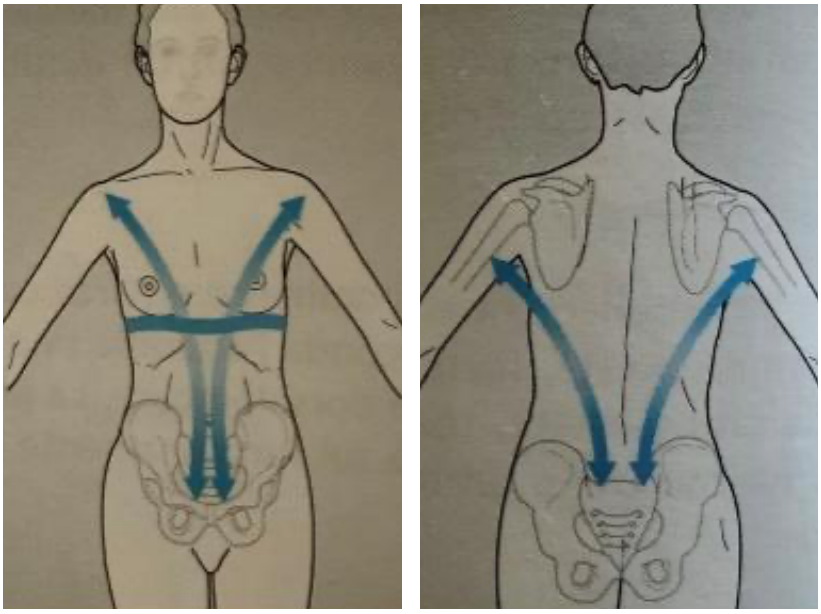


Fig. 2 - La funzionalità globale collegata con i muscoli retti dell'addome.



su tutta la bolla addominale e sugli organi da essa contenuti, alterando di conseguenza la funzionalità di questi muscoli e di tutti gli altri sistemi a loro connessi.
L'addome è un punto di passaggio e di unione tra i segmenti superiori ed inferiori. Tutto ciò che accade a livello addominale si ripercuote sulla gabbia toracica, sulla colonna vertebrale, sul bacino, sulla zona pelviperineale e sul ritmo respiratorio, ossia sull'intera struttura corporea, il cosiddetto *core*. Affinchè questo equilibrio possa funzionare occorre mantenere gli spazi fisiologici dei vari contenitori (testa, gabbia toracica, bacino, addome colonna vertebrale), creare una fisiologica tensione dei tessuti, attivare gli addominali in allungamento percependo la loro connessione viscerale con il diaframma toracico, con i muscoli glosso-faringei, i muscoli perineali, i dorsali, e sentire la loro potenza di sostegno della bolla viscerale.

IL METODO

Valutazione iniziale
Dopo aver valutato l'entità della diastasi ed aver visionato il referto ecografico, si procede 1) ad un'attenta analisi posturale, in cui si possono evidenziare squilibri e tensioni muscolari delle varie catene cinetiche, 2) all'osservazione del pattern respiratorio, 3) alla valutazione della funzionalità dei muscoli addominali durante la produzione di suoni o nei cambi posturali per capire come la persona utilizza la bolla viscerale;
4) si chiede di mimare la postura utilizzata durante la defecazione, 5) si osservano la posizione seduta (se è una giovane puerpera la postura adottata durante l'allattamento), il modo con cui raccoglie un oggetto o come tiene il cellulare, 6) si indaga sul tipo di attività fisica che è abituata a svolgere e come utilizza i muscoli addominali e infine 7) si cerca di capire la respirazione adottata a riguardo.

Consapevolezza della postura
In posizione eretta, si invita la persona a toccare le principali "scatole" anatomiche del corpo e la loro dislocazione rispetto alla linea di gravità (scatola cranica, scatola toracica e scatola addomino-pelvica).
Questo serve a riconoscerle a farle percepire come entità distinte ma collegate le une alle altre attraverso sistemi fasciali muscolari scheletrici e di mobilità.
Si utilizzano dei body roller o dei bastoni, da posizionare dietro la colonna, chiedendogli di percepire i 3 punti di contatto più importanti che corrispondono al passaggio della linea di gravità in stazione eretta: occipite, dorso, sacro.
In questo modo la persona comprende immediatamente come sono organizzate le scatole contenitive e il ponte scheletrico che le unisce; quanto sia dislocata la sua testa in avanti, e quanto questo gravi sullo sterno portandolo in depressione verso il basso, generando eccessivi aumenti di pressione intraviscerali.

Consapevolezza delle pressioni intra-addominali
Si invita la persona a passare dalla posizione eretta a quella supina, osservando la spontaneità del movimento effettuato per arrivare sulla terra.
In posizione supina il paziente pone le mani su addome e torace (Fig.3) per percepire il ritmo respiratorio e capire dove avviene maggiormente il movimento se nella zona sovra-pubica, nell'addome basso sotto ombelicale, ombelicale, epigastrico, toracico.
La maggior parte dei pazienti con diastasi o ernie addominali utilizza maggiormente un movimento eccessivo della parete addominale durante la respirazione.

Fig. 3 - Il paziente in posizione supina pone le mani su addome e torace per percepire ritmo respiratorio e sede principale del movimento.

In aggiunta si chiede di provare a tossire (atto espiratorio) e percepire se l'addome protrude verso l'esterno, ed in quale punto esatto, e se la spinta viscerale va anche in direzione del pavimento pelvico.
Si inizia sempre in posizione supina sulla terra, per avere una consapevolezza maggiore di contatto tra il corpo ed il suolo. La pressione degli arti inferiori al suolo con le ginocchia flesse attiverà il lavoro del core (bacino, pavimento pelvico, regione addominale e spinale), facilitando la risalita dei visceri[6,9].
Sulla terra o sul lettino si osservano i vari compensi, e si utilizzano dei supporti per evitare l'aumento delle retrazioni o delle rigidità dei averi tessuti fasciali e muscolari (rialzi, cuscini, tavolette, palline) Si lavorerà sulle flessibilità della gabbia toracica, sullo sblocco delle retrazioni fasciali ed osteoarticolari per impostare in seguito le diverse modalità respiratorie, sia toraciche che toraco addominali.
Le mani del paziente sono un feedback importante per aumentare la consapevolezza respiratoria.
Vengono utilizzati dei cerotti adesivi che renderanno ancora più consapevole il lavoro di questi tessuti fasciali e saranno posizionati nei punti d'inserzione prossimale e distale dei muscoli addominali, mimando la direzione delle loro fibre. Si inizierà dai più profondi, i trasversi addominali, i piccoli obliqui, i grandi obliqui ed i retti addominali, utilizzando colori diversi in modo da differenziare le fasce.
Successivamente con i movimenti delle braccia e delle gambe si metteranno in tensione muscoli addominali e dorsali adattando le varie modalità respiratorie per sentire come rispondono gli addominali e gradatamente si insegnerà una respirazione viscerale ascendente che verrà attivata dalla zona sovrapubica alla zona epigastrica.

Fig. 4 - Contrazione del retto addominale con modalità ascendente.

L'esercizio addominale si alterna in modalità scheletrica e viscerale alternando le contrazioni dei muscoli addominali anteriori e laterali, cercando la coordinazione con i muscoli vicini.
Nella contrazione del retto addominale che avverrà in modalità ascendente (Fig. 4) si manterranno le curve fisiologiche della colonna vertebrale e si entrerà in equilibrio ed allungamento con i muscoli dorsali, alternando costantemente respirazioni costali ed addominali (Fig 9f).
Si lavorerà sulla terra, in statica e in dinamica, in decubito laterale dx-sx nei 4 appoggi.
In posizione eretta il corpo manterrà una *tensegrità* (tensione ed integrità) funzionale, attraverso la pressione dei piedi sulla terra, la pressione delle mani, l'autoallungamento della colonna vertebrale, il lavoro dei muscoli perineali integrato con gli addominali bassi e la spinta ascensionale di quest'ultimi[8].

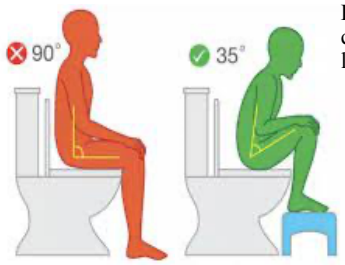
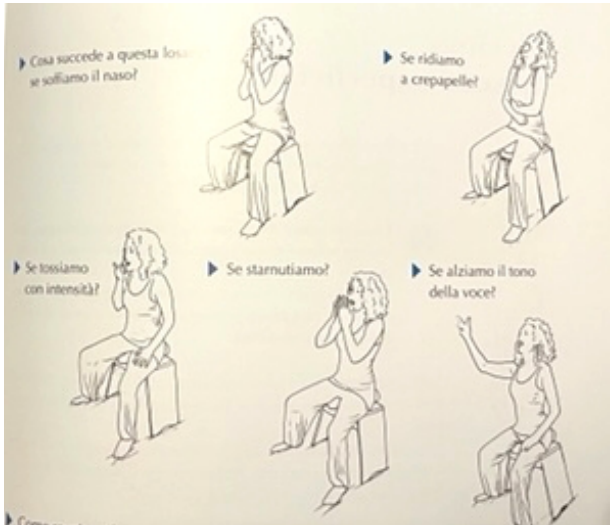


Fig. 5 - Posizione corretta per facilitare la defecazione.

Fig. 6 - Come ridere, parlare e cantare, ecc.



Il lavoro dei muscoli addominali avviene quasi sempre in contrazione isometrica, partendo da una posizione di massimo allungamento per evitare di generare l'aumento della pressione intraddominale. Alternando contrazione ed allungamento. Questa alternanza mobilizza il tessuto muscolare e favorisce la circolazione sanguigna all'interno del muscolo e della parte non contrattile (aponeurosi e fascia)[6].
Si alterneranno le contrazioni dei muscoli larghi (obbliqui) a quelli dei muscoli stretti e lunghi (retti dell'addome), raccogliendo i visceri dalla parte pubica evitando l'aumento delle pressioni sulla parte inguinale, addominale e perineale, come la spremitura di un tubetto di dentifricio che va dal basso verso l'alto senza richiedere attivazioni massimali del muscolo trasverso dell'addome[7].

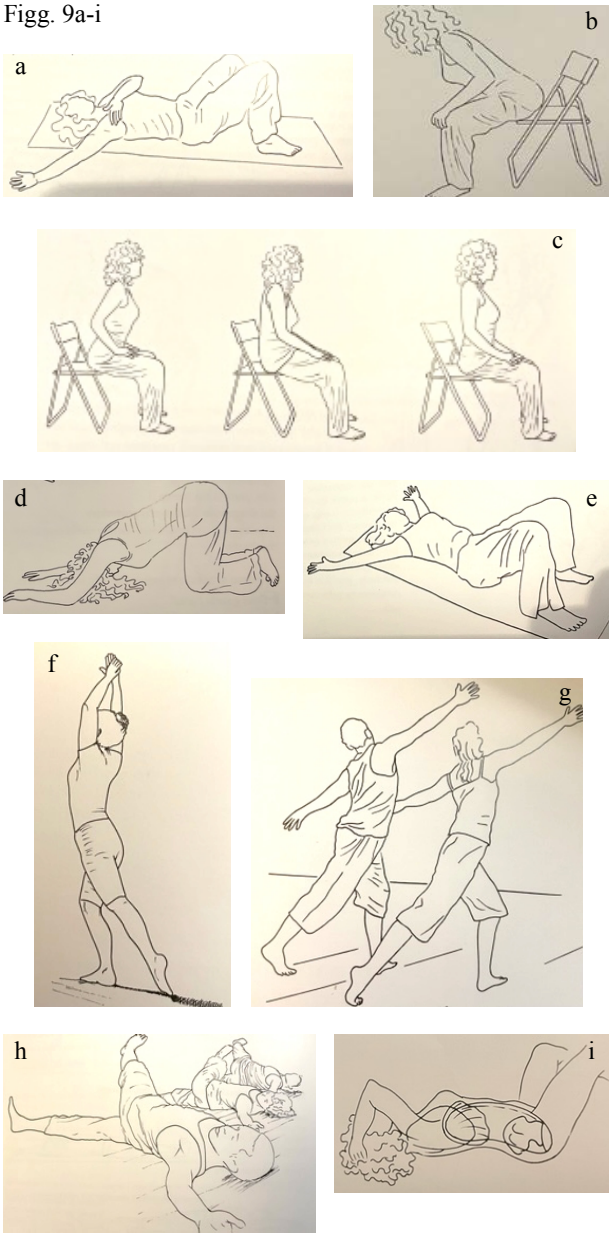
Fig. 7 - Istruzioni su come portarsi a terra e rialzarsi.

Fig. 8 - Istruzioni su come sollevare pesi da terra.

Integrazione del lavoro acquisito nella vita quotidiana
Già dalla prima seduta vengono date istruzioni circa la gestione degli sforzi nella quotidianità. Sforzi che se effettuati con la massima inspirazione ed a glottide chiusa possono causare aumento delle pressioni addominali e sollecitare la linea alba.
Verrà data indicazione su come evacuare (Fig. 5)
Verrà data indicazione su come tossire e come utilizzare la voce per ridere, parlare e cantare (Fig. 6)
Verrà data indicazione su come portarsi a terra e come risalire da terra nel passaggio posturale eretto-supino-eretto senza creare pressione intraddominale, e su come alzarsi da supino-seduto-eretto (Fig. 7), compreso come uscire-entrare dall'automobile.
Verrà inoltre data indicazione su come sollevare pesi da terra (Fig.8) e come gestire gli sforzi nella vita quotidiana.

Programma di mantenimento
Il paziente viene guidato in questa serie di esercizi che vengono spiegati durante le sedute di Riabilitazione (Figg. 9a-i) con sedute a cadenza bisettimanale per un periodo di 3 mesi da proseguire a domicilio per altri 3 mesi per almeno 20 minuti al giorno.

Figg. 9a-i



DISCUSSIONE

L'efficacia del programma fisioterapico descritto si basa sulla consapevolezza del paziente. Gli input visivi e tattili aiutano il paziente ad avere un'immagine mentale precisa della sua postura e della divergenza dalla linea di gravità. In posizione eretta l'anteposizione della testa porta ad una alterazione della curva cervicale ed una pressione della testa sul torace, deprimendo lo sterno e limitando la funzionalità respiratoria. A sua volta il torace poggia sull'addome costringendo la fascia addominale inter-rettalis ad allargarsi durante la respirazione così come durante l'esercizio. Questa è una delle principali fonti di recidive di lombalgia e cattiva postura[9].

Il diaframma svolge un ruolo centrale nella regolazione della pressione intra-addominale e nella stabilità del tronco e della colonna vertebrale[10]. Un diaframma eccessivamente tonico porta a uno spostamento verso il basso dello sterno, ridotta mobilità delle costole, aumento della cifosi dorsale. L'anteposizione della testa rende le costole più oblique riducendo notevolmente la mobilità toracica. Per ridurre la tonicità del diaframma, il primo esercizio dovrebbe essere eseguito in posizione di scarico per la gravità per ridurre la perturbazione del tronco e riallineare progressivamente la colonna vertebrale[11].

Il nostro approccio si basa su respirazioni diaframmatiche ed addominali, utilizzando l'apnea fisiologica al termine sia della inspirazione che dell'espirazione senza forzare apnee prolungate. Inoltre, preferiamo non chiedere al paziente di contrarre l'ombelico durante la espirazione, se non al termine di una contrazione viscerale ascendente poiché riteniamo che ciò possa contribuire ad aumentare la pressione addominale al di sotto e al di sopra dell'ombelico.

La mobilizzazione del torace è necessaria per preparare esercizi addominali con lo scopo di favorire la libertà respiratoria.

La relazione tra lombalgia e DRA è ben nota[12]. I muscoli spinali, addominali e lombari profondi sono collegati tra loro attraverso la fascia aponeurotica toracolombare che stabilisce una tensione equilibrata tra di loro. Ciò implica un punto di uguale tensione tra i muscoli paraspinale, trasverso addominale e obliquo interno, che agiscono attraverso il tendine trasverso addominale comune[13] (Fig. 2).

Secondo la nostra esperienza, la rigidità indotta da una retrazione della catena posteriore (muscoli paravertebrali e posteriori della coscia e tibia) crea un vincolo muscolare e unisce i distretti del torace e dell'addome con mobilità ridotta sia durante l'inspirazione che l'espirazione: in particolare, limitazioni nell'espansione toracica e nella retroversione-antiversione della pelvi e conseguente aumento della pressione intra-addominale. È stato dimostrato che la retrazione muscolare antigravitazionale è associata a una ridotta flessibilità lombopelvica che impedisce una corretta postura seduta[14].

L'aumento del tempo trascorso in posizione seduta nello stile di vita odierno crea il rilassamento della linea alba a causa dell'incapacità di mantenere un appoggio neutrale sul bacino. Inoltre, le costole chiuse ed abbassate alterano l'equilibrio del pistone diaframmatico che insieme allo sterno abbassato contribuisce ad aumentare la pressione addominale[15]. Nel tempo la pressione esercitata anteriormente sull'addome può portare ad uno sfiancamento della linea alba con potenziali ernie addominali[16, 17].

CONCLUSIONE

Al fine di garantire il completo recupero della fascia inter-recti e la risoluzione delle disfunzioni muscolari, qualsiasi approccio fisioterapico dovrebbe sempre basarsi sull'analisi dei fattori predisponenti all'origine del DRA, per ridurre la probabilità di recidive e l'aumento delle tensioni nella fascia inter-recti anche nel post-operatorio.

Pertanto riteniamo sia importante che la prevenzione e cura della DRA si basi su di un approccio globale che determini una fisiologica pressione-decompressione del sistema viscerale. I muscoli addominali messi in allungamento verranno attivati in una contrazione viscerale ascendente dalla zona pubica alla zona epigastrica.

I principi fondamentali del metodo DeVis sono quindi: attenzione, consapevolezza, percezione, ponte sensoriale mente-corpo, percezione e gestione funzionale del respiro, percezione ed attivazione dei muscoli perineali, organizzazione del peso corporeo, pressione-decompressione.

Il metodo DeVis è stato ideato dalla Dott.ssa Loredana La Torre, fisioterapista, nel corso di piu di 30 anni di esperienza professionale riabilitativa sull'apparato neurocognitivo, respiratorio, e del pavimento pelvico. Dopo aver trattato con successo numerosi pazienti che presentavano sempre problematiche di tipo misto (respiratorio, posturale, gestione degli sforzi) da questa incredibile esperienza è nata l'applicazione e l'ideazione del metodo stesso. Metodo che tuttora viene insegnato in Italia ed in Spagna.

BIBLIOGRAFIA

1. Mommers EHH, Ponten JEH, Al Omar AK, de Vries Reilingh TS, Bouvy ND, Nienhuijs SW. The general surgeon's perspective of rectus diastasis. A systematic review of treatment options. Surg Endosc 2017; 31(12):4934-4949. https://doi.org/10.1007/s00464-017-5607-9
2. Sperstad JB, Tennfjord MK, Hilde G, Ellström-Engh M, Bø K. Diastasis recti abdominis during pregnancy and 12 months after childbirth: prevalence, risk factors and report of lumbopelvic pain. Br J Sports Med 2016; 50(17):1092-6. https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096065
3 Nahabedian MY. Management Strategies for Diastasis Recti. Semin Plast Surg 2018; 32(3):147-154. https://doi.org/10.1055/s-0038-1661380
4. Blotta RM, Costa SDS, Trindade EN, Meurer L, Maciel-Trindade MR. Collagen I and III in women with diastasis recti. Clinics (Sao Paulo) 2018;73:e319 https://doi.org/10.6061/clinics/2018/e319
5. Cheesborough JE, Dumanian GA. Simultaneous prosthetic mesh abdominal wall reconstruction with abdominoplasty for ventral hernia and severe rectus diastasis repairs. Plast Reconstr Surg 2015; 135 (1):268-276. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000000840.
6. Calais-Germain B. Abdos Sans Risque - Nouvelle Édition. DésIris, 2019
7. Lee D, Hodges PW. Behavior of the Linea Alba During a Curl-up Task in Diastasis Rectus Abdominis: An Observational Study. J Orthop Sports Phys Ther 2016; 46(7):580-9. https://doi.org/10.2519/jospt.2016.6536
8. Kim SH, Park SY. Effect of hip position and breathing pattern on abdominal muscle activation during curl-up variations. J Exerc Rehabil 2018; 14(3):445-450. https://doi.org/10.12965/jer.1836170.085
9. Creze M, Bedretdinova D, Soubeyrand M, Rocher L, Gennisson JL, Gagey O, Maître X, Bellin MF (2019) Posture-related stiffness mapping of paraspinal muscles. J Anat 234(6):787-799. https://doi.org/10.1111/joa.12978
10. Driscoll M, Blyum L. Investigation of the inter-dependence between intra-abdominal pressure and spinal stability. Clin Biomech (Bristol, Avon) 2019; 69:164-167. https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2019.07.018
11. Hodges PW, Gandevia SC. Changes in intra-abdominal pressure during postural and respiratory activation of the human diaphragm. J Appl Physiol 2000; 89(3):967-76. https://doi.org/10.1152/jappl.2000.89.3.967
12. Doubkova L, Andel R, Palascakova-Springrova I, Kolar P, Kriz J, Kobesova A. Diastasis of rectus abdominis muscles in low back pain patients. J Back Musculoskelet Rehabil 2018; 31(1):107-112. https://doi.org/10.3233/BMR-169687
13. Vleeming A, Schuenke MD, Danneels L, Willard FH. The

functional coupling of the deep abdominal and paraspinal muscles: the effects of simulated paraspinal muscle contraction on force transfer to the middle and posterior layer of the thoracolumbar fascia. J Anat 2014; 225(4):447-62. https://doi.org/10.1111/joa.12227
14. Frey M, Poynter A, Younge K, De Carvalho D. The relationship between lumbopelvic flexibility and sitting posture in adult women. J Biomech 2019; 84:204-210. https://doi.org/10.1016/j.jbiomech.2018.12.048
15. Tayashiki K, Takai Y, Maeo S, Kanehisa H. Intra-abdominal Pressure and Trunk Muscular Activities during Abdominal Bracing and Hollowing. Int J Sports Med 2016; 37(2):134-43. https://doi.org/10.1055/s-0035-1559771
16. Fülöp ZZ, Ifj Bara T, Simu P, Szilveszter M, Drágus E, Fülöp RL, Jung J, Bara T. Számítógépes tomográfia és hasűrinyomás-mérés alkalmazása az óriás medián hegsérvek kezelésében [Application of computed tomography and abdominal pressure measurement in the treatment of giant incisional hernias]. 2020; Orv Hetil 161(9):347-353. Hungarian. https://doi.org/10.1556/650.2020.31667
17. Smith MD, Coppieters MW, Hodges PW. Postural response of the pelvic floor and abdominal muscles in women with and without incontinence. Neurourol Urodyn 2007; 26(3):377-85. https://doi.org/10.1002/nau.20336

Corrispondenza:
Dr.ssa Loredana La Torre
Ospedale Nuovo Regina Margherita, Roma
lorylatorre@gmail.com

NOTA
Questo studio non è stato supportato da alcun finanziamento.

Il perineo maschile: sede e scambio di piacere e di emozioni

STELLA DE CHINO

Fisioterapista, educatrice professionale e consulente sessuale, Schio (Vicenza

Riassunto: Nella prima parte dell'articolo vengono analizzate le attuali conoscenze relative all'area pelvica e al piacere sia in ambito femminile che maschile facendo emergere le analogie anatomiche. Nella seconda parte, attraverso interviste discorsive e domande aperte, si esplora il mondo maschile con particolare attenzione alla zona perineale ed anale e sorprendenti rivelazioni che portano a rivisitare stereotipi di genere e tabù.

Parole chiave: Ano; Perineo maschile; Punto L; Punto G; Sesso anale

The male perineum: seat and exchange of pleasure and emotions

Abstracts: The first part of the article analyzes the current knowledge relating to the pelvic area and pleasure in both the female and male spheres, highlighting the anatomical similarities. In the second part, through discursive interviews and open questions, the male world is explored with particular attention to the perineal and anal areas and to many surprising revelations that lead to revisiting gender stereotypes and taboos.

Keywords: Anus; Male perineum; L spot; G spot; Anal sex

INTRODUZIONE

Da molti anni ormai si parla di *perineo femminile* sia in relazione alla salute della donna che al benessere sessuale. Numerose ricerche hanno evidenziato ciò che determina il piacere femminile, a partire dalla scoperta del *punto G* negli anni 80 per proseguire a quella di una parte interna molto profonda della clitoride per giungere agli studi sull'eiaculazione femminile. Un gruppo di studiosi italiani dell'Università dell'Aquila e di Tor Vergata, unitamente agli autorevoli colleghi francesi e messicani Jannini, Buisson e Rubio-Casillas, hanno nel 2014 introdotto il concetto di *CUV* ossia *complesso clito-uretro-vaginale*, evidenziando la complessità di queste strutture e la loro implicazione nel piacere femminile, come ben descritto dalla sessuologa Valeria Randone[1].

Non altrettanto possiamo dire per il *perineo maschile* e per il piacere anale nel maschio. Sembra esserci una sorta di tabù ad affrontare questa tematica seriamente. Eppure l'anatomia evidenza chiaramente le analogie morfologiche fra uomo e donna. Gli organi genitali infatti hanno una comune origine embriologica e una parte interna in intima connessione con la muscolatura pelvica che si intreccia tra i corpi cavernosi della clitoride e delle radici del pene e le strutture ghiandolari, la prostata nel maschio e le ghiandole di Skene nella donna. Nelle figure 1 e 2, tratte dal "Libro del sesso" di Suzi Godson[2] si evidenziano chiaramente queste interconnessioni.

In sostanza, negli ultimi decenni, è stata dedicata molta attenzione a ciò che esternamente non si vede (bulbo e crura) ossia alla "radice del pene" e della clitoride che si insinuano

Fig. 1- osservare come la mm. pelvica (9) di interseca con la prostata (8) e il retto (10). Immagine tratta dal Libro del Sesso di Suzi Gordon[2].

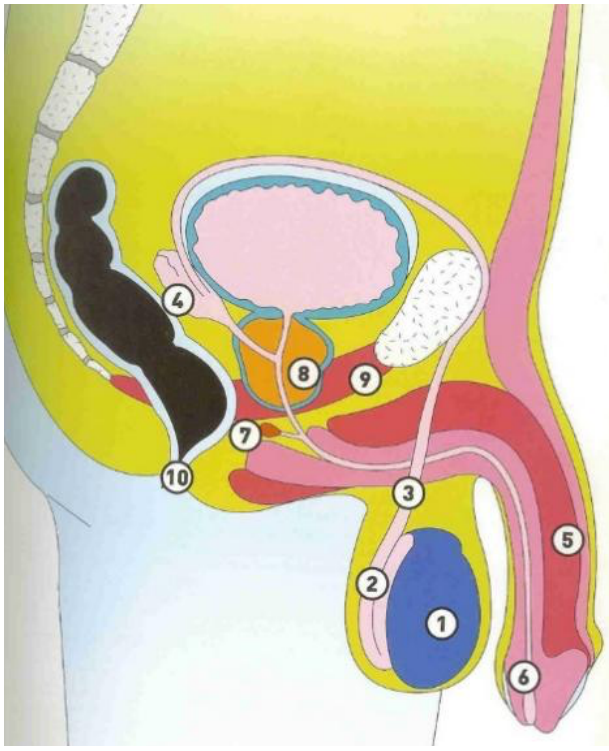


Fig. 2- Osservare come la mm. pelvica (8) si interseca con la zona del punto G (7) e il retto (9). Immagine tratta dal Libro del Sesso di Suzi Gordon[2].

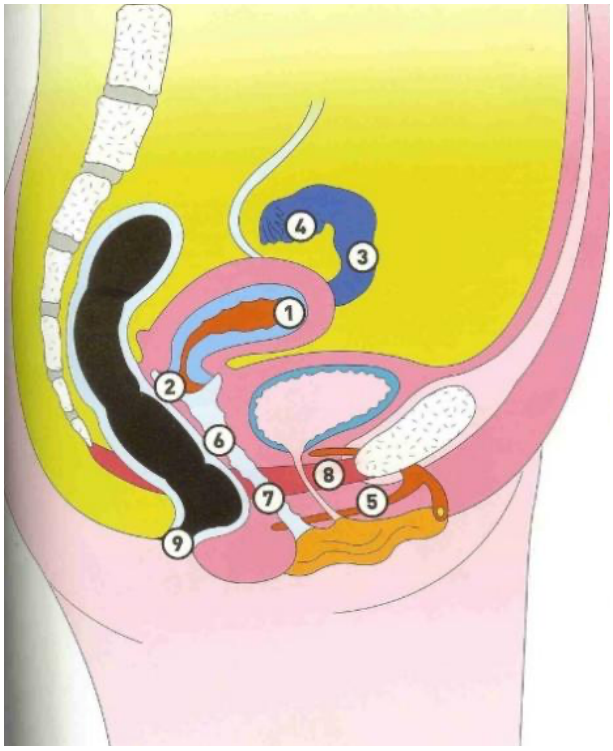


Fig. 3 - Punto L, immagine tratta dal libro di Elisabatta Leslie Lionelli[3], stimolazione dell'area alla radice del pene, abbinata alla masturbazione genitale.

all'interno del pavimento pelvico ma mentre per la donna tutto questo ha portato a riconoscere e differenziare i diversi tipi di orgasmo e piacere (vaginale, clitorideo, anale), per l'uomo non ci sono stati particolari approfondimenti.
Questo articolo vuole dunque essere un primo passo nel mondo del piacere pelvico maschile cercando di conoscere dalla viva voce degli uomini le loro sensazioni e emozioni.
Il mio interesse personale per questo tema risale ad una quindicina di anni fa in seguito alla lettura del libro "Coccole e carezze alla radice della virilità", di Elisabetta Leslie Lionelli, sessuologa italiana[3].
La sua scoperta di un'area di piacere alla radice del pene alla fine degli anni 90 (Fig. 3) ha permesso a chi si interessa alla sessualità umana di dare risposta alle numerose testimonianze maschili di "piacere interno". La denominazione "Punto L" è stata poi data dallo scrittore, attore, regista, fumettista, blogger e attivista Jacopo Fò[4], il quale, leggendo gli scritti della Lionelli ha trovato giusto attribuire a lei il merito di questa nuova indagine sul piacere maschile, mentre negli anni successivi in molti si sono focalizzati sul piacere "prostatico" facendo alla fine lo stesso errore
fatto per il punto G, ossia attribuendo ad un punto il merito di una serie di sensazioni /emozioni determinate da strutture anatomiche e aspetti emotivi diversi.
In realtà si tratta di una zona più che di un punto, tanto quanto quella del punto G e sicuramente la sensibilità diffusa non è da attribuirsi ad un'unica struttura ma ad una interconnessione di strutture diverse. Nel caso del maschio infatti l'area in questione riguarda la zona perineale, l'ano esternamente e l'area periprostatica, mentre per la donna sono molto vicine, nella parete vaginale anteriore (area G), le ghiandole di Skene, l'uretra e il bulbo della clitoride, dunque la cosiddetta area clito-uretro-vaginale (CUV).
Come vedremo dalle testimonianze anche la componente emotiva e mentale gioca la sua importanza. Ma cosa dicono gli uomini di questa area, fra lo scroto e l'ano?
Racconta la Lionelli che un noto intellettuale, descrivendo alla sessuologa le sue percezioni durante la fase dell'innamoramento, le diceva: "sentivo in quel momento di avere una vagina. Non era la fantasia di avere il sesso femminile, *ma una vera sensazione fisica intensa,* forte, sotto i testicoli, in corrispondenza del perineo, come *suppongo possa sentire una donna la sua vagina"*. Francesco Casaretti, nel suo libro "Iniziazione all'amore taoista"[5] narra che durante una pratica di respirazione "fetale" (una respirazione inversa dove si contrae il perineo in inspirazione e lo si rilassa in espirazione) focalizzando l'attenzione all'area perineale e immaginando di respirare attraverso il perineo o l'ano, ebbe un'esperienza molto intensa: "Non so come, ma mi venne spontaneo *sentirmi come se avessi una grande vagina*. Sentivo l'aria che mi penetrava, che si diffondeva nel mio essere. Un'ebrezza lucida, dolcissima che non avevo mai provato fino ad allora".
Entrambe le esperienze come possiamo notare non sono di carattere *sessuale* ma *emozionale* ed *energetico*. Un po' come la sensazione di "vagina che pulsa" quando una donna è molto attratta da un uomo o scatenata da alcune pratiche yogiche femminili.

MATERIALI E METODI

Quando ho deciso di approfondire questo tema ho proposto tre modalità: narrazione personale, intervista telefonica dove le domande erano libere, oppure risposte a domande aperte in forma scritta, questo per dar modo ad ognuno di sentirsi spontaneo nel rispondere e trovare la sua modalità preferita.
Ho scelto di intervistare cinque uomini di età diverse dai 30 ai 67 anni per poter osservare eventuali differenze nelle convinzione e negli atteggiamenti rispetto alla sessualità anale. Erano tutti miei pazienti seguiti per consulenze sessuologiche in passato. Nessuno di loro presentava specifiche patologie organiche o le aveva presentate in precedenza. Si sono dimostrati tutti entusiasti e disponibili, nessuno ha avuto resistenze di alcun tipo. L'intervista a voce ha sicuramente creato però più imbarazzo rispetto alla narrazione scritta in autonomia. Ciò che segue è il materiale raccolto con i miei commenti.

LE INTERVISTE

"Un piacere completo e totalizzante" (E. 62 anni)
La domanda.... non c'è... Questa persona fa parte di chi ha scelto di fare una narrazione personale.
"Premetto che è una cosa che faccio solo se ho un bel rapporto con la persona che te lo fa e mi è stato utile parlarne molto prima.
E' qualcosa di veramente unico che completa la stimolazione del pene, del glande e dei testicoli. Dopo aver provato la stimolazione anale ti rendi conto che la stimolazione del pene è "una parte" ma non è la completezza.
Solo una volta ho sentito delle resistenze e mi sono reso conto che avevo difficoltà a lasciare libera la mia parte femminile, quella ricettiva che si abbandona.
Dopo la stimolazione dei testicoli sento il desiderio della penetrazione anale che completa il piacere. Senti il bisogno di aprirti ed accogliere. Senti totalità e completezza del piacere.
Il dito che ti massaggia all'interno e tocca la parte del pene che è dentro di te è qualcosa di eccezionale e fortemente coinvolgente. Lasciarti andare a questo e godere è bellissimo… ti fa percepire un'intimità molto grande".
Commento: E. evidenzia l'importanza la necessità dell'intimità emotiva ancor prima di quella fisica per poter ricevere questo tipo di contatto. Sottolinea le sensazioni di "radice" interna e profonda come elemento di "totalità". La sua narrazione pone l'accento sulla componente anatomica (il tutto comprende anche il dentro) e comunicativa (è stato importante parlarne prima).

"Un mondo tutto mio…" (G.54 anni)
Come hai scoperto il piacere anale?
Ho scoperto il piacere anale di pari passo con la masturbazione genitale e non ho pudore nel dirti che spesso e volentieri mi compro stimolatori prostatici o semplici plug che mi rilassano e che mi portano piacere. Mi sento riempito in una parte che normalmente svuoto e il piacere si unisce alle mie fantasie.
Era un tuo desiderio o è stato proposto dalla tua/tuo partner?

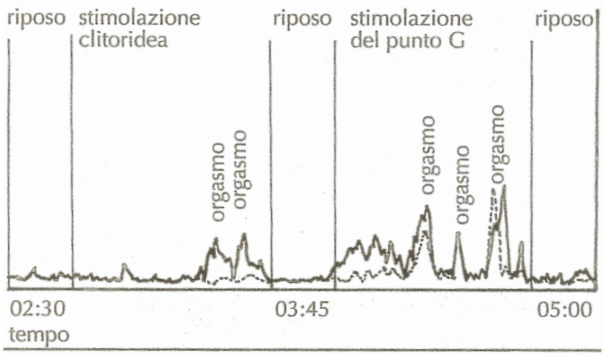


Fig.4- Muscolo pubococcigeo e risposta orgasmica (John Perry, 1984) , immagine tratta dal libro "Il punto G" di Elmar e Michaela Zadra[6].

Era un mio desiderio, la mia partner era troppo complessata solo a parlarne, figuriamoci a mettere in atto certe tecniche. Nel mio immaginario sogno di ricevere la penetrazione con *strap on,* senza tanti giri di parole, ma tra dire e fare abbiamo in mezzo il mare.
Che differenze trovi rispetto a quello genitale e che sensazioni diverse al momento dell'orgasmo?
Il piacere anale per me è stimolazione prostatica che attuo con cautela, con molta progressione, lasciando a volte sentire le contrazioni che provengono dal masturbarmi, pratico massaggio prostatico in modo molto semplice, non aiutato da nessuno e con vari oggetti atti a tale scopo che uso con delicatezza, lubrificati e igienizzati - mi piace sentire il plug che entra e trova posto dentro di me... per dirti ... il mio sogno è un dildo a ventosa da provare sotto la doccia.
Rispetto al piacere solo genitale sento il pene più duro, più reattivo specie se uso un plug perchè sento che la prostata è più reattiva e sensibile dopo stimolazione.
Hai dovuto superare o far superare dei tabù per fare questa esperienza?
Personalmente non ho nessun blocco o tabù.
Sono cose mie che faccio io per il mio esclusivo piacere.
Commento: La componente di autoerotismo si esprime qui nella sua forma più naturale. G. si conosce profondamente, ama darsi piacere e vive con molta gioia l'autoerotismo. Traspare una certa "tristezza" nel non aver saputo- potuto condividere con la compagna questa sua passione per la parte anale. Entra senza difficoltà nei dettagli di ciò che ama e immagina. Sicuramente questa testimonianza ci permette di capire la grande disparità di genere nell'affrontare questa tematica: nessun uomo farebbe sentire "sbagliata" una donna se ama essere stimolata a livello anale.

Nella narrazione a seguire l'aspetto dei tabu' femminili verso la zona anale maschile emerge ulteriormente, ma fa capire anche il grande potenziale di piacere e benessere che essa dona.

"Un plateau che può essere inseguito quasi all'infinito" (P. 67 anni)
Come hai scoperto il piacere anale?
A seguito di un evento traumatico mi è stata diagnosticata una prostatite.
Lo specialista, oltre a prescrivere una terapia farmacologica, ha consigliato e insegnato alla mia compagna il massaggio prostatico.
Tutto è cominciato quindi per caso e da quel momento. Sinceramente non era un mio desiderio iniziale ma è stata una scoperta casuale che ha coinvolto anche la mia compagna
E fino a quando siamo rimasti assieme è stato un gioco che ha coinvolto tutti e due.
Che differenze riscontri rispetto al piacere solo genitale?
Secondo me quello genitale ha un picco che possiamo identificare con l'eiaculazione a cui segue sempre un momento di stacco e distacco mentre quello anale non raggiunge mai un picco ma arriva ad un plateau che può essere inseguito quasi all'infinito.
Hai dovuto superare o far superare dei tabu' per fare questa esperienza?
Sì, mi è capitato con alcune di aver dovuto cercare di superare il tabù del rapporto anale, quindi con alcune le discussioni sono state infinite e i tentativi di spiegazione non hanno portato a nulla e le loro resistenze hanno avuto la meglio.
Devo dire però che con altre non c'erano paletti che delimitavano il linguaggio e il rapporto fisico, per cui è stato facile ed anche estremamente piacevole avere un rapporto analmente soddisfacente.
Con poche altre sono riuscito a vivere questa esperienza come una esplorazione verso spazi di piacere che non avevo mai pensato esistessero.
Commento: P. descrive il piacere anale in modo molto simile a come la donna descrive il piacere vaginale. John Perry, nel 1984, evidenziò la differenza elettromiografica nella risposta del muscolo pubococcigeo durante la risposta orgasmica femminile con la stimolazione della clitoride e del punto G, (Fig.4) evidenziando una maggior durata e potenza del secondo, con diversi picchi di piacere in successione e con poca refrattarietà. La tematica del piacere "interno" femminile è ampliamente trattata nel testo "Il punto G" di Elmar e Michaela Zadra[6], coniugi impegnati da anni in percorsi sulla sessualità.

"Parola d'odine: gioco!" (M. 42 anni)
Come hai scoperto il piacere anale?
"Fin da piccolissimo, nei giochi fra bimbi. Mi ricordo che all'asilo di mettevamo un sassolino nelle mutandine e la sensazione era piacevole. Poi alle elementari con una bambina giocavamo e ci leccavamo nella zona anale".
Quali sensazioni ti provoca?
Ho la sensazione di poter lasciare il controllo all'altra persona e mi sento in qualche modo "dominato" e contemporaneamente accudito. C'è il piacere della trasgressione per la rottura di un tabu' e anche un mollare le redini e un condividere tutto con la partner.
Di questa esperienza ciò che ti piace di più sono le sensazioni fisiche o la componente mentale?
Credo sia la componente mentale ad accrescere le sensazioni, il fatto di vedere la mia partner dominante, il mio ruolo passivo, il suo "volermi veder venire" che amplificano le sensazioni fisiche.
Ti chiedo uno sforzo descrittivo per quanto riguarda le percezioni…sapresti dirmi che differenza noti nei due tipi di orgasmo, cioè quello con il dito inserito e quello solo genitale?
L'orgasmo genitale è simile ad una scarica elettrica mentre l'altro è un'esplosione. Nel primo le gambe sono rigide e si rilassano dopo mentre nel secondo il rilassamento è immediato e più profondo.
Commento: Quanto più rileggo la descrizione delle sensazioni provate, non posso non notare la grande analogia con la descrizione trovata nelle narrazioni femminili nel libro "Il segreto delle donne" di Elise Brune e Yves Ferroul[7], dove le donne differenziano l'orgasmo a partenza clitoridea come più breve, in contrazione del corpo e più genitale rispetto a quello a partenza vaginale, più lungo, in rilassamento e più di espansione. "Clitorideo: essenzialmente sesso, piccole e grandi labbra, vagina e ventre, contrazioni acute e spasmi. Vaginale: tutto il corpo con epicentro a livello di vagina ma che si irradia ovunque". Oltre a questa analogia torvo molto interessante l'accento sulla compo-

nente di giocosità dell'esperienza e sulla spontaneità delle scoperta durante l'infanzia che sdogana l'idea che alcuni anni che il piacere anale sia un'esperienza "deviante".

"Non mi precludo nulla" (A. 30 anni)
Come hai scoperto il piacere anale? Era un tuo desiderio o è stato proposto dalla tua/tuo partner?
Il giorno del mio diciannovesimo compleanno...appuntamento con una ragazza conosciuta in un locale di 10 anni più grande di me…durante un pompino mi ha messo un dito nel sedere...
Io non precludo nulla...sono aperto alle esperienze, più che un desiderio non conoscevo quel piacere. ora a volte è una necessità per me...
Che differenze trovi rispetto a quello genitale e che sensazioni diverse al momento dell'orgasmo?
Col tempo è mutato il piacere che provo...sicuramente i primi approcci hanno il fascino del proibito...ma ora invece è diverso perchè è un piacere certamente psicologico di abbandono per me ma anche fisico....l'energia di quel punto si concentra sul quel piccolissimo punto è alla fine si espande in tutto il corpo, fino alla punta dei piedi.
L'orgasmo... è strano.... spesso appena vengo penetrato la mia eccitazione sale...e per paradosso l'erezione mi scende...io credo che qui si veda molto bene la distribuzione delle energie.
Che differenze trovi rispetto a quello genitale e che sensazioni diverse al momento dell'orgasmo?
Un erezione ti porta ad accumulare energia che poi viene esplosa in un unico momento...
Nel rapporto anale per me è diverso… è abbandono puro... essere girato a pancia in su e sentire quel dito nel sedere ti porta ad un orgasmo meno intenso come eiaculazione (sensazione stranissima averla da non eretto) ma è un piacere più "interno".
Hai dovuto superare o far superare dei tabu'per fare questa esperienza?
Ho pochissimi tabù da superare...sarà perché credo che i momenti vanno pesati e vissuti in base alle emozioni.
In passato le esperienze soft con i maschi le ho avute, quindi forse questo mi aiuta...non ho mai nascosto che mi piace... la mia compagna mi penetra con le dita o con altro. Durante un'esperienza di massaggio tantrico ho sentito il mio corpo vibrare al solo tocco del perineo, anche senza penetrazione. Attualmente ho bisogno di ritrovare la mia energia...un domani forse vivrò esperienze anali ancora più intense, non lo so...ma comunque non ho mai avuto difficoltà e le hanno sempre accettate le mie compagne.
Commento: molto interessante scoprire che le nuove generazioni incontrano molti meno tabù nell'esperienza del piacere ed osservare la spontaneità con cui il nostro ultimo intervistato si esprime. Anche in questa narrazione il focus percettivo va sulla sensazione di piacere di espansione fino alla punta dei piedi. Sembra che l'uomo possa sperimentarsi in modo femminile quando avviene la penetrazione anale.

CONCLUSIONI

Con questo articolo si apre un capitolo importante nella storia della Pelviperineologia. Per la prima volta ci addentriamo nella componente del piacere legato al pavimento pelvico nella comparto posteriore e lo facciamo parlando di uomini. Per quanto riguarda il piacere femminile anche in riferimento alla zona anale troviamo letteratura. Per citare un testo per tutti, quello di Roberto Bernorio e Milena Passigato "Il piacere al femminile"[8], dove si parla anche di orgasmo anale come uno dei vari tipi di orgasmo femminile.
Fabrizio Quattrini, sessuologo clinico romano, nel suo libro "Il piacere maschile"[9], afferma: "Sono convinto che esista un'area complessa e morfofunzionale anche nell'uomo, fondamentale per la percezione delle differenti sensazioni del piacer orgasmico. Quest'area comprende tre aree\organi sensitivi: il glande, il perineo, che puo'attivare forti sensazioni interne ed esterne, coinvolgendo l'area prostatica, orifizio anale e l'area scrotale e la prostata vera e propria. Questa ghiandola a forma di castagna che ha l'apice verso il diaframma urogenitale, si trova con la base rivolta verso la vescica, dietro la sinfisi pubica e davanti all'ampolla rettale."
Per ora si tratta di timidi accenni ad un tema che chiede di essere "raccontato" dagli uomini in prima persona, ma le numerose testimonianze pervenute sono sicuramente la conferma che i tempi sono maturi.
Mi ha colpito molto la differenza fra la prima testimonianza e l'ultima: mentre in qualche modo per il soggetto di 62 anni arrivare alla stimolazione anale aveva significato sdoganare paure e tabù parlandone molto, per il giovane uomo di trenta la scoperta era avvenuta senza preavviso a diciannove grazie all'iniziativa di una donna più grande di lui. E' qui evidente anche la maggior apertura verso esperienze bisex delle nuove generazioni e la spontaneità del vissuto femminile. Se infatti soprattuto negli over 50 con alcune donne era stato difficile, alle volte impossibile, affrontare la tematica e vivere l'esperienza, per gli under 50 invece è descritta come un gioco (M-42 ne parla addirittura come un gioco fra bimbi) e senza tabù.
Sarà interessante proseguire la nostra ricerca addentrandoci anche nella componente emozionale e mentale di questa dimensione del benessere sessuale. Lungi dal voler esaurire qui l'argomento si inizia quindi un percorso di approfondimento che si svilupperà nei prossimi numeri del giornale.

BIBLIOGRAFIA

1. Randone V. Orgasmo femminile: dal punto G all'area Cuv, 2014 http://www.nature.com/nrurol/journal/vaop/ncurrent/full/nrurol.2014.193.html
2. Gordon S. Il libro del sesso, Sonzogno Editore, 2003 pag. 25, 39.
3. Leslie Lionelli E. Coccole e carezze- alla radice della virilità, edizioni Nuovi Mondi, 2000
4. Fo J., La scopata galattica, ed. Nuovi Mondi, 1999, pag. 29
5. Casaretti F. Iniziazione all'amore taoista. Ed. Mediterranee, 1999
6. Zadra E, Zadra M. Il punto G. Macro Edizioni, 2003
7. Brune E,Ferroul Y. Il segreto delle donne. Saggi Ponte delle Grazie, 2011
8. Bernorio R, Passigato M. Il piacere al femminile. IBS, 2016
9. Quattrini F. Il piacere maschile. Giunti, 2017

NOTA

Questo studio non è stato supportato da alcun finanziamento.

Corrispondenza:
stelladechino@gmail.com

Sterilità femminile e fistole post-partum in Africa: aspetti socio-sanitari ed economici

AUGUSTO COSULICH

Già Chirurgo Cooperazione Italiana DGCS-MAE

Riassunto: In Africa essere donna significa fatica, sofferenza e dolore quotidiani, come risultato di uno sviluppo estremamente maschilista ove la supremazia fisica si esprime sia nelle guerriglie etnico-tribali che nelle violenza di ogni tipo a livello societario. Generare figli assume per la donna un aspetto assolutamente fondamentale e la sterilità di coppia si riferisce solo a quella femminile, quella maschile non venendo neppure considerata. Il medico missionario comboniano Padre Giuseppe Ambrosoli (1923-1987) ha dedicato tutta la sua vita al servizio degli africani. Nell'ospedale di Kalongo (Nord Uganda) praticava una chirurgia di ogni tipo: ortopedia, urologia, ostetricia-ginecologia, fino alla cataratta. La riparazione delle fistole vescico-vaginali e retto-vaginali, devastanti per la marginalizzazione delle pazienti in ambito sociale, era un campo in cui la sua valenza operatoria costituiva l'unica speranza per le donne che ne erano affette. Ha anticipato la fondazione ad Addis Abeba di un Fistula Hospital dedicato unicamente alla cura chirurgica di tali fistole, patologia che si perpetuerà fino a quando i servizi africani della salute materno-infantile potranno garantire un'assistenza adeguata durante la gravidanza e durante il travaglio di parto.

Parole chiave: Fistola vescico-vaginale; Fistola retto-vaginale; Padre Giuseppe Ambrosoli; Africa

Female infertility and postpartum fistulas in Africa: socio-health and economic aspects

Summary: In Africa, being a woman means daily fatigue, suffering and pain, as a result of an extremely male-dominated development where physical supremacy is expressed both in ethnic-tribal guerrillas and in violence of all kinds at the societal level. Generating children assumes an absolutely fundamental aspect for the woman and couple sterility refers only to the female one, the male one not even being considered. The Combonian missionary doctor Father Giuseppe Ambrosoli (1923-1987) dedicated his entire life to the service of Africans and in the hospital of Kalongo (Northern Uganda) he practiced surgery of all kinds: orthopedics, urology, obstetrics-gynecology, up to cataracts . The repair of vesico-vaginal and recto-vaginal fistulas, devastating for the marginalization of patients in the social sphere, was a field in which the operative value of Father Ambrosoli constituted the only hope for the women who were affected. He anticipated the foundation to Addis Ababa of a Fistula Hospital dedicated solely to the surgical treatment of these fistulas which will continue until the African maternal and child health services will guarantee adequate assistance during pregnancy and labor.

Keywords: Vesicovaginal fistula; Rectovaginal fistula; Father Giuseppe Ambrosoli; Africa

INTRODUZIONE

Chi conosce l'Africa sa bene che le donne sono per varie ragioni la colonna portante dell'economia, a livello familiare in primis ma non solo in quello. E questo malgrado la condizione sociale della donna nel "continente nero" sia ben lungi da quella dei Paesi occidentali, possiamo dire senza paura di smentite che anche ai giorni nostri, specie nelle aree rurali dove vive la maggioranza della popolazione africana, essere donna significa fatica, sofferenza e dolore quotidiani. E' il risultato di uno sviluppo societario ancora estremamente maschilista dove l'uomo è davvero il "sesso forte" sotto ogni punto di vista. E la cosa non può meravigliare se consideriamo come le società africane, con qualche rara eccezione, siano tuttora dominate da aspetti di supremazia fisica (conflitti esterni ed interni, guerriglie etnico-tribali, razzie di bestiame, violenza di ogni tipo) nei quali ovviamente l'uomo ha più forza e potere della donna. Ma a fronte di tutto ciò è sempre e comunque la donna quella che garantisce la stabilità del nucleo familiare provvedendo all'alimentazione, al lavoro nei campi, alla raccolta quotidiana dell'acqua e della legna combustibile per cucinare e scaldarsi, al soddisfacimento sessuale del marito, alla generazione ed all' accrescimento dei figli, etc. Infatti è proprio per questa sua importanza fondamentale che la donna è sempre stata in Africa oggetto di commercio, perchè proprio di un investimento si tratta. Svariate sono le modalità di questo tipo di commercio ma il concetto è sempre lo stesso: le famiglie discutono e si accordano sul prezzo di "acquisto" della moglie da parte del futuro marito a suon di bestiame, denaro o altro. Succede esattamente il contrario delle civiltà occidentali come la nostra, dove la futura sposa porta (meglio dire portava) al matrimonio il suo corredo nuziale come prova e testimonianza del suo prestigio e status economico. In Africa invece è l'uomo e la sua famiglia a pagare il "lebola" come prezzo dei vari servizi ed incombenze (vedi sopra) che la futura moglie sarà tenuta a garantire. E siccome in società povere come quelle africane gli aspetti economici sono sempre prioritari, ecco che generare dei figli assume, tra tutte le varie responsabilità della donna, un aspetto assolutamente prioritario e fondamentale: i fi-

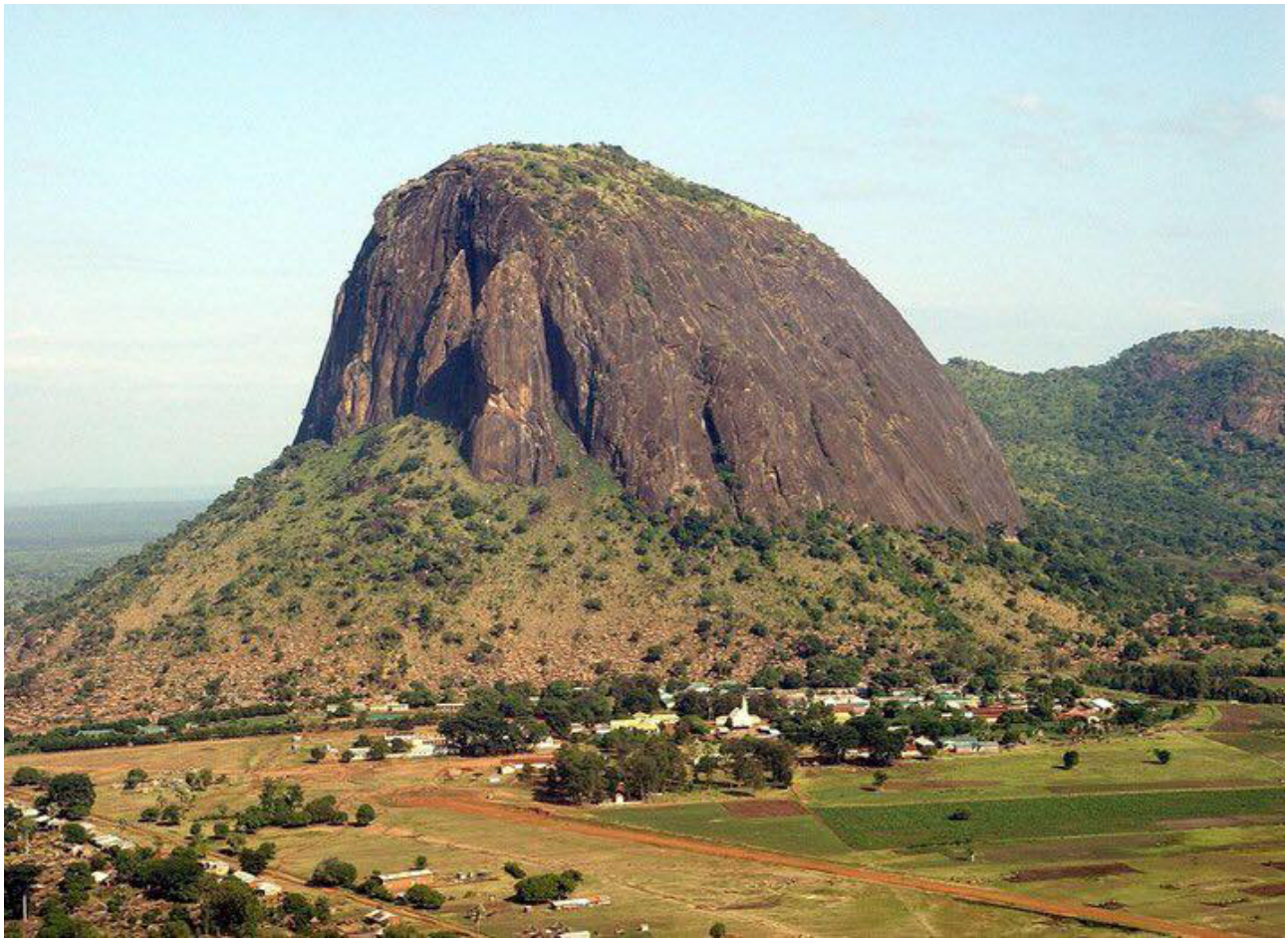
Fig. 1a, b- Padre Dottor Giuseppe Ambrosoli.

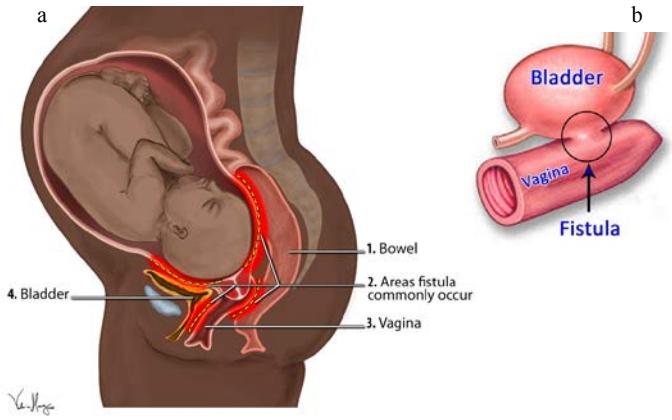
gli infatti sono una ricchezza, garantiscono continuità alla famiglia e da grandi potranno offrire difesa ed orgoglio alla famiglia (i maschi) oppure una rendita economica al momento di sposarsi (le femmine). Questa è una delle ragioni principali dell'alta natalità che si osserva in Africa e che ogni anno, malgrado l'altissima mortalità infantile, aumenta il tasso di crescita generale della sua popolazione che oggigiorno ha già abbondantemente superato il miliardo. E adesso che siamo globalizzati stiamo assistendo a migrazioni di massa dai Paesi poveri a quelli ricchi con tutte le conseguenze che viviamo ai giorni nostri. Coloro che si stupiscono e non accettano questo fenomeno dimostrano di essere piuttosto ignoranti e per niente lungimiranti, infatti le attuali migrazioni di massa non sono nient'altro che l'applicazione del vecchio concetto di fisica dei vasi comunicanti che abbiamo studiato alla scuola media. In questo caso il vaso che mette in comunicazione tra loro i vari vasi (continenti) è proprio la globalizzazione, specie in termini di comunicazioni e trasporti.
Tornando al contratto di matrimonio, e proprio per mettere il focus sull'aspetto della generazione dei figli, molte famiglie dello sposo stabiliscono di pagare subito una prima rata della cifra o del numero di animali concordato alla famiglia della sposa, e di saldare il resto dopo la nascita del primo figlio/a della nuova coppia. Perchè fanno questo? E' un fenomeno recente di solo alcuni decenni ed è legato al rischio concreto di sterilità della coppia.

STERILITÀ DI COPPIA, UN GRANDE PROBLEMA

Diciamo subito che anche qui emerge il "machismo" della società africana dato che quando si parla di sterilità di coppia ci si riferisce esclusivamente a quella femminile mentre la possibilità (concreta) di sterilità maschile non viene mai presa neanche in considerazione.
A parte le rare sterilità "primarie" legate a difetti anatomici congeniti o a disfunzioni ormonali, la stragrande maggioranza delle sterilità femminili sono secondarie ad infezioni pelviche contratte durante i rapporti sessuali. Ai miei tempi di lavoro africano (ultime decadi del secolo scorso ed inizio di quello attuale) l'HIV-AIDS era solo al principio e comunque comportava altri tipi di complicazioni, così come la sifilide, ma non interferiva con la fertilità; il vero responsabile era di gran lunga il gonococco e le sue complicanze (vaginiti, salpingiti, ascessi pelvici). Non ricordo quante volte ho visitato donne con grosse e dolentissime masse infiammatorie a livello pelvico, patologie talmente serie da causare reazioni pelvi-peritonitiche con ricovero in ospedale e trattamento antibiotico massiccio e prolungato. Generalmente tali quadri clinici si risolvevano lentamente ma altrettanto inevitabilmente la guarigione esitava in processi fibrotici cicatriziali ed aderenziali, la struttura più delicata a venir spesso danneggiata era la salpinge che già di per sè ha un lume semi-virtuale. Il risultato era spesso la chiusura del lume della tuba con conseguente impossibilità al passaggio dell'ovocita dall'ovaio all'utero. Tale sterilità femminile era doppiamente debilitante per la donna che, uscita a fatica dalla fase acuta dell'infezione pelvica, si ritrovava spesso a non rimanere più incinta e tale fattore veniva spesso usato come arma di negoziazione/resa al mittente della moglie sterile "comprata" (con una frase non proprio elegante qui da noi si direbbe "becca e bastonata").

Fig. 2- Vista aerea del villaggio di Kalongo (l'ospedale è al centro, subito a destra della chiesa).





c

Fig. 3 a-c -Fistole vescico-vaginali (VVF) e retto-vaginali (RVF)

INSUFFLAZIONE E REIMPIANTO DELLE TUBE A KALONGO: IL DOTTOR AMBROSOLI

Nell'ospedale di Kalongo (Nord Uganda) dove ho lavorato per poco più di due anni vi era una persona straordinaria che non esito a definire il mio vero maestro di chirurgia e di vita. Un medico missionario comboniano che ha devoluto tutta la sua vita al servizio degli africani e che nel corso di alcuni decenni ha portato l'ospedale di Kalongo dai quaranta posti letto iniziali alla capienza attuale di trecento! Mite ed umile di carattere era però un vero gigante quando si trattava di difendere e curare chiunque gli capitasse di visitare, era il vero "chirurgo africano" capace di fare praticamente tutto, compresa l'anestesia spinale prima dell'intervento. Ricordo di avegli visto fare dalla chirurgia generale di ogni tipo, all'ortopedia, l'urologia, l'ostetricia-ginecologia, fino alla cataratta: aveva un vasetto dove teneva le centinaia di cristallini da lui rimossi ma non aveva a disposizione lenti sintetiche da poter inserire come rimpiazzo dello stesso cristallino. Era molto facile riconoscere tali pazienti da lui operati, in gran parte anziani che se ne uscivano dall'ospedale con occhiali dalle lenti spesse come fondi di bottiglia ma felici perchè avevano riacquistato la vista! Giuseppe Ambrosoli (questo il suo nome) era molto sensibile al problema delle sterilità femminili e come tale faceva tutto il possibile per aiutare queste donne tramite interventi di insufflazione o reimpianto delle tube nell'utero. Devo dire che tale approccio più umanitario che scientifico esitava spesso in un "nulla di fatto" o peggio ancora in complicanze quali le gravidanze ectopiche a livello tubarico che, una volta rottasi la tuba per la crescita progressiva dell'embrione, causavano delle vere emergenze chirurgiche (emoperitoneo) che ho dovuto più volte operare laggiù. Ma potemmo anche osservare qualche rara gravidanza portata a termine il che, bene o male, poteva giustificare tale approccio.

Fig. 4- Padre Dottor Giuseppe Ambrosoli al letto di un malato.

LE FISTOLE PELVICHE, CAUSE ED IMPLICAZIONI FAMILIARI E SOCIALI

Parliamo qui di due tipi di complicazioni del parto che ormai nel mondo occidentale non esistono più e fanno solo parte di documentazione nella letteraratura medica. In Africa invece, dove i servizi sanitari sono pochi e carenti, costituiscono ancora un problema molto grave, sia per le loro implicazioni sanitarie che per quelle di tipo socio-familiari.

In parte a causa dei servizi sanitari carenti me forse ancor di più per l'attitudine tradizionale africana a far partorire la donna a casa con l'assistenza di ostetriche locali senza formazione medica (Traditional Birth Attendants - TBAs) un travaglio di parto prolungato anche alcuni giorni è un'evenienza tutt'altro che rara da osservare. E quando non si riesce ad espletare il parto nella capanna allora la partoriente viene portata all'ospedale come estrema ratio. Il risultato è spesso drammatico: feto in grembo già morto e parto per via naturale impossibile. Si deve quindi ricorrere a quelle procedure traumatiche e molto sgradevoli anche per l'operatore sanitario quali craniotomia e rimozione del feto morto o a volte, in caso di presentazione podalica, anche a taglio cesareo. Così come è bello estrarre un bambino vivo e vitale è altrettanto tragicamente triste estrarre un feto morto, peggio ancora se tramite cesareo.

Ma il dramma per la partoriente non finisce qui: oltre ad aver perso il bambino la povera donna proprio a causa del travaglio di alcuni giorni e della compressione prolungata su vescica o retto da parte della testa fetale incastrata può andare incontro ad una complicanza molto grave. Le zone parietali di vescica o retto compresse ed ischemizzate a lungo vanno incontro ad una necrosi asettica che dopo qualche tempo comporta la caduta di tale tessuto necrotico e la formazione di una comunicazione abnorme (fistola) tra vagina e vescica o retto.

Le *fistole vescico-vaginali* (VVF), che sono di gran lunga

Fig. 5 - La tomba di Padre Ambrosli a Kalongo (Nord Uganda).

le più frequenti e anche le più gravi data la contaminazione fecale, e le *fistole retto-vaginali* (RVF), comportano in ultima analisi la fuoriuscita continua di urina o feci attraverso la vagina (Fig.3 a-c).
Ho visto molti di questi casi all'ospedale di Kalongo e devo dire che raramente ho avvertito un senso di dispiacere ed impotenza così marcati. Questo perchè, oltre al danno anatomico, la povera donna, a causa essenzialmente dell'odore particolamente forte e sgradevole causato dalla continua fuoriuscita di urina per via vaginale (ho visto spesso microcristalli di nitrati o urati lungo la faccia interna delle coscie delle poverette) viene a costituire un serio problema familiare. Sono frequenti i casi in cui il marito allontana la moglie dallo stesso nucleo familiare, così alla fine la poveretta subisce anche una marginalizzazione in ambito sociale proprio come se fosse una lebbrosa dei tempi antichi, un vero dramma.
Il grande Ambrosoli costituiva anche qui l'unica speranza per queste donne, tramite una grande pazienza e valenza operatoria (l'intervento di chiusura di una VVF è complesso e delicato) e spesso in caso di fistole di grandi dimensioni, pur dovendo fare l'intervento in più fasi, riusciva a dare una nuova vita a queste donne infelici ed a reinserirle nella società. Davvero un grande il Giuseppe, e non deve quindi sorprendere se qualche anno fa sia stato proclamato Beato dalla Chiesa cattolica.

CONCLUSIONE

Le VVF e RVF in Africa sono tuttora talmente numerose, e cosa ancora peggiore si continua ad osservarne di nuove, che con l'aiuto esterno è stato fondato ad Addis Abeba il "Fistula Hospital" struttura unica nel Continente e dedicata unicamente alla cura chirurgica di tali fistole ed alla formazione pratica dei medici africani a tale complesso tipo di intervento[1]. Durante il mio lavoro in Etiopia ho visitato più di una volta quell'ospedale e mi ha colpito la pulizia, la serenità ed il senso di positività che vi regna. Vi si incontrano pazienti di ogni Paese africano e tutto il "modus operandi" della struttura è rivolto a rendere più coinvolte ed ottimiste le stesse pazienti che, ad esempio, aiutano le infermiere a lavare e stendere per asciugare le centinaia di pannolini utilizzati ogni giorno. Cosa notevole, anche grazie all'uso sistematico di prodotti disinfettanti per la pulizia del luogo non si avverte odore di urina da nessuna parte!
La componente di formazione chirurgica è altrettanto importante ed il livello educativo è così elevato che vi partecipano come studenti oltre ai medici africani anche specialisti europei coinvolti in attività chirurgiche in Africa. I corsi sono così frequentati che c'è ormai la lista d'attesa per potervi partecipare.
Ma è ovvio che il problema si potrà risolvere in modo radicale solo quando i servizi sanitari di base africani ed in primo luogo quelli della salute materno-infantile potranno garantire un'assistenza adeguata durante la gravidanza e durante il travaglio di parto. Si sono recentemente osservati risultati incoraggianti in alcuni Paesi, ma si tratta di un processo lungo e tutt'altro che facile.

BIBLIOGRAFIA

1. Bornstein J, Gold DM. In the path of giants: Dr. Kees Waaldijk. Pelviperineology 2021;40(2):61-63

NOTA

Questo studio non è stato supportato da alcun finanziamento.

Corrispondenza
Augusto Cosulich M.D.
augusto.cosulich@gmail.com

I big della colonproctologia visti da vicino

MARIO PESCATORI

Presidente onorario della Società Italiana di Chirurgia Colorettale

PREMESSA

C'è stata e c'è ancora nel mondo una grande quantità di coloproctologi, principalmente chirurghi, che si possono a ragione definire dei big.

Nel libretto (pubblicato integralmente e visibile nel sito www.pelvishop.com) sono citati soltanto gli stranieri e ne compare solo un certo numero. Anche altri sarebbero stati degni di essere raccontati, ma l'autore ha dovuto selezionare quelli che ha conosciuto e frequentato personalmente, in modo da fornire anche dei vivaci ritratti extraprofessionali.

Tra gli Italiani compaiono solo un gastroenterologo e un radiologo. Volutamente non vi sono dei chirurghi. Certamente in Italia non mancano dei validi chirurghi colorettali, bravi clinicamente e/o scientificamente. Ma l'autore ha preferito non citare nessuno per non creare delusioni fra gli esclusi.

GOLIGHER

Magro, elegante nel suo gessato blu, scattante benchè anziano (Fig 1). Questo è il mio ricordo del Professor John Goligher la prima volta in cui l'ho visto di persona. Eravamo a Roma, all'Hotel Hilton, in un congresso di chirurgia e avevo ventotto anni o giù di lì. Due anni prima, a Londra, nell'atrio del St Mark's Hospital (dove ero per un corso di tre mesi) avevo invece letto il suo nome nella breve lista degli *Honorary Consultants*. Ma quando l'ho conosciuto, si era già trasferito a Leeds per dirigere la Chirurgia Digestiva della locale Università. E lì aveva scritto il suo libro SURGERY OF THE COLON, RECTUM AND ANUS, che è stata a lungo la Bibbia per i chirurghi colorettali di tutto il mondo (Fig 2).

Ciò che distingueva questo libro da tutti gli altri era il fatto che, per ogni capitolo, l'autore esponeva in modo convenzionale le notizie sulla patologia in questione, che so, le emorroidi o il cancro del retto, riportando eziopatogenesi, quadro clinico, istopatologia, terapia con i vari interventi. Dopo di che, terminato questo excursus, riportava la sua esperienza personale sull'argomento. Ebbene, spesso la seconda parte (quel che lui faceva) era più lunga della prima (lo "stato dell'arte"), a dimostrare la enorme esperienza che aveva in ogni patologia del grosso intestino. In quel senso Goligher operava tutto (e bene, e con più di un intervento). Anzi, non nel libro ma nella sua vita professionale, e non al St Mark's ma a Leeds, operava anche sul tratto gastroenterico alto, diciamo stomaco e duodeno in particolare. Nella lunga parte finale di ogni capitolo non solo sciorinava al lettore indicazioni e risultati dei suoi interventi, ma li corredava con voci bibliografiche di lavori personalmente pubblicati con i suoi colleghi.

Fig 1- John Cedric Goligher (1912–1998)

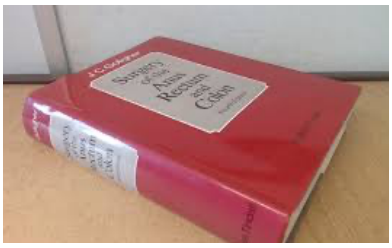
Solo un paio di cose vorrei citare del suo libro. La prima è l'*incipit* del capitolo sulle FISTOLE ANALI, un argomento che all'epoca, in Italia, pensate che non rientrava nemmeno nelle cento tesine per l'Idoneità a Primario di Chirurgia. Ebbene, Goligher scrive:"E' più difficile operare e guarire una fistola anale complessa che un cancro del retto". La seconda è una curiosità, roba da "storia della chirurgia" che non avevo mai letto altrove. Nel capitolo sulla rettocolite ulcerosa, in fondo, scritto in piccolo, Goligher ricorda che c'era un neurochirurgo che, negli anni 50-60, la curava con una lobotomia frontale. Naturalmente la cosa non ebbe seguito e ora pare a noi assurda, però ci fa riflettere sulla componente psicosomatica della malattia che, come è noto, è rilevante.

Ma quel che Goligher ha scritto, coloro che mi leggono già lo sanno, non devono né vogliono saperlo da me. Io devo, perché è questo il proposito del mio libretto, dire cose originali su COME erano e su COSA mi dicevano i grandi maestri che ho incontrato durante la mia professione. E allora spostiamo il tiro, ora non vi parlo più DEL Goligher ma vi parlo DI Goligher.

Vi dicevo del congresso all'Hilton. Non so perché, ma simpatizzammo al volo. Io ovviamente non ero nessuno, lui era LUI, quindi non mi aspettavo certo che mi desse confidenza e lo guardavo come si guarda un monumento animato. Eravamo davanti allo stand di una ditta, c'erano esposte, tra le altre cose, delle suturatrici meccaniche, ed erano le prime. Siccome, in precedenza, al St Mark's avevo visto un eccelso chirurgo, Peter Hawley, fare a mano una sutura colo-rettale bassissima, mi sono presentato a Goligher e gli ho chiesto se lui suturasse a mano o con lo stapler. Non so perché, mi diede retta più del previsto e passammo una mezz'oretta insieme chiacchierando. Per meglio dire, lui parlava e io ascoltavo. Ma nacque un rapporto di reciproca simpatia che poi durò nel tempo.

La seconda e ultima volta che lo incontrai fu molto lontano da Roma. Precisamente in Australia, in una piovosa Melbourne, sempre ad un congresso, pochi anni dopo. Fu molto cordiale con me (strano, perché gli inglesi come è noto sono compassati) e chiacchierammo a lungo e più volte. Mi disse che quello, data la sua età, sarebbe stato uno dei suoi ultimi congressi, perché non

Fig. 2
Il Trattato
di J. Goligher



gli piaceva l'idea che vecchi chirurghi ultrasettantenni se ne andassero in giro a dire cose magari noiose e a farsi compatire dall'uditorio. (Ecco perché io, che ora ho 71 anni, limito al minimo le mie presenze ai congressi). L'ultima sera gli parlai di un progetto che accarezzavo all'epoca, ovvero scrivere un libro sui principali chirurghi colorettali del mondo, accoppiando un breve ritratto umano ad un più lungo resoconto chirurgico delle tecniche nuove da essi inventate *Vedete...è in fondo quello che mi accingo a fare, 40 anni dopo... sia pure con un "taglio" diverso).* Questa cosa gli piacque e a quel punto gli chiesi se poteva farmi lui una lista dei più bravi, divisi magari in tre categorie: A. gli eccezionali, B. i molto bravi e C. i bravi. Si mise a ridere e poi mi disse: "Te la faccio se mi giuri che non dirai mai che sono stato io a dirti questa classifica e non la farai vedere a nessuno, perché non mi voglio attirare le antipatie dei colleghi". Giurai e, poiché lui riteneva che il discorso sarebbe stato lungo e non gli andava che altri del congresso sentissero, mi disse che ci voleva un posto tranquillo e mi propose la sua stanza. Accettai e, una volta lì, ci mettemmo a sedere su due comode poltrone. Non aveva nessuna fretta e il lettore si può immaginare quanto io fossi "gasato" dal fatto che stavo raccogliendo le confidenze del grande Professor Goligher. Fu così che, in un'oretta, ebbi il piacere e l'onore di sentire i suoi punti di vista. Fece una premessa "evito di essere io a mettere il mio nome in questa classifica, mi tengo fuori". Un atto di modestia che apprezzai (ovviamente lui sarebbe stato uno dei primissimi). Non aveva fretta, tanto che bevemmo anche qualcosa dal suo frigobar. Tutto fu registrato su alcuni fogli scritti di suo pugno che, mi vergogno a dirlo, andarono persi in un mio trasloco da una casa all'altra. Ma d'altronde dovevano rimanere segreti, per cui… meglio così. Però non vi lascio a bocca asciutta, gentili lettori, perché qualcosa di quanto mi scrisse lo dirò. Poco, per rispettare la sua volontà.

In *pole position*, cioè sotto la lettera A, i *top* dei *top*, mise solo tre chirurghi. Il primo lo scrivo con particolare piacere, perché dopo pochi anni sarei andato a imparare da lui a Londra. Alan Parks, del St Mark's Hospital . Il secondo e il terzo "di prima fascia"erano due americani, Welch e Locallio.

Welch lo conoscevo per fama e lo vidi un minuto quando passò a Roma nella nostra sala operatoria perché il Vaticano gli aveva chiesto di venire a controllare che il Papa, dopo l'attentato, fosse in buone mani al Policlinico Gemelli, la mia Università.

Locallio lo conoscevo (dai libri) in quanto aveva inventato un suo approccio posteriore per confezionare l'anastomosi colorettale dopo l'asportazione di un cancro del retto, la tecnica di Locallio, che penso ora nessuno faccia più. Evidentemente, a parte quell'invenzione, aveva le mani d'oro. Taccio sul resto, dico soltanto che mise in classifica altri due chirurghi del St Mark's Hospital, uno in seconda fascia e uno in terza. Ebbi poi modo di lavorare con entrambi. Il mio rapporto col Professor Goligher si interruppe come incontri personali ma proseguì per via epistolare. Quando seppe che avevo fondato la rivista *Techniques in Coloproctology* mi mandò una lettera dal suo *cottage* in campagna, dove si era ritirato in pensione, scrivendo, tra l'altro: "Caro Mario, ho saputo che hai fondato una nuova rivista e penso che per farlo hai avuto un bel coraggio, vedrai che sarà un'impresa molto ardua farla decollare e affermare.". Aveva ragione. La lettera di Goligher, quella sì che l'ho conservata. Fu anche pubblicata su UCP News. Uno dei suoi ultimi articoli, forse l'ultimo da lui pubblicato, apparve nel 1990 sulla rivista *Perspectives in Colon and Rectal Surgery,* ed era intitolato *Skepticism in surgery.* Parlava dell'impatto delle *innovations* in chirurgia colo rettale e diceva essenzialmente che, se si inventava una nuova tecnica superiore ad una precedente, anche chi era bravo nel fare la prima, doveva accettare l'evidenza e adottare la seconda. Portò come esempio il famoso chirurgo Miles, che continuò imperterrito a fare sempre la sua amputazione addomino-perineale del retto anche quando si era già affermata la *sphincter saving* resezione anteriore bassa con coloretto anastomosi. Scriveva ancora Goligher nel suo articolo: prima di considerare clinicamente utile una tecnica nuova o un nuovo strumento chirurgico, specie se costoso, occorre valutarli con adeguati studi, cioè *properly controlled prospective trials,* in centri selezionati. E trasferirli nella pratica clinica solo DOPO che se ne sia accertata la validità e la superiorità su strumenti o operazioni già esistenti.

Parole sante.

Corrispondenza
Prof. Mario Pescatori
www.ucp-club.it

Mario Pescatori ha fatto per quarant'anni il chirurgo di colon, retto,ano e pavimento pelvico. E' presidente onorario di alcune società scientifiche italiane e straniere, fra cui la Società Italiana di Chirurgia Colorettale e ha pubblicato molti articoli. Avendo parecchio viaggiato per lavoro (congressi e periodi di aggiornamento) è venuto a contatto con tanti colleghi ed ha visitato diversi ospedali e università. Ha lavorato per dei periodi in Inghilterra (St Mark's H) e in Vietnam (Vin Mec). Ha organizzato per anni le Settimane Colorettali. Ha lasciato il Policlinico Gemelli Università Cattolica a 45 anni, per fondare l'Associazione UCP Club e la Società Mediterranea di Colonproctologia. E' stato per anni professore a contratto presso le Università di Chieti, L'Aquila, e Firenze. E' co-fondatore della SICCR e della Società Europea di Colonproctologia.

Ha scritto una decina di libri scientifici, la maggior parte con la Springer, due sono stati tradotti in cinese e in russo. Ha fondato e diretto per venticinque anni la rivista indexata Techniques in Coloproctology. Il suo sito professionale è www.ucp-club.it

Ha anche pubblicato libri di racconti, romanzi e poesie con varie case editrici. Ha scritto storie, saggi e fumetti o graphic novels, alcuni per bambini. Molti di questi sono disponibili in rete sul sito www.mariopescatoriscrittore.com

Il racconto di Federica. L'erba del vicino

Esiste uno spazio nelle nostre abitazioni che sfugge al geometrico controllo delle pareti, dove il cielo fa da soffitto e l'aria è più fresca. Per molti si tratta di qualche risicato metro quadro circondato da una ringhiera, per i più fortunati è una sorta di salotto all'aperto.
È il balcone.
Al primo piano, affacciato direttamente sul marciapiede e sulla strada, senza nessuna privacy; in alto, lontano dagli sguardi indiscreti e vicino ai nidi degli uccelli; all'ultimo piano, che si sporge verso i tetti e li sovrasta. Dal balcone si ha la sensazione di essere osservatori non osservati, ma nel frattempo qualcuno, dal lato opposto, a sua volta sbircia curioso la vita degli altri. Capita poi di imbattersi in dialoghi a distanza, sopraelevati.
Le parole si dilatano nell'atmosfera e fanno eco sui muri dei palazzi. Come quelle, senza fili e senza logica, di Ernesto. Abita al primo piano e deve mancargli qualche rotella. Si esibisce in monologhi che sono una via di mezzo tra il flusso di coscienza sul lettino dello psicoterapeuta, una chiacchierata con l'amico immaginario e quelle invettive che si fanno al bar dello sport tra sedicenti esperti di calcio e tuttologi di varia specie. Lui in effetti il bar lo frequentava; lo si vedeva sempre con un bicchiere in mano, appoggiato al muro con una gamba piegata in su, il trench grigio aperto e sotto una specie di pigiama di maglina consumata, le unghie sudicie, le lenti spesse che dondolavano sul naso quando sollevava il labbro superiore in un ghigno malefico. Poi il suo collo roteava a destra e a sinistra per seguire il passaggio ondulato di un paio di chiappe giovani. Oppure tuffava le pupille nere nelle scollature delle fanciulle, senza ritegno, e masticava qualche porcata tra i denti marci.
Un giorno una ragazza, infastidita dall'insistenza del suo sguardo, gli ha detto che faceva schifo. Lui ha sghignazzato e le ha gloriosamente augurato di farsi sodomizzare. Gli "argomenti anali" sono la sua specialità: l'ano è un pertugio che evidentemente ama molto o conosce bene. Ne è ossessionato e che si tratti di politica o di cronaca nera, nei suoi discorsi si va sempre a parlar di culi. Ernesto avrà 70 anni, forse qualcosa in più, ha una testa di capelli bianchissimi, lasciati crescere fin sopra le orecchie, due occhietti piccoli come spilli che si infilzano sulle sagome che intravede davanti a lui, per poi riversare su di loro un torrente di discorsi senza capo né coda.
È da un anno però che quelle figure che i suoi occhi miopi vorrebbero fissare sono sfuggenti e lontane; sono i passanti che abitano nei condomini vicini. Sollevano lo sguardo verso il balcone dove Ernesto fa capolino con la chioma bianca, in vestaglia o con le braccia magre che escono dagli anelli smagliati di una canottiera ormai lisa. Qualcuno si ferma, incrocia le braccia dietro alla schiena, tira in su il mento per godersi lo spettacolo. Poi scuote la testa e se ne va.
Una sera dei ragazzetti alticci hanno tentato di sostenere una conversazione, ma lui parla di Montezemolo, Draghi, Isabella Ferrari e i suoi presunti peccati di gioventù, per poi passare al comunismo e alle Brigate Rosse. Di primo acchito, se si coglie solo qualche parola altisonante o se si considera il tono formale con cui allude a fatti di attualità e personaggi vari, i suoi sembrerebbero discorsi seri. Dopo poco però, gli enunciati si sgretolano in uno sproloquio infarcito di assurdità, oscenità, impeti di rabbia, il tutto avvolto nel gomitolo della follia.
Ora se ne sta sempre in casa e la sua malattia è evidentemente peggiorata, perché le esibizioni al balcone sono sempre più frequenti, anche nel cuore della notte. Il vicinato subisce sommessamente; qualcuno si lamenta per lo schiamazzo notturno, perché la voce di Ernesto sbatte su tutti i muri come per entrare di prepotenza nelle orecchie di chi vive un'esistenza normale, lavora e di notte vuol dormire. E invece c'è lui che urla ai quattro venti i suoi deliri e ti costringe ad ascoltarli. Mette inquietudine, stravolge gli stereotipi. Un vecchietto che sembra innocuo e che invece dice porcherie, blasfemie, evoca terapie d'urto, forse subite in prima persona, chissà… È un "re nudo" che pronuncia verità scomode impastate con ricordi confusi, suggestioni e traumi.
È poi successo che per qualche giorno nessuno lo ha visto affacciarsi e naturalmente sono scattate le indagini. Gli stessi vicini che si tappano le orecchie per scacciare quella voce petulante, che si sentono turbati nella loro quiete, hanno percepito l'assenza e hanno cominciato a fare domande di qua e di là, magari sul pianerottolo al dirimpettaio. È spuntata una certa morbosa curiosità per quell'ometto bianco, che un tempo si aggirava per il quartiere con un sacchetto di plastica in mano e che sostava alla fermata dell'autobus; che si faceva le domande e che si dava anche le risposte; e le risposte si incastravano perfettamente con l'assurdità delle domande, in un meccanismo oscuro, un gioco di misteriose corrispondenze intessute come la trama di una ragnatela nel cervello.
Pare dunque che una notte si sia messo con i gomiti appoggiati al davanzale, vicino alla pianta di rabarbaro. Il rabarbaro è amaro, ma anche dolce, come questa storia. Trasportato dal fervore di un'accesa conversazione ad un telefono senza fili, modulava la voce, alternando la sua ad un falsetto con cui forse interpretava l'interlocutrice di fantasia. Simulava una chiamata fingendo di reggere in mano una cornetta inesistente; aspettava qualche secondo prima di ribattere; cambiava di nuovo voce. Nel frattempo, come se si fosse trattato di un sacchetto di popcorn che si mangiucchia comodamente seduti al cinema, pescava con le dita qualche foglia e la ingurgitava avidamente, una dopo l'altra, per tutta la notte. E così, finché la pianta non è rimasta misera e completamente spelacchiata.

I bene informati dicono di aver visto nelle notti seguenti l'ombra di Ernesto contorcersi dietro la finestra opaca del bagno, forse in preda ai più atroci dolori intestinali. Fatto sta che l'amaro pasto notturno lo ha messo fuori gioco per un po'. Qualcuno ha pensato che ben gli sta, a quel matto. Lui, la cui mente aggrovigliata nella psicosi ha ramificato un circuito immaginario, lo scenario di un'esistenza deformata, popolata da echi del passato e voci del presente. Uno spazio che confina con la realtà proprio là, tra il balcone, la strada e le foglie sopravvissute del rabarbaro.

Federica Piloni
Insegnante di Lettere a tempo pieno a Bologna, con la passione per viaggi avventurosi, cinema d'essai, storia dell'arte e racconti umoristici.

Pelvishop

LA PELVI SICURA

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

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

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

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

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

www.pelvishop.com

pelviprost®

PEA-um
Palmitoiletanolamide ultramicronizzata 400 mg
PEAPOL-m
(Palmitoiletanolamide co-micronizzata con Polidatina) 440 mg

Efficace controllo di sintomi e segni morfo-funzionali in corso di prostatite cronica infiammatoria (**CP/CPPS**) e di iperplasia prostatica benigna (**BPH**).

epitech NIP line

Confezione 20 compresse

epitech group
www.epitech.it