Vol. 41 - N. 4
Dicembre 2022

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

ISSN 1973-4891

PELVIPERINEOLOGIA

RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

Comitato editoriale

Urologia **Salvatore Siracusano**
Ginecologia **Ruby Martinello**
Andrologia **Andrea Garolla**
Colo-Proctologia **Simona Ascanelli**
Fisiatria **Sofia Straudi**
Imaging **Vittorio Piloni**
Editore Direttore resp. **Giuseppe Dodi**

Collaborazione con

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

Integrated Pelvis Group

Associazione Italiana di Ginecologia Estetica e Funzionale

Club Amici della Proctologia e Perineologia

Federazione Italiana Incontinenti e Disfunzioni del Pavimento Pelvico

Indice

87 Editoriale G. Dodi

88 Riflessi somatici e viscerali pelvi-perineali
P. Di Benedetto, E. Dimitrova, A. Kevorkian, M. Tess, G. Dodi

97 La Qualità della Vita nella donna sottoposta a cistectomia radicale con neovescica ileale o condotto ileale: revisione della letteratura
S. Siracusano, P. Morgia

102 Il bidet, dalla leggenda del violino ad una piccola spa A. Meneghini

104 Il racconto di Federica. Textile free F. Piloni

105 I big della colonproctologia visti da vicino M. Pescatori

107 Riassunti degli articoli di Pelviperineology

108 Abstract del Corso IPG di formazione sul pavimento pelvico

Leda e il cigno - Leonardo da Vinci, 1510

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

www.pelviperineologia.it

Redazione:
info@espodesign.it

Stampa:
Pixartprinting S.p.A.

epinorm® GEL

nella **riepitelizzazione** delle **lesioni muco-cutanee**

con **Adelmidrol**
(modulatore mastocitario)

5 monodose da 3 ml
epinorm® GEL CE 0476

epitech group

www.epitech.it

Editoriale

Questo numero chiude la quarantunesima annata del giornale *Pelviperineolgia* che vede rinnovato il Comitato Editoriale con la presenza attiva degli specialisti in urologia, ginecologia, andrologia, coloproctologia, riabilitazione e imaging rendendo quasi completo il ventaglio degli esperti necessari per coprire le problematiche complesse del pavimento pelvico. Abbiamo perso lo psicologo-sessuologo e ci manca lo statistico, ma li troveremo.

In questi quattro decenni moltissimi aspetti della medicina e della chirurgia hanno vissuto una vera rivoluzione. La pelviperineolgia, forse perché battezzata da poco come tale e quindi ancora molto giovane, continua a vedere i suoi progressi solo attraverso i filtri delle tre specialità madri, urologia, ginecologia e coloproctologia. È dalle prossime generazioni e dagli avanzamenti della ricerca biomedica e dalle tecnologie collegate che ci si possono aspettare cambi radicali come è avvenuto per altre branche mediche. Serve quella visione unitaria di cui ogni giorno, affrontando i problemi di tanti pazienti, sentiamo la necessità. Se manca, fatichiamo a dare risposte "integrate": in che misura, ad esempio, riusciamo a gestire un dolore pelvico cronico in soggetti emotivamente molto provati di cui poco comprendiamo possibili basi psicopatologiche? Che certezze abbiamo quando si cerca di convincere una paziente con cistiti ricorrenti a correggere una stipsi di cui magari non si è neppure in grado di fare un corretto inquadramento? Quanto un rettocele basso esplorato dal proctologo è correlato ad un "colpocele posteriore" che il ginecologo si ostina a definire "rettocele"? E così via.

La pelviperineologia sta comunque diventando "popolare" e questo è già un successo per chi ne ha coniato il termine in un convegno del 1990. Il pavimento pelvico è di moda, se ne sente parlare ovunque, ma gli sforzi per la formazione e l'educazione ad un approccio il più olistico possibile devono rafforzarsi e le difficoltà non sono poche. La scienza progredisce spesso a singhiozzo, basti pensare ai successi e alle delusioni che molti di noi hanno vissuto con le protesi nei prolassi, con gli sfinteri artificiali nell'incontinenza fecale, con le costose neuromodulazioni, mentre il popolo di incontinenti, di ritenzionisti e di dolenti nel corpo e nella mente continua a bussare alle nostre porte chiuse o, se socchiuse, con solo qualche spiraglio.

I medici delle specialità generali e trasversali non sono sempre facili da reperire e rappresentano non di rado una compagine costosa se si rendono necessarie consultazioni multidisciplinari. Si sta fortunatamente sviluppando un'altra compagine probabilmente più giovane negli anni e anche nello spirito, ricca di entusiasmo, e meno vincolata alla sola uro o gineco o proctologia, che è quella dei riabilitatori, provenienti da tre matrici di base, la fisioterapia, l'ostetricia e l'infermieristica. A queste figure vanno assolutamente indirizzati gli interessi di chi ama la pelviperineologia e vuol bene ai pelviperineopatici. I riabilitatori, con la fondamentale collaborazione dei medici di famiglia, possono essere il vero tramite tra la competenza scientifica e le esigenze personali e sociali di chi soffre per le disfunzioni pelviperineali, filtrando i casi che poi richiedono terapie farmacologiche e chirurgiche.

Il giornale si apre con un articolo altamente interdisciplinare: cosa più del sistema nervoso centrale e periferico integra in senso funzionale i diversi comparti della pelvi? La riflessologia è uno strumento diagnostico sicuramente sottoutilizzato nella pratica comune, ma l'approfondimento dei tanti riflessi nervosi evocabili volontariamente da parte dell'osservatore, come sottolinea il fisiatra e neurologo Paolo Di Benedetto, serve anche a puntualizzare la complessa anatomia coinvolta e ad ampliare la differenziazione tra disfunzioni solo apparentemente simili.

Il fascicolo contiene poi gli atti di un corso preliminare ad una serie di moduli promossi e organizzati dall'IPG. Si tratta di un progetto educativo itinerante intitolato *Didattica e confronto nella cura della complessità pelviperineale: la riabilitazione, filtro e supporto per la farmacoterapia e la chirurgia.* Ognuno dei tre corsi, *introduttivo*, *formativo* e *conclusivo* denominati rispettivamente la *primavera*, l'*estate* e l'*autunno* della pelvi, si svolgerà con le stesse modalità a Padova, Firenze e Roma per un totale di nove eventi nei mesi di marzo, luglio e novembre 2023. Lo stimolo a questa ambiziosa iniziativa viene dalla convinzione ormai consolidata che la riabilitazione debba rappresentare l'opzione terapeutica di primo livello nelle disfunzioni del pavimento pelvico soprattutto per contenere le pur indispensabili proposte chirurgiche nell'ambito uro-gineco-proctologico.

Allo studio e alla cura degli organi della pelvi si dedicano importanti società scientifiche e da anni la multidisciplinarietà è stata aggiunta alle loro sigle, ma non abbastanza ai loro concreti progetti formativi. Il tentativo di dare una visione integrata delle funzioni, disfunzioni e patologie organiche degli organi pelvici resta una sfida aperta, volta a risolvere problemi spesso complessi anche quando apparentemente semplici. La riabilitazione del pavimento pelvico si rivolge al paziente inteso come persona e comprende una serie di metodiche e strumenti che all'interno di un processo di ragionamento clinico e alla luce del paradigma dell'evidence based practice permettono la gestione di molte condizioni patologiche che compromettono, o minacciano di compromettere nel tempo, la qualità di vita di una popolazione in costante invecchiamento. I Medici di Medicina Generale hanno un ruolo essenziale nella gestione iniziale delle pelviperineopatie, per cui devono essere coinvolti dagli Ordini dei Medici per la loro formazione in rapporto alle recenti disposizioni regionali riguardanti i PDTA.

GIUSEPPE DODI

Articolo originale

Riflessi somatici e viscerali pelvi-perineali

PAOLO DI BENEDETTO[1], ELEONORA DIMITROVA[2], ARA KEVORKIAN[3], MIRELLA TESS[4], GIUSEPPE DODI[5]

[1] Fisiatra e Neurologo, già Direttore Dip. Medicina Fisica Riabilitativa, Udine, [2] Centro di Ricerca in Riabilitazione Neuromotoria e Cognitiva, Dip. Neuroscienze Biomedicina e Movimento, Università di Verona, [3] Dip. Medicina, Ospedale SS Giovanni e Paolo, Venezia, [4] Studio di Fisioterapia Dr Lain, Trissino, Vicenza, [5] Centro Pelvi, Padova

Riassunto. Nell'approccio alle disfunzioni delle basse vie urinarie, degli organi genitali e dell'intestino terminale va considerata l'importanza dei numerosi riflessi viscero-somatici che stanno alla base di una corretta funzione. Per una migliore impostazione diagnostica e terapeutica urologi, ginecologi, andrologi e coloproctologi devono assumere un ruolo di neurologi del loro settore, aggiungendo all'esame obiettivo, oltre alla valutazione del tono e della forza muscolare anche lo studio della sensibilità e dei riflessi che possono essere evocati volontariamente. 35 riflessi individuati in letteratura, descritti con il relativo significato clinico e l'integrazione a livello del sistema nervoso, sono ripartiti, per facilitare la consultazione, in tabelle corrispondenti alle specialità generali che si occupano di pavimento pelvico: urologia, ginecologia, andrologia, gastroenterologia/proctologia. Da un punto di vista anatomo-funzionale i riflessi possono essere considerati in 4 aree interconnesse: comparto anteriore (vescicale-uretrale/funzione minzionale), mediale (vaginale-penieno-scrotale/funzione sessuale-procreativa), posteriore (ano-rettale/continenza-defecazione) e viscero-enterale (funzione di automatizzazione-regolarizzazione). Sebbene in letteratura manchi una visione complessiva e comparativa dei riflessi pelvici, la riflessologia, se adeguatamente utilizzata, può essere un valido strumento per una ulteriore differenziazione tra pazienti con patologie apparentemente simili. Ciò vale nella gestione degli aumenti pressori endoaddominali, nella modulazione delle funzioni vescicali, intestinali, riproduttive e sessuali e nell'ambito del sostegno dei visceri addomino pelvici. Questa ricerca intende essere un punto di partenza per ulteriori studi ed approfondimenti.

Parole chiave: Riflessi; Neurologia; Minzione; Funzione sessuale; Defecazione; Sfinteri; Continenza

Pelviperineal somato-visceral reflexes

Abstract. In the approach to the dysfunctions of the lower urinary tract, genital organs and anorectal area, the importance of the viscero-somatic reflexes for a normal function must be considered. To improve diagnosis and therapy, urologists, gynecologists, andrologists and coloproctologists should assume the role of neurologist in their own field, adding to the physical examination, besides the assessment of muscle tone and strength, also the study of sensitivity and reflexes that they can voluntarily elicit. 35 reflexes described with their clinical significance and integration at the level of the nervous system, have been divided, to facilitate consultation, in tables corresponding to the general specialties dealing with the pelvic floor, i.e. urology, gynecology, andrology, gastroenterology/proctology. From an anatomical-functional point of view, reflexes can be considered in 4 interconnected areas: anterior (bladder-urethral / voiding function), medial (vaginal-penis-scrotum/sexual-procreative function), posterior (anorectal/continence-defecation) and visceral-enteral (automatization-regularization). Although the literature lacks an overall and comparative view of pelvic reflexes, reflexology, if properly used, can be a valid tool for further differentiation between patients with apparently similar conditions. This applies to the support of the abdominal pelvic viscera, in the management of intra-abdominal pressure increases and in the modulation of bladder, intestinal, reproductive and sexual functions. This research is intended to be a starting point for further studies and insights.

Keywords: Reflexes; Neurology; Pelvic floor; Sphincters; Micturition; Sexual function; Defecation; Continence

INTRODUZIONE

L'evoluzione nel corso dei millenni ha selezionato efficaci riflessi neuro-muscolari per costituire meccanismi di difesa antigravitazionali e un'efficace capacità di adattamento alla stazione eretta, alla corsa, al salto, agli aumenti pressori endoaddominali improvvisi (sforzi, tosse, starnuto, etc.). Alle attività motorie *riflesse* si aggiungono quelle motorie *automatiche* e *volontarie*.

Varie procedure diagnostiche (risonanza magnetica, elettromiografia, manometria, ecografia) hanno messo in evidenza le modifiche spaziali dei rapporti anatomici tra i visceri pelvici, la continua dinamicità dei processi di adattamento alle mutate condizioni pressorie ed in particolare la centralità di idonei sinergismi muscolo-fasciali per il mantenimento della statica e dinamica pelvica[1].

Nell'approccio clinico e terapeutico alle disfunzioni delle basse vie urinarie, degli organi genitali e dell'intestino terminale spesso non viene tenuta in debita considerazione l'importanza di una conoscenza approfondita dei numerosi riflessi viscero-somatici alla base di una corretta funzione di tali apparati.

Prova di ciò è la poca importanza che il mondo neurologico ha dato in passato a tali apparati: è ben difficile, infatti, vedere citati in una obiettività neurologica riflessi al di sotto del metamero midollare S_1, così come l'esplorazione delle sensibilità in genere si ferma allo stesso metamero. Al massimo, genericamente, si riporta nell'anamnesi "non disturbi vescico-sfinterici" e, più raramente ancora, "ano-rettali".

La Pelviperineologia è una branca scientifica in cui diverse specialità (urologia, ginecologia, andrologia, colonproctologia, fisiatria, posturologia, sessuologia, psicologia, microbiologia, imaging) si integrano restituendo una visione di insieme che permette un inquadramento nosologico più completo. All'interno di questa realtà lo studio e la conseguente applicazione clinica dei riflessi costituisce parte fondamentale ed integrante.

Ne consegue che gli specialisti del settore (in particolare urologi, ginecologi, andrologi e coloproctologi) devono assumere il ruolo di "neurologi" del loro settore, aggiungendo nella descrizione dell'obiettività, oltre al tono e alla forza muscolare, anche lo studio delle sensibilità e dei numerosi riflessi che possono essere evocati volontariamente dall'esaminatore (Tab.5). Questi ultimi sono particolarmente importanti per diagnosticare correttamente una disfunzione e, conseguentemente, proporre una soluzione terapeutica.

A partire dagli studi di Bradley[2], Mahony[3], Torrens e Morrison[4], Shafik[5,6] negli ultimi 50 anni sono stati descritti molti riflessi in ambito pelviperineale che hanno permesso di comprendere i meccanismi alla base delle diverse funzioni e disfunzioni creando le condizioni per le corrette terapie farmacologiche e riabilitative.

Il *riflesso nervoso* consiste in una risposta involontaria con la quale l'organismo reagisce a una determinata stimolazione e si realizza attraverso una serie di collegamenti nervosi tra la struttura recettrice dello stimolo e la struttura effettrice della risposta. Questo circuito nervoso è detto *arco riflesso*.

Nell'arco riflesso, quando il neurone sensitivo afferente e quello motore efferente si articolano direttamente tra loro, il riflesso viene definito *monosinaptico* (perché comprende un'unica sinapsi interneuronica); si denomina invece *polisinaptico* quando tra i neuroni afferenti ed efferenti si interpongono uno o più neuroni (interneuroni o neuroni intercalari).
Un'alterazione dei riflessi può essere indicativa di una patologia sottostante ed è quasi sempre presente nelle condizioni neurologiche. Una lesione in qualunque punto dell'arco produce, a seconda della sua entità, un indebolimento o l'abolizione del riflesso (*lesione nervosa periferica*). Nelle lesioni del sistema nervoso centrale (SNC) si può avere una esaltazione di determinate reazioni riflesse (*iperreflessia*) ossia i riflessi possono apparire eccessivi (caratteristicamente i riflessi muscolo-tendinei o profondi sono iperelicitabili). Tale fenomeno è conseguente alla mancata azione di controllo esercitata dai centri nervosi situati a livello del tronco cerebrale, del cervelletto e della corteccia, dai quali provengono gli stimoli inibitori, su quelli spinali. Inoltre, possono manifestarsi reazioni riflesse patologiche che non si osservano nel soggetto normale, come il segno di Babinski.
I riflessi possono essere inibiti (*ipоreflessia*) a causa di una sofferenza del nervo periferico o per uno shock midollare nei giorni che seguono un trauma o una emorragia. Invece, per *areflessia* si intende l'assenza assoluta dei riflessi.
I riflessi più semplici hanno i loro centri nel midollo spinale, mentre quelli più complessi e specializzati coinvolgono anche centri nervosi superiori (tronco encefalico e strutture corticali). L'esame dei riflessi costituisce pertanto una indagine diagnostica molto importante per valutare l'integrità e la reattività globale del sistema nervoso.
Scopo di questo lavoro è raggruppare i riflessi presenti in letteratura per sottolinearne l'importanza clinica ed impostare un percorso che serva come base per studi successivi.

MATERIALI E METODI

Classificazione dei riflessi

I riflessi vengono classificati in *somatici* e *viscerali* a seconda che riguardino funzioni della vita di relazione o funzioni della vita vegetativa.
A) I *riflessi somatici* vengono distinti in due tipi:
1) *riflessi esterocettivi* o *riflessi superficiali* attivati da stimoli che agiscono sugli esterocettori; possono essere indotti dalla stimolazione della cute o delle mucose. I più comuni riflessi cutanei sono i riflessi addominali, il riflesso cremasterico e il riflesso cutaneo-plantare o semplicemente plantare. I riflessi mucosi comprendono i riflessi congiuntivale, corneale e faringeo. In genere questi riflessi hanno un significato protettivo e di difesa, cioè tendono a tenere lontano o ad allontanare lo stimolo nocivo;
2) *riflessi propriocettivi* o *riflessi profondi,* detti anche muscolo-tendinei, attivati da stimoli che agiscono sui propriocettori muscolo-tendinei cioè sui fusi neuromuscolari e sui corpuscoli muscolo-tendinei di Golgi. In condizioni fisiologiche lo stimolo che attiva questi riflessi è rappresentato dallo stiramento dei fusi neuromuscolari e dei tendini. Detti riflessi possono essere elicitati anche dalla percussione del tendine muscolare con un apposito martelletto, ottenendo così una rapida contrazione del muscolo. I principali riflessi di questo tipo sono il riflesso bicipitale, tricipitale, stilo-radiale, rotuleo ed achilleo.
B) I *riflessi viscerali* sono responsabili di diverse attività vegetative quali la vasomotilità, la sudorazione, le modificazioni della pupilla alla luce, le variazioni dell'attività cardiaca, il controllo degli sfinteri vescico-uretrale e retto-anale.
In questo articolo sono elencati i vari riflessi descritti in letteratura in ambito gastro-enterologico e vescico-uretro-genito-anale-perineale con l'obiettivo di arricchire le conoscenze in materia per essere in grado di gestire meglio le varie problematiche.

I riflessi pelviperineali

Vengono riportati 35 riflessi individuati in letteratura che poi, per maggior facilità di individuazione e per motivi didattici, si ripartiscono in quattro tabelle (1-4) corrispondenti alle specialità generali che si occupano di pavimento pelvico: Urologia, Ginecologia, Andrologia, GastroEnterologia/ Proctologia e riflessi "misti" ossia pertinenti a vari comparti.

1. Riflesso inibitorio retto-anale (RIRA o RAIR)

Descrizione: riflesso intrinseco, proprio del complesso neuromotorio parietale ano-rettale, che consiste nell'inibizione della abituale tonica contrazione dello sfintere anale interno o SAI, in risposta ad un aumento della pressione endorettale con distensione della parete[7] (Tab.3).
Significato clinico: i valori di soglia e di latenza dei riflessi rettoanali possono essere alterati nelle disfunzioni del pavimento pelvico. La valutazione di questi valori può avere implicazioni diagnostiche nei pazienti con disordini della defecazione, in particolar modo nella malattia di Hirschsprung.
Integrazione a livello del sistema nervoso: si presume che i due riflessi RAIR e RAER agiscano attraverso il plesso nervoso enterico e l'innervazione estrinseca.

2. Riflesso eccitatorio retto-anale (RERA o RAER)

Descrizione: la dilatazione del canale anale comporta una contrazione rettale attraverso la stimolazione dei meccanocettori localizzati nello SAI, che sembrano evocare il riflesso eccitatorio anorettale. Questa contrazione rettale potrebbe essere mantenuta da un feedback anorettale positivo dato dal passaggio delle feci attraverso il canale anale. Questo fenomeno potrebbe essere un secondo riflesso della defecazione che assicura la continuazione dell'atto defecatorio, mentre il RAIR è considerato il riflesso di defecazione primario che avvia l'atto[5,6] (Tab.3).
Significato clinico: l'assenza o l'inibizione di questo riflesso può portare a stipsi. Nei pazienti paraplegici non si osserva differenza significativa nella pressione endorettale dopo moderata dilatazione del canale anale. Questo potrebbe indicare che nei pazienti con paraplegia, per provocare un aumento della pressione endorettale sarebbe necessaria una maggior distensione del canale anale
Integrazione a livello del sistema nervoso: si presume che i due riflessi RAIR e RAER agiscano attraverso il plesso nervoso enterico e l'innervazione estrinseca.

3. Riflesso di campionamento sensoriale anale ("sampling reflex", RAIR, RAER)

Descrizione: consiste nella contemporanea attivazione del RAIR e del RAER: rilassamento dello SAI e simultanea contrazione dello sfintere anale esterno (SAE), dovuti alla concomitante attivazione del RAIR e del RAER. La discesa di piccole quantità del materiale fecale nel canale anale stimola i recettori sensoriali presenti nella parte prossimale del canale anale, permettendo il campionamento del contenuto e la discriminazione tra feci liquide, solide e gas senza perdite di feci. Ha importanza sia per l'avvio dell'atto defecatorio che per mantenimento della continenza[7,8] (Tab.3).
Significato clinico: spesso utilizzato come test diagnostico per la malattia di Hirschsprung nella quale questo riflesso risulta assente, in particolare dopo il periodo neonatale. Viene perso dopo resezione anteriore bassa, anche se a volte c'è la possibilità di recupero.

4. Riflesso alla tosse (addomino-perineale)

Descrizione: consiste in una contrazione involontaria del muscolo elevatore dell'ano/pubo-rettale/SAE/ sfintere ure-

trale esterno (SUE) in concomitanza ad un aumento improvviso, involontario o volontario, della pressione addominale (starnuto, tosse, attività fisica, etc). È un riflesso (analogamente al riflesso addomino-sfintere uretale esterno e addomino-perineale) che fa parte della famiglia delle cosiddette azioni pre-programmate o meglio della controparte viscerale di esse[9,10] (Tab.4).
Significato clinico: l'assenza di questo riflesso può essere conseguente ad una varietà di fattori (lesione nervosa periferica nella sindrome della cauda equina, danno sfinteriale o marcata ipostenia muscolare).
Integrazione a livello del sistema nervoso: trattasi di un riflesso polisinaptico in quanto alcuni autori avrebbero evidenziato che i muscoli perineali, compresi gli sfinteri uretrale ed anale esterni, si contraggono dopo l'attivazione dei muscoli intercostali ed addominali. Tale teoria è stata in parte modificata, in quanto altri Autori hanno osservato che la contrazione degli sfinteri esterni anale ed uretrale precederebbe la contrazione addominale ed intercostale.

5. "Guarding reflex"
Descrizione: il cosiddetto "Guarding Reflex" consiste nell'accentuazione della contrazione dello sfintere uretrale interno (SUI) e del muscolo elevatore dell'ano in concomitanza al riempimento vescicale[11,12] (Tab.1).
Integrazione a livello del sistema nervoso: il riflesso è sicuramente polisinaptico e il centro di integrazione sarebbe localizzato a livello del ponte.

6. Riflesso bulbo-cavernoso o clitorido-anale
Descrizione: il riflesso bulbocavernoso (BCR) consiste nella contrazione del muscolo bulbo-cavernoso ed ischio-cavernoso con contemporanea contrazione dello SAE dopo stimolazione/compressione del glande. Analogamente nella donna alla stimolazione/compressione del clitoride si evidenzia una sua tumescenza e, in concomitanza, una attivazione della contrazione dello SAE[13,14] (Tab.4).
Significato clinico: utile nella valutazione dell'integrità del cono midollare, della cauda equina, del plesso sacrale e del nervo pudendo.
Integrazione a livello del sistema nervoso: metameri midollari S2-S4

7. Riflesso anale o ano-cutaneo
Descrizione: descritto da Rossolimo[15] nel lontano1891, questo riflesso si esprime con la contrazione dello SAE (fibre efferenti provenienti da S2-S4), dopo stimolazione delle afferenze cutanee del nervo pudendo nella zona perianale. Questa contrazione si inserisce in un pattern motorio anticipatorio che si attiva in occasione all'aumento della pressione intraddominale durante il colpo di tosse[16,17] (Tab.3).
Significato clinico: riflesso non elicitabile nel 20% della popolazione ed assente nell'incontinenza anale neurogena. È assente pure in età pediatrica e, spesso, nelle lesioni del midollo spinale (come altri riflessi superficiali polisinaptici) e della cauda equina.
Integrazione a livello del sistema nervoso: metameri midollari S2-S4

8. Riflesso anale superficiale
Descrizione: il riflesso anale è un riflesso somatico e si valuta con l'introduzione rapida e improvvisa di un dito per qualche millimetro nel canale anale o effettuando semplici stimolazioni digitali a livello sfinterico. Dopo una breve latenza, si verifica una contrazione omolaterale dello SAE e successivamente si esprime anche controlateralmente[13] (Tab.3).
Significato clinico: la sua valutazione viene raccomandata in caso di sospetta lesione del cono midollare o sindrome della cauda equina.
Integrazione a livello del sistema nervoso: il riflesso è mediato dal nervo emorroidario inferiore (S3-S5), plesso ipogastrico ed è probabilmente anche sotto controllo sovraspinale.
Note: il riflesso anale superficiale, insieme al riflesso bulbocavernoso sono dei riflessi motori somatici, mentre il riflesso anale interno è un riflesso autonomico.

9. Riflesso anale interno
Descrizione: all'inserimento di un dito guantato nel canale anale si evoca una contrazione dello SAI[13] (Tab.3).
Significato clinico: l'alterazione di questo riflesso comporta la riduzione del tono dello SAI e la mancata chiusura dell'ano dopo il ritiro del dito esploratore.
Integrazione a livello del sistema nervoso: a differenza del riflesso anale superficiale che è un riflesso motore somatico, il riflesso anale interno è un riflesso autonomico.

10. Riflesso pudendo-anale
Descrizione: questo riflesso si ottiene stimolando il nervo dorsale del pene (nell'uomo) o la regione clitoridea (nella donna) e si esprime con la contrazione dello SAE[18,19] (Tab.3).
Significato clinico: detto riflesso risulta assente o con risposta ritardata in molti pazienti con incontinenza fecale. Se presente, indicativo dell'integrità del nervo pudendo. La misurazione del tempo di latenza viene spesso utilizzata nelle indagini elettromiografiche con lo scopo di studiare l'incontinenza fecale su base neurogena.
Integrazione a livello del sistema nervoso: metameri midollari S2-S4

11. Riflesso pudendo-uretrale
Descrizione: viene elicitato stimolando il nervo dorsale del pene (similmente al riflesso pudendo-anale). Attraverso elettrodi di superficie viene registrata l'attività dello SUE[20] (Tab.4).
Significato clinico: le afferenze pudende possono stimolare lo SUE determinando l'iperattività dello stesso. Questo fatto spiegherebbe i casi di disuria, più o meno importanti, in caso di dolore cronico perineale.
Integrazione a livello del sistema nervoso: metameri midollari S2-S4

Tabella 1. Riflessi del comparto anteriore

Urologia / Andrologia	
Donna/Uomo	**Uomo**
"Guarding reflex" (5)	Riflesso penieno-motorio (18)
Riflesso pudendo-vescicale (12)	Riflesso cremasterico (19)
Riflesso vescico-uretrale (23)	
Riflesso pelvico-ipogastrico (24)	
"Bladder cooling reflex" (26)	
Riflesso pudendo-ipogastrico (31)	

Tra parentesi il numero con cui sono riportati nel testo.

Tabella 2. Riflessi del comparto centrale

Ginecologia
Riflesso vagino-puborettale (15)
Riflesso vagino-pubococcigeo (16)
Riflesso vagino-cavernoso (17)

Tra parentesi il numero con cui sono riportati nel testo.

Tabella 3. Riflessi del comparto posteriore

Gastroenterologia / Proctologia
Riflesso inibitorio retto-anale (RIRA o RAIR) (1)
Riflesso eccitatorio retto-anale (RERA o RAER) (2)
"Sampling reflex" (RAIR+RAER) o riflesso di campionamento sensoriale anale (3)
Riflesso anale o ano-cutaneo (7)
Riflesso anale superficiale (8)
Riflesso anale interno (9)
Riflesso pudendo-anale (10)
Riflesso pubo-rettale o retto-puborettale (13)
Riflesso addomino-puborettale (14)
Riflesso retto-colico (27)
Riflesso ano-colico (28)
Riflesso gastro-colico (29)
Riflesso gastro-rettale o gastro-perineo-rettale (30)
Riflesso sigmoido-rettoanale (32)

Tra parentesi il numero con cui sono riportati nel testo.

Tabella 4. Riflessi "misti"

Urologia/ Ginecologia/ Andrologia/ gastro-Enterologia
Riflesso alla tosse o addomino-perineale (4) U, E
Riflesso bulbo-cavernoso o clitorido-anale (6) U, G, A, E
Riflesso pudendo-uretrale (11) U, A
Riflesso vescico-anale (20) U, E
Riflesso ano-vescicale (21) U, E
Riflesso vescico-anorettale (22) U, E
Riflesso sacrale parasimpatico-vescico-intestinale (25) U, E
Riflesso ano-uretrale (33) E, U
Riflesso uretro-anale (34) U, E
Riflesso pudendo-vescicale/anale (35) E, U

Riflessi riguardanti Urologia(U), Ginecologia (G), Andrologia(A) e gastro-Enterologia (E). Tra parentesi il numero con cui sono riportati nel testo.

12. Riflesso pudendo-vescicale
Descrizione: si ottiene con l'elettrostimolazione del nervo pudendo e si esprime con la contrazione del detrusore[21,22] (Tab.1).
Significato clinico: è un riflesso eccitatorio mediato dalla maggior attivazione delle fibre parasimpatiche provenienti dalla convergenza delle afferenze pelviche e delle afferenze pudende a livello del midollo spinale sacrale. L'intensità della contrazione detrusoriale aumenterebbe in maniera direttamente proporzionale con l'aumento del volume vescicale.

13. Riflesso puborettale o retto-puborettale
Descrizione: detto riflesso consiste nella contrazione involontaria del muscolo puborettale evocata dalla dilatazione rettale: tale contrazione aumenta gradualmente con il progressivo riempimento del retto[23] (Tab.3).
Significato clinico: contribuisce al mantenimento della continenza fecale. Attraverso la contrazione involontaria del muscolo puborettale viene impedita l'incontinenza completa in caso di disfunzione dello SAE. Presumibilmente, il riflesso pubo-rettale protegge dall'incontinenza fecale molti pazienti con disfunzione dello SAE.
Integrazione a livello del sistema nervoso: metameri midollari S2-S4

14. Riflesso-addomino-puborettale
Descrizione: detto riflesso (analogo al riflesso addomino-perineale) consiste in una contrazione involontaria del muscolo pubo-rettale in risposta a sforzi improvvisi con aumento della pressione intraddominale[24]. La contrazione volontaria del muscolo puborettale risulta ridotta in caso di lesione del nervo pudendo, mentre la contrazione involontaria indotta dal riflesso puborettale non viene influenzata dalle condizioni del nervo pudendo. La contrazione volontaria e quella involontaria del muscolo puborettale funzionano in maniera indipendente una dall'altra. La neuropatia del nervo pudendo può compromettere la capacità contrattile dello SAE e del puborettale, ma questo non necessariamente porta a incontinenza fecale perché le contrazioni involontarie dello SAE e del puborettale non sono regolate dal nervo pudendo[25] (Tab.3).
Significato clinico: il riflesso contribuisce ai meccanismi di continenza involontaria[24].

Integrazione a livello del sistema nervoso: in letteratura troviamo pareri discordanti rispetto l'innervazione del muscolo puborettale. Secondo alcuni Autori è innervato dal nervo pudendo, mentre altri sostengono che esso abbia una innervazione diretta dalle radici S2-S4[25].

15. Riflesso vagino-puborettale
Descrizione: contrazione riflessa del muscolo puborettale determinato dalla distensione della vagina durante l'atto sessuale[26] (Tab.2).
Significato clinico: il riflesso vagino-puborettale sembra avere un ruolo nell'atto sessuale determinando un restringimento del canale vaginale che di per sè rappresenta un importante stimolo erotico. Può avere ruolo nella diagnostica dei disturbi del comportamento sessuale femminile.

16. Riflesso vagino-pubococcigeo
Descrizione: contrazione riflessa del muscolo elevatore dell'ano o pubo-coccigeo determinata dalla distensione vaginale durante l'atto sessuale[27] (Tab.2).
Significato clinico: la contrazione riflessa del muscolo pubo-coccigeo sembra portare a risposte genitali che facilitano la prestazione sessuale.

17. Riflesso vagino-cavernoso
Descrizione: contrazione riflessa del muscolo elevatore dell'ano o pubococcigeo determinata dalla distensione vaginale durante l'atto sessuale[28] (Tab.2).
Significato clinico: oltre a contribuire al piacere durante l'atto sessuale, detto riflesso può avere un ruolo importante durante il parto. La distensione della cervice uterina (ad opera della testa fetale) determinerebbe infatti la contrazione riflessa dei muscoli bulbo-cavernoso e ischio-cavernoso. Questa contrazione potrebbe ostacolare il rapido scivolamento della testa del feto nel canale vaginale riducendo la possibilità di lacerazioni.

18. Riflesso penieno-motorio
Descrizione: contrazione riflessa dei muscoli puborettale ed elevatore dell'ano provocata dalla stimolazione del glande[29] (Tab.1).
Significato clinico: la contrazione del pubo-rettale è associata alla contrazione degli sfinteri esterni uretrale ed anale. Sembra che durante l'atto sessuale la loro contrazione prevenga la fuoriuscita di urina o feci, mentre la contrazione dello sfintere prostatico spremerebbe le secrezioni prostatiche nell'uretra posteriore.

19. Riflesso cremasterico
Descrizione: strisciando delicatamente una punta smussa o

una punta di spillo sulla faccia interna della coscia in prossimità dell'inguine, si osserva un innalzamento omolaterale craniale del testicolo all'interno dello scroto. Questo riflesso ha effetto più evidente se la manovra viene eseguita verso il basso. Può essere elicitato anche nella donna con un innalzamento appena visibile delle grandi labbra omolateralmente[30] (Tab.1).
Significato clinico: questo riflesso è assente nella torsione del testicolo. Fisiologicamente la sua evocabilità si riduce con l'età.
Integrazione a livello del sistema nervoso: metameri midollari L1-L2

20. Riflesso vescico-anale
Descrizione: è un ulteriore riflesso sacrale che può essere ottenuto stimolando direttamente la vescica invece dell'uretra e del clitoride con conseguente contrazione dello SAE[31] (Tab.4).
Significato clinico: tale riflesso può essere clinicamente utile per delineare la disfunzione del basso tratto urinario determinato da una lesione vescicale.
Integrazione a livello del sistema nervoso: sembra che tale riflesso sia attivato dalle afferenze provenienti dalla parete vescicale, in quanto l'anestesia locale della vescica porta all'abolizione di questo riflesso.

21. Riflesso ano-vescicale
Descrizione: si esprime con l'aumento della pressione intra-vescicale dopo una rapida dilatazione dello SAI (ma non dello SAE) che a sua volta determina la stimolazione dei recettori sensibili allo stiramento[32] (Tab.4).
Significato clinico: questo riflesso ha un ruolo nell'induzione della minzione. Alcuni pazienti paraplegici che sperimentano difficoltà nello svuotamento vescicale inducono la minzione dilatando il canale anale attraverso manovre digitali.
Integrazione a livello del sistema nervoso: Si presume che questo riflesso agisca attraverso il centro spinale della minzione e il plesso pudendo.

22. Riflesso vescico-anorettale
Descrizione: il riflesso vescico-anorettale consiste nell'aumento della pressione rettale e dell'attività EMG dello SAE durante lo svuotamento vescicale. È stata ipotizzata una relazione di natura riflessa tra la minzione e la defecazione. All'avvio della minzione e durante la fase di svuotamento si osserva un momentaneo aumento sia dell'attività EMG dello SAE che della pressione rettale, entrambi dovuti verosimilmente ad una contrazione della muscolatura del retto[33] (Tab.4).
Significato clinico: il riflesso vescico-anorettale sembra giocare un ruolo importante nel meccanismo della continenza fecale. Si ritiene che la contrazione dello SAE durante lo svuotamento vescicale sia un meccanismo protettivo che comporta la chiusura del canale anale fino a quando gli impulsi raggiungono il livello cosciente per poter decidere se avviare o meno l'atto defecatorio. Le lievi contrazioni rettali che accompagnano l'inizio della minzione possono essere preparatorie per l'avvio della defecazione in caso di condizioni favorevoli. Si ritiene che il riflesso vescico-anorettale regoli i meccanismi della defecazione e della minzione in modo che ogni atto possa essere eseguito indipendentemente senza perdite fecali o urinarie, nonostante la presenza di un comune costrittore, ovvero il muscolo pubo-rettale. Sebbene la vescica e il retto condividano un meccanismo di evacuazione comune (che agisce attraverso la contrazione del muscolo elevatore dell'ano), l'azione sfinterica è separata. Gli sfinteri esterni, uretrale ed anale, vengono controllati sia per via riflessa che volontariamente.
Note: **s**i ipotizza che una disfunzione della vescica possa alterare la funzione anorettale e viceversa. La corretta attivazione di questo riflesso dipende dall'integrità dell'arco riflesso. La presenza di una patologia neurologica può determinare un aumento della latenza del riflesso, oppure una riduzione dell'ampiezza dei potenziali d'azione dell'unità motoria. Cambiamenti del tempo di latenza o riduzione della risposta EMG sono indicativi di danno muscolare o di lesione del sistema nervoso centrale o periferico. Il riflesso vescico-anorettale certamente ha una valenza diagnostica nei disturbi del tratto retto-urinario.

Tabella 5. Suddivisione dei riflessi in base all'evocabilità volontaria da parte dell'esaminatore

Riflessi non evocabili volontariamente	Riflessi evocabili volontariamente
Sampling Reflex (RAIR+RAER) (3)	Riflesso Inibitorio Retto-Anale (RIRA o RAIR) (1)
Guarding Reflex (5)	Riflesso Eccitatorio Retto-Anale (RERA o RAER) (2)
Riflesso pudendo-vescicale (12)	Riflesso alla tosse (addomino-perineale) (4)
Riflesso pubo-rettale o retto-puborettale (13)	Riflesso bulbo-cavernoso (o clitorido-anale) (6)
Riflesso addomino-puborettale (14)	Riflesso anale o anocutaneo (7)
Riflesso vescico-anale (20)	Riflesso anale superficiale (8)
Riflesso ano-vescicale (21)	Riflesso anale interno (9)
Riflesso vescico-anorettale (22)	Riflesso pudendo-anale (10)
Riflesso vescico-uretrale (23)	Riflesso pudendo-uretrale (12)
Riflesso pelvico-ipogastrico (24)	Riflesso vagino-puborettale (15)
Riflesso sacrale parasimpatico-vescico-intestinale (25)	Riflesso vagino-pubococcigeo (16)
Riflesso retto-colico (27)	Riflesso vagino-cavernoso (17)
Riflesso gastro-colico (29)	Riflesso penieno-motorio (18)
Riflesso gastro-rettale o gastro- perineo-rettale (30)	Riflesso cremasterico (19)
Riflesso pudendo-ipogastrico (31)	Bladder cooling reflex (26)
Riflesso sigmoido-rettoanale (32)	Riflesso ano-colico (28)
Riflessi di riempimento e svuotamento vescicale	Riflesso ano-uretrale (33)
Riflesso pudendo-vescicale/anale (35)	

Tra parentesi il numero con cui sono riportati nel testo.

23. Riflesso vescico-uretrale
Descrizione: potrebbe far parte, in associazione al "Guarding Reflex", dei riflessi che contribuiscono alla continenza urinaria in corso di riempimento vescicale. È un riflesso eccitatorio, mediato da vie afferenti parasimpatiche, elaborazione midollare con relais a livello dei centri simpatici localizzati in T10-L1 ed efferenze simpatiche che mantengono chiuso lo SUI in corso di riempimento vescicale. Viene attivato anche durante improvvisi aumenti della pressione intravescicale in occasione di colpi di tosse, cambi posturali e attività fisica. Resta invece disattivato durante lo svuotamento. Un secondo riflesso di protezione viene attivato da efferenze spinali verso lo SAE attraverso il nervo pudendo. L'attivazione delle vie efferenti pudendo-uretrali determinano una contrazione dello SAE al fine di prevenire la perdita di urine durante lo sforzo. Questo riflesso viene inibito durante l'avvio della minzione o quando, in alcune lesioni neurologiche, compare la contrazione involontaria del detrusore (lesioni sovrapontine). Invece nelle lesioni sottopontine e sovrasacrali l'attività dello SUE aumenta in corrispondenza della contrazione detrusoriale involontaria, dando origine al noto pattern di "dissinergia detrusore-sfintere"[12,34,35,36] (Tab.1).
Significato clinico: in base a risultati ottenuti da studi su animali è stato ipotizzato che la stimolazione dell'uretra data dal passaggio delle urine possa determinare l'avvio di input afferenti con conseguente aumento della contrazione detrusoriale al fine di contribuire al completo svotamento vescicale[12]. La contrazione detrusoriale durante la fase di svuotamento viene mantenuta grazie ad un feedback positivo, elicitato dal passaggio delle urine attraverso l'uretra. Questo feedback sembra essere mediato dal riflesso vescico-uretrale che determina una contrazione detrusoriale sostenuta dalla stimolazione dei recettori di stiramento uretrali[34]. Contribuisce ai meccanismi di continenza.
Note: la coordinazione tra vescica e uretra è mediata da molteplici circuiti neuronali e riflessi, organizzati a livello spinale e sopraspinale. Alcuni riflessi contribuiscono alla fase di riempimento, altri invece promuovono lo svuotamento vescicale. È possibile che i singoli riflessi siano collegati tra di loro in determinate sequenze al fine di formare complessi meccanismi di feedback, come ad esempio il Guarding Reflex/vescica-SAE, che comporta un aumento dell'attività dello SUE durante la fase di riempimento. A sua volta lo SAE può proiettare delle afferenze con effetto inibitorio sull'attività parasimpatica sulla vescica. In questo modo il riflesso vescica-SAE-vescica può portare all'inibizione dell'attività detrusoriale durante la fase di riempimento. Alterazioni in questi riflessi primitivi possono portare a disfunzioni vescicali di tipo neurogeno. L'attivazione di questi riflessi attraverso l'elettrostimolazione può contribuire agli effetti terapeutici della Neuromodulazione Sacrale[34].

24. Riflesso pelvico-ipogastrico
Descrizione: detto riflesso viene attivato da afferenze provenienti dalla vescica attraverso i nervi pelvici con conseguente iperattività del collo vescicale, dovuta all'attivazione dei nervi ipogastrici. Esso rappresenta un meccanismo di feedback negativo che permette l'accumulo in vescica di quantità di urina anche elevate. Viene disattivato quando la quantità di urina supera una certa soglia rendendo necessario l'avvio della minzione oppure quando il soggetto decide di urinare. Ovviamente il riflesso rimane disattivato durante lo svuotamento vescicale[34,37] (Tab.1).
Integrazione a livello del sistema nervoso: riflesso spinale sacro-lombare, attivato dalle afferenze provenienti dalla vescica mediati attraverso i nervi pelvici.
Note: l'interruzione dell'innervazione simpatica porta a riduzione dell'efficacia dei meccanismi di continenza, riduzione della capacità vescicale e aumento della frequenza e l'intensità della contrazione detrusoriale. La sua funzione inibitoria viene abolita nei casi di lesione spinale a livello toracico, indicando un'origine sopraspinale, probabilmente nel centro pontino della minzione (CPM).

25. Riflesso sacrale parasimpatico-vescico-intestinale
Note: non è un riflesso spinale come quello della continenza, ma di origine sovraspinale[38] (Tab.4).

26. "Bladder cooling reflex"
Descrizione: l'introduzione di acqua fredda all'interno della vescica determina una contrazione del detrusore nei pazienti con lesione del sistema nervoso centrale. Il test è positivo anche nei neonati e nei bambini piccoli, mentre risulta negativo nei bambini più grandi e negli adulti con vescica stabile[39] (Tab.1).
Significato clinico: l'introduzione in vescica di acqua fredda, conosciuto come "test dell'acqua ghiacciata" è stato proposto come strumento aggiuntivo alla cistometria standard, in quanto utile nel differenziare le lesioni nervose centrali dalle quelle periferiche. Il test positivo è indicativo di una lesione centrale o del primo motoneurone.
Integrazione a livello del sistema nervoso: riflesso spinale che origina dai recettori del freddo situati nella vescica, mediato dalle fibre C non mielinizzate.

27. Riflesso retto-colico
Descrizione: la distensione rettale (sino al raggiungimento della soglia di urgenza) determina la contrazione per via riflessa del colon sinistro[40] (Tab.3).
Significato clinico: questo riflesso si attiva durante la defecazione per fornire il retto del materiale fecale fino allo svuotamento del colon. L'alterazione di questo riflesso può avere un ruolo nei disordini della defecazione.

28. Riflesso ano-colico
Descrizione: la stimolazione dell'anoderma e il passaggio stesso delle feci attraverso il canale anale fornisce un feedback positivo, inducendo una contrazione propulsiva a livello del colon. Questo riflesso non deve essere considerato un'estensione del RAIR. Il riflesso ano-colico, a differenza del RAIR che si verifica in risposta alla distensione rettale, viene innescato dalla propagazione delle contrazioni nel colon e ha una durata significativamente più lunga (Tab.3).
Significato clinico: la stimolazione dell'anoderma con uno strumento o con un getto d'acqua filiforme provoca una attività peristaltica nel retto-sigma e/o nel colon discendente inducendo la scarica delle feci che altrimenti sarebbero rimaste fino alla defecazione spontanea successiva. Viene utilizzata spesso negli infanti che lamentano stipsi momentanea. Può essere sfruttato negli adulti con senso di defecazione incompleta e pollacochezia.

29. Riflesso gastro-colico
Descrizione: si tratta di un riflesso fisiologico evocato dalla ingestione di cibo che comporta un allungamento dello stomaco e conseguente aumento dell'attività del colon. Il riflesso gastro-colico crea maggior spazio al consumo del cibo attraverso il controllo della peristalsi e favorisce il movimento del cibo ingerito verso il retto[41] (Tab.3).
Significato clinico: una alterazione del riflesso gastrocolico potrebbe far pensare alla sindrome dell'intestino irritabile (IBS) ed è implicato nella variante idiopatica della Dumping Syndrome (DS).
Sia la IBS che la DS sono causate da iperattività del riflesso gastro-colico. Un deficit del riflesso gastro-colico, invece, provoca costipazione (i pazienti diabetici con neuropatia autonomica spesso presentano una gastroparesi con con-

seguente svuotamento gastrico ritardato). È utile pensare ad utilizzare correttamente questo riflesso nei soggetti con stipsi, invitandoli a defecare dopo la colazione.
Integrazione a livello del sistema nervoso: il riflesso gastrocolico controlla la contrazione gastro-intestinale attraverso molteplici fattori che coinvolgono il sistema nervoso autonomo, il sistema nervoso enterico e le cellule del tratto gastrointestinale che regolano le funzioni endocrine. I segnali del sistema nervoso centrale comunicano con il sistema nervoso enterico e viceversa controllando la peristalsi. Le fibre nervose simpatiche contribuiscono ad un effetto inibitorio sul colon, mentre le fibre nervose parasimpatiche contribuiscono ad un effetto stimolante.

30. Riflesso gastro-rettale o gastro-perineo-rettale
Descrizione: alcuni studi scientifici dimostrano che oltre il riflesso gastrocolico esiste anche un riflesso gastro-rettale. L'espressione di questo riflesso consiste in un significativo aumento del tono rettale e nell'incremento della motilità rettale dopo l'assunzione di un pasto. L'aumento della tensione nella parete rettale dopo un pasto determina la stimolazione di specifici recettori sensibili allo stiramento. Si tratta di un riflesso piuttosto locale in quanto la sua azione non è estesa e propagante[42] (Tab.3).
Significato clinico: grazie a questo riflesso i volumi di distensione rettale necessari per suscitare lo stimolo defecatorio sono significativamente ridotti dopo un pasto. Dopo l'assunzione di cibo il tono rettale aumenta notevolmente sia nei soggetti sani che nei pazienti con defecazione ostruita in cui il transito intestinale è nella norma. Questa risposta rettale tonica è assente o significativamente attenuata nei pazienti con rallentato transito intestinale
Integrazione a livello del sistema nervoso: i meccanismi che stanno alla base del riflesso gastro-rettale non sono chiari. Come possibile fattore nella sua attivazione è' stato suggerito il sistema nervoso simpatico.

31. Riflesso pudendo-ipogastrico
Descrizione: tale riflesso è stato osservato dopo l'elettrostimolazione dei nervi ipogastrici eseguita per via intravaginale con conseguente effetto inibitorio sul detrusore. Tale inibizione è mediata dall'attivazione di neuroni inibitori ipogastrici e dall'inibizione centrale delle efferenze parasimpatiche verso la vescica[43] (Tab.1).

32. Riflesso sigmoido-rettoanale
Descrizione: la distensione del sigma causerebbe contrazione rettoanale, nel mentre la distensione rettoanale provocherebbe la contrazione del sigma. Questa reciproca azione sarebbe dovuta ad un contemporaneo riflesso "sigmoido-rettoanale inibitorio" e "rettoanale-sigmoido eccitatorio". Si pensa che questi due riflessi assicurino la contrazione del sigma e la dilatazione rettoanale sino alla completa evacuazione delle feci[44] (Tab.4).
Significato clinico: la contrazione rettale data dalla distensione della giunzione rettosigmoidea conferma l'ipotesi della possibile presenza di un riflesso nominato "riflesso rettosigmoido-rettale". Presumibilmente, il retto e la giunzione rettosigmoidea rappresentano le due braccia del riflesso stesso. Si ipotizza che nel passaggio dal sigma al retto il contenuto intestinale distenda la giunzione rettosigmoidea evocando il riflesso sopranominato che a sua volta determina una contrazione rettale.

33. Riflesso ano-uretrale
Descrizione: consiste nella contrazione dello SUE in risposta alla stimolazione dello SAE. Questa contrazione riflessa contribuisce a i meccanismi di continenza e ha funzione protettiva contro perdite indesiderate[45] (Tab.4).
Significato clinico: l'elicitazione del riflesso ano-uretrale può rivelarsi utile nella valutazione della funzione muscolare dei due sfinteri (SAE e SUE) e dell'integrità dei nervi periferici che provvedono alla loro innervazione. L'assenza di questo riflesso può essere indicativa di una lesione del nervo periferico, danno sfinteriale o importante ipostenia muscolare.

34. Riflesso uretro-anale
Descrizione: contrazione dello SAE conseguente alla stimolazione dell'uretra determinata dal passaggio delle urine. Tale contrazione viene mantenuta durante lo svuotamento

TABLE I. *The integral storage and voiding reflexes*

Reflex Number	Name and Abbreviation	Activating Stimulus	Route: Afferent	Route: Efferent	Location of Reflex Center	Function
1	Sympathetic detrusor-inhibiting reflex (SDIR)	Increasing detrusor mural tension	Pelvic nerves	Hypogastric nerves	Thoracolumbar cord	Storage of urine (Reflex 12, in tonic phase also serves storage function)
2	Sympathetic sphincter constrictor reflex (SSCR)	Increasing detrusor mural tension	Pelvic nerves	Hypogastric nerves	Thoracolumbar cord	
3	Perineodetrusor inhibitory reflex (PDIR)	Tension of perineal and pelvic floor muscles	Pudendal nerves	Pelvic nerves	SMRC (sacral cord)	
4	Urethrosphincteric guarding reflex (USGR)	Tension of trigone or entry of urine into proximal urethra	Pudendal nerves	Pudendal nerves	Pudendal nucleus (sacral cord)	
5	Perineobulbar detrusor facilitative reflex (PBDFR)	Relaxation of perineal and pelvic muscles associated with increase in intra-abdominal pressure	Pudendal nerves; sacrobulbar tracts	Lateral reticulospinal tracts and pelvic nerves	Medulla to SMRC (sacral cord)	Initiation of micturition (Reflexes 9 and 10 may also be initiating reflexes)
6	Detrusodetrusor facilitative reflex (DDFR)	Increasing detrusor mural tension	Pelvic nerves and dorsal funiculus	Lateral reticulospinal tracts and pelvic nerves	Rostral pons to SMRC (sacral cord)	
7	Detrusourethral inhibitory reflex (DUIR)	Increasing detrusor mural tension	Pelvic nerves	Pelvic nerves	SMRC (sacral cord)	Continuation of detrusor contraction to empty bladder and synchronization of sphincter relaxation
8	Destrusosphincteric inhibitory reflex (DSIR)	Increasing detrusor mural tension	Pelvic nerves	Pudendal nerves	Pudendal nucleus (sacral cord)	
9	Urethrodetrusor facilitative reflex (UDFR)	Urine flow across urethral mucosa	Pudendal nerves and lateral funiculus	Lateral reticulospinal tracts and pelvic nerves	Rostral pons to SMRC (sacral cord)	
10	Urethrodetrusor facilitative reflex (UDFR)	Urine flow across urethral mucosa	Pelvic nerves	Pelvic nerves	SMRC (sacral cord)	
11	Urethrosphincteric inhibitory reflex (USIR)	Urine flow across urethral mucosa	Pudendal nerves	Pudendal nerves	Pudendal nucleus (sacral cord)	
12	Perineobulbar detrusor inhibitory reflex (PBDIR)	Contraction of perineal and pelvic muscles	Pudendal nerves and sacrobulbar tracts	Ventral reticulospinal tracts	Medulla to SMRC (sacral cord)	Cessation of voiding and resumption of storage phase

Fig.1. I dodici riflessi descritti da Mahony[2].

vescicale. La sincronicità delle due azioni sfinteriche presumibilmente proteggere da perdite di gas o di feci durante la minzione[46,47] (Tab.4).
Significato clinico: il riflesso uretro-anale può avere importanza diagnostica nei disturbi della minzione o della defecazione, in particolare quelli di origine neurologica come la lesione midollare o nella sindrome della cauda equina.

35. Riflesso pudendo-vescicale/anale
Corrisponde al "guarding reflex". È un riflesso unico nel suo genere (e molto utile) in quanto la contrazione volontaria dei muscoli perineali è in grado di ridurre od abolire l'urgente bisogno di urinare e defecare[13] (Tab.4).

DISCUSSIONE
Nel contesto della vita di relazione il controllo minzionale e fecale hanno una estrema importanza. Con gli studi di Bradley[2], Mahony[3], Torrens e Morrison[4] è iniziata la descrizione di vari riflessi vescico-uretrali che hanno permesso di comprendere i meccanismi fisiologici della continenza urinaria e i meccanismi fisiopatologici dell'incontinenza urinaria, ponendo le basi per una sua corretta terapia farmacologica e riabilitativa.
Sono tuttora citati i famosi circuiti o "loops" di Bradley[2] ed i riflessi alla base del riempimento e dello svuotamento vescicale di Mahony[3]. Questi studi hanno puntualizzato le vie nervose, centrali e periferiche, che regolano le funzioni vescico-uretrali e gastro-enterologiche. Merito loro se oggi noi siamo in grado di sospettare una lesione neurologica tramite la corretta interpretazione delle disfunzioni minzionali e colon-rettali, spesso neglette nonostante abbiano una notevole ripercussione sulla qualità di vita.
Da un punto di vista anatomo-funzionale i riflessi presi in considerazione possono essere classificati in quattro aree che arbitrariamente consideriamo tra di loro interconnesse: 1) riflessi relativi al *comparto anteriore*, *vescicale-uretrale* con funzione minzionale, 2) al comparto *mediale*, *vaginale-penieno-scrotale* con funzione sessuale-procreativa, 3) al comparto *posteriore*, *ano-rettale* relativi a defecazione e continenza e infine 4) al comparto *viscero-enterale* con funzione di automatizzazione-regolarizzazione.
Dalla classificazione e dallo studio dei riflessi si evidenzia l'interdipendenza tra sfera sessuale ed apparato sfinteriale, urinario ed intestinale, permettendo di distinguere nel pavimento pelvico, da un punto di vista funzionale, tre diversi assi[48]: asse funzionale *sessuale, urinario e intestinale.*
In realtà l'organizzazione dei riflessi che controllano le basse vie urinarie (continenza e minzione) è complessa, essendo molteplici i centri minzionali inibitori e facilitatori. Parimenti è implicito che l'iperattività di detti riflessi o la loro ipoattività/disregolazione possono essere alla base di numerose disfunzioni minzionali.
Mahony[2] nel 1977 ha descritto dodici riflessi (Fig. 1) che avrebbero un ruolo importante nella *raccolta dell'urina in vescica* durante il riempimento vescicale, nell'avvio della minzione e nella sua continuazione, nella cessazione della minzione stessa. Sono:
1.Riflesso simpatico inibente il detrusore: lo stimolo attivante il riflesso consiste nell'incremento della pressione vescicale; la via afferente è data dai nervi pelvici; la via efferente è rappresentata dai nervi ipogastrici: l'integrazione midollare è a livello del simpatico toraco-lombare (T_{10}-L_1).
2.Riflesso inibitorio perineo-detrusoriale: lo stimolo attivante è l'aumento della contrattilità dei muscoli perineali; la via afferente è costituita dai nervi pudendi e la via efferente dai nervi pelvici; l'integrazione midollare è a livello del midollo sacrale (S_2-S_4).
3.Riflesso perineo-sfinterico uretrale esterno: lo stimolo attivante sarebbe la tensione a livello del trigono o dell'uretra prossimale, mentre la via efferente è costituita dai nervi pudendi con integrazione midollare a livello di S_2-S_4.
4.Riflesso perineo-bulbo-detrusoriale: lo stimolo attivante è dato dal rilassamento dei muscoli perineali in associazione ad un aumento di pressorio intra-addominale; la via afferente è data dai nervi pudendi e dalla attivazione delle vie sacro-bulbari; la via efferente sarebbe costituita dai tratti laterali reticolo-spinali e dai nervi pelvici, mentre l'integrazione a livello centrale è localizzata nel bulbo e nel midollo sino a livello del sacro.
Seguono altri riflessi (5-12) che assicurano la continuazione dell'atto minzionale sino al completo svuotamento della vescica (riflessi che permettono la continuazione della contrazione detrusoriale con inibizione sia dell'uretra prossimale o collo vescicale che dell'uretra distale o SUE).
È noto che il centro pontino della minzione (CPM) ha una funzione importante nell'assicurare la coordinazione fra attività detrusoriale ed attività sfintero-uretrale e che, di conseguenza, le lesioni sovrapontine (corticali e sottocorticali) sono responsabili di una iperattività detrusoriale con coordinazione vescico-sfinterica, mentre le lesioni sottopontine e sovrasacrali sono caratterizzate dalla cosiddetta dissinergia detrusore-sfintere.
Parimenti la *funzione ano-rettale* prevede un coordinato coinvolgimento del sistema gastro-intestinale, del sistema nervoso e dell'apparato muscolare volontario ed involontario. Sono ben noti i due sfinteri anali (interno od involontario ed esterno o volontario): il primo innervato dal nervo ipogastrico, mentre il secondo è innervato dalla branca inferiore del nervo pudendo (che permette il controllo volontario della defecazione).
La distensione rettale evoca il riflesso retto-sfinterico con rilassamento dello sfintere anale interno. Se la defecazione non è desiderata, l'attivazione dello sfintere anale esterno è in grado di posticiparla. Se invece è concessa, si attivano alcuni riflessi alla base dell'espulsione delle feci (rilassamento dello sfintere anale esterno, contrazione dei muscoli addominali e rilassamento dei muscoli perineali). In caso di necessità, la defecazione può essere aiutata dalla manovra di Valsalva (profonda inspirazione e tentativo di espellere l'aria contro la glottide chiusa).
I riflessi del comparto posteriore hanno trovato in Shafik un cultore appassionato che ha portato un notevole contributo anche nella fisiologia sessuale e i riflessi associati[26, 27, 28, 29, 30].
Considerando in toto i riflessi descritti, a livello clinico emerge un fattore importante: la evocabilità volontaria da parte dell'esaminatore. Quindi possiamo suddividerli in due gruppi: 1) riflessi non evocabili volontariamente dall'esaminatore; 2) riflessi evocabili volontariamente dall'esaminatore (Tab. 5).

CONCLUSIONI
Questa ricerca ha rilevato in letteratura la carenza di una visione complessiva e comparativa dei riflessi pelvici. Clinicamente la riflessologia, se adeguatamente utilizzata, rappresenta un valido strumento per una ulteriore differenziazione tra pazienti con patologie apparentemente simili. Altra implicazione clinica troviamo nella possibilità di formulare diagnosi più accurate nell'ambito del sostegno dei visceri addomino pelvici, della corretta gestione degli aumenti pressori endoaddominali e della modulazione delle funzioni vescicali, intestinali, riproduttive e sessuali.
I punti di forza che sono stati evidenziati riguardano la raccolta ed il tentativo di classificare, studiare i riflessi pelvici e creare uno strumento utile per la pratica clinica.
Una probabile criticità potrebbe essere la mancanza di uno studio approfondito dell'anatomia del sistema nervoso (simpatico-parasimpatico sacrale) coinvolto nella fisiologia dei riflessi.

Concludendo, abbiamo focalizzato l'attenzione sulla classificazione dei riflessi pelvici trovati nella letteratura scientifica. Il risultato del nostro lavoro vuole essere il punto di partenza per fornire un contributo a ulteriori studi ed a approfondimenti futuri

BIBLIOGRAFIA

1. Abrams P, Cardozo L. Wagg A, Wein A. Incontinence, 6th Edition, 2017
2. Bradley WE, Timm GW, Scott FB. Innervation of the detrusor muscle and urethra. Urol North Am 1974; 1:3-27
3. Mahony DT, Laferte RO, Blais DJ. Integral storage and voiding reflexes. Urology, 1977;1:95-106
4. Torrens M, Morrison JFB. The physiology of the lower urinary tract. Spinger-Verlag Ed, 1987
5. Shafik A, El-Sibai O, Shafik IA. Physiologic basis of digital-rectal stimulation for bowel evacuation in patients with spinal cord injury: identification of an anorectal excitatory reflex. J Spinal Cord Med. 2000 Winter;23(4):270-5
6. Shafik A, Shafik AA, El-Sibai O, et al. Study of the role of the second defecation reflex: anorectal excitatory reflex in the pathogenesis of constipation. J Am Coll Surg. 2003 May;196(5):729-34
7. Denny-Brown D, Robertson EG. 'An investigation of the nervous control of defecation' by Denny-Brown and Robertson: a classic paper revisited. 1935. Colorectal Dis. 2004 Sep;6(5):376-83
8. Pucciani F, Trafeli M. Sampling reflex: pathogenic role in functional defecation disorder. Tech Coloproctol. 2021 May;25(5):521-530
9. Meagher AP, Lubowski DZ, King DW. The cough response of the anal sphincter. Int J Colorectal Dis. 1993 Dec;8(4):217-9
10. Cavallari P, Bolzoni F, Esposti R, et al. Cough-Anal Reflex May Be the Expression of a Pre-Programmed Postural Action. Front Hum Neurosci. 2017 Sep 27;11:475
11. Park JM, Bloom DA, McGuire EJ. The guarding reflex revisited. Br J Urol. 1997 Dec;80(6):940-5.
12. Leng WW, Chancellor MB. How sacral nerve stimulation neuromodulation works. Urol Clin North Am. 2005 Feb;32(1):11-8
13. Campbell WW. DeJong's the neurologic examination. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013
14. Wester C, FitzGerald MP, Brubaker L, et al. Validation of the clinical bulbocavernosus reflex. Neurourol Urodyn. 2003;22(6):589-91; discussion 591-2
15. Rossolimo G. Der Analreflex, seine physiologie und pathologie. Neurologisches Centralblatt.1891;4:257–9
16. Bartolo DC, Jarratt JA, Read NW. The cutaneo-anal reflex: a useful index of neuropathy? Br J Surg. 1983 Nov;70(11):660-3
17. Lamberti G, Giraudo D, Musco S. Suprapontin lesions, Springer Nature Switzerland AG 2020
18. Varma JS, Smith AN, McInnes A. Electrophysiological observations on the human pudendo-anal reflex. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1986 Dec;49(12):1411-6
19. Binnie NR, Kawimbe BM, Papachrysostomou M, et al. Use of the pudendo-anal reflex in the treatment of neurogenic faecal incontinence. Gut. 1990 Sep;31(9):1051-5
20. Catarin MV, Manzano GM, Nóbrega JA, et al. The role of membranous urethral afferent autonomic innervation in the continence mechanism after nerve sparing radical prostatectomy: a clinical and prospective study. J Urol. 2008 Dec;180(6):2527-31
21. McGee MJ, Grill WM. Modeling the spinal pudendo-vesical reflex for bladder control by pudendal afferent stimulation. J Comput Neurosci. 2016 Jun;40(3):283-96
22. Woock JP, Yoo PB, Grill WM. Mechanisms of reflex bladder activation by pudendal afferents. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol. 2011 Feb;300(2):R398-407
23. Broens PMA, Jonker JE, Trzpis M. The puborectal continence reflex: a new regulatory mechanism controlling fecal continence. Int J Colorectal Dis. 2018 May;33(5):627-633
24. Shafik A. Straining puborectalis reflex: description and significance of a "new" reflex. Anat Rec. 1991 Feb;229(2):281-4
25. Jonker JE, van Meegdenburg MM, Trzpis M, et al. The puborectal continence reflex functions independently of the pudendal nerve. Colorectal Dis. 2019 Nov;21(11):1296-1303
26. Shafik A. Vagino-puborectalis reflex. Int J Gynaecol Obstet. 1995 Oct;51(1):61-2
27. Shafik A. Vagino-levator reflex: description of a reflex and its role in sexual performance. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1995 Jun;60(2):161-4
28. Shafik A. Vaginocavernosus reflex. Clinical significance and role in sexual act. Gynecol Obstet Invest. 1993;35(2):114-7
29. Shafik A. The peno-motor reflex: study of the response of the puborectalis and levator ani muscles to glans penis stimulation. Int J Impot Res. 1995 Dec;7(4):239-46
30. Sengul G, Ertekin C. Human cremaster muscle and cremasteric reflex: A comprehensive review. Clin Neurophysiol. 2020 Jun;131(6):1354-1364
31. Basinski C, Fuller E, Brizendine EJ, et al. Bladder-anal reflex. Neurourol Urodyn. 2003;22(7):683-6
32. Shafik A. Ano-vesical reflex: role in inducing micturition in paraplegic patients. Paraplegia. 1994 Feb;32(2):104-7
33. Shafik A. The effect of vesical filling and voiding on the anorectal function with evidence of a 'vesico-anorectal reflex'. Neurogastroenterol Motil. 1999 Apr;11(2):119-24
34. De Groat WC, Fraser MO, Yoshiyama M, et al. Neural control of the urethra. Scand J Urol Nephrol Suppl. 2001;(207):35-43; discussion 106-25
35. De Groat WC, Vizzard MA, Araki I, et al. Spinal interneurons and preganglionic neurons in sacral autonomic reflex pathways. Prog Brain Res. 1996;107:97-111
36. Shafik A, Shafik AA, El-Sibai O, et al. Role of positive urethrovesical feedback in vesical evacuation. The concept of a second micturition reflex: the urethrovesical reflex. World J Urol. 2003 Aug;21(3):167-70
37. Kreder k, Dmochowski R, Abrams P. The Overactive Bladder Evaluation and Management, Informa UK Ltd 2007
38. De Groat WC, Nadelhaft I, Milne RJ, et al. Organization of the sacral parasympathetic reflex pathways to the urinary bladder and large intestine. J Auton Nerv Syst. 1981 Apr;3(2-4):135-60.
39. Geirsson G, Lindström S, Fall M. The bladder cooling reflex and the use of cooling as stimulus to the lower urinary tract. J Urol. 1999 Dec;162(6):1890-6
40. Shafik A. Recto-colic reflex: role in the defecation mechanism. Int Surg. 1996 Jul-Sep;81(3):292-4
41. Malone JC, Thavamani A. Physiology, Gastrocolic Reflex. 2021 May 9. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan
42. Gosselink MJ, Schouten WR. The gastrorectal reflex in women with obstructed defecation. Int J Colorectal Dis. 2001 Apr;16(2):112-8
43. Lindström S, Fall M, Carlsson CA, et al. The neurophysiological basis of bladder inhibition in response to intravaginal electrical stimulation. J Urol. 1983 Feb;129(2):405-10
44. Shafik A. Sigmoido-rectal junction reflex: role in the defecation mechanism. Clin Anat. 1996;9(6):391-4
45. Shafik A. Anourethral reflex. Description of a reflex and its clinical significance: preliminary study. Paraplegia 1992
46. Shafik A, El-Sibai O, Shafik I, et al. Effect of micturition on the external anal sphincter: identification of the urethro-anal reflex. J Spinal Cord Med. 2005;28(5):421-5
47. Cavalcanti Gde A, Bruschini H, Manzano GM, et al. Urethral sensory threshold and urethro-anal reflex latency in continent women. Int Urol Nephrol. 2007;39(4):1061-8
48. Wyndaele J , Beco J, Everaert K, et al. L'incontinence urinaire: guide pratique U-Control, Belgium, 2001
49.

DICHIARAZIONE

Gli Autori dichiarano l'assenza di qualunque conflitto di interesse e di non aver ricevuto alcun finanziamento per la ricerca oggetto di questo articolo.

Corrispondenza:
giuseppe.dodi@unipd.it

Articolo originale

La Qualità della Vita nella donna sottoposta a cistectomia radicale con neovescica ileale o condotto ileale: revisione della letteratura

SALVATORE SIRACUSANO, PIETRO MORGIA

U.O.C. Urologia a Direzione Universitaria Teramo, Ospedale Civile Giuseppe Mazzini di Teramo,Università degli Studi dell'Aquila

Riassunto Lo scopo di questa revisione è stato la valutazione della qualità della vita nelle pazienti cistectomizzate sottoposte a derivazione urinaria mediante un condotto ileale (CI) o una neovescica ileale ortotopica (NVO). Nel luglio 2022 avvalendosi del "PUB-MED DATABASE" sono stati individuati 47 lavori negli ultimi 10 anni ponendo come ricerca le parole chiave "Radical Cystectomy" e "Quality of Life" e con l'implementazione della parola chiave "Female" si è pervenuti all'identificazione di non più di 5 lavori. La misurazione della qualità della vita si concretizza mediante l'ausilio dei questionari che spaziano da quelli specifici a quelli cosiddetti generali che valutano la QoL non malattia specifica. È noto che, le donne sottoposte a cistectomia hanno una sopravvivenza più breve rispetto agli uomini e questo aspetto potrebbe essere dovuto a una diversa espressione genica del tumore uroteliale nelle donne rispetto agli uomini. Ad oggi, sono pochi gli studi che cercano di rivedere e sintetizzare dati recenti sulle differenze di genere negli esiti oncologici e funzionali nelle donne, confrontandoli con pazienti di sesso maschile sottoposti a cistectomia radicale. Attualmente gli studi evidenziano una disparità nei risultati tra uomini e donne ed una paucità di studi di comparazione che esaminino direttamente la qualità della vita nei due sessi dopo CR.
La programmazione e realizzazione di studi prospettici interdisciplinari rappresentano la soluzione ottimale per migliorare la conoscenza sia sulla modalità di misurazione della qualità degli esiti chirurgici e sia sull'interpretazione della QoL di queste pazienti.

Parole chiave: Cistectomia radicale; Donna; Qualità della vita; Derivazione urinaria

Quality of Life in women undergoing radical cystectomy with ileal neobladder or ileal duct: review of the literature

Abstract. Introduction: The aim of this review was to assess the quality of life in cystectomized patients undergoing urinary diversion via an ileal conduit (IC) or orthotopic ileal neobladder (NVO). In July 2022, using the "PUB-MED DATABASE", 47 papers were identified in the last 10 years by searching for the keywords "Radical Cystectomy" and "Quality of Life" and with the implementation of the keyword "Female" no more than 5 papers were identified in this setting. The measurement of the quality of life is realized by the use of general and specific questionnaires. In this way it is known that women undergoing cystectomy have a shorter survival than men and this aspect could be due to a different gene expression of urothelial cancer in women in comparison with men. To date, few studies attempt to review and summarize recent data on gender differences regarding oncological and functional outcomes. Currently most of studies show a disparity of papers between men and women and a low number of papers analyze the quality of life comparatively in the two sexes after CR. The planning and implementation of interdisciplinary prospective studies represent the goal to improve knowledge both on how to measure the quality of surgical outcomes and on the interpretation of the QoL of these patients.

Keywords: Radical cystectomy; Female, Quality of life, Urinary diversion

INTRODUZIONE

Il cancro della vescica (CV) è uno dei tumori più frequenti ed è il VI negli Stati Uniti con 81.190 nuovi casi stimati all'anno[1,2].

La cistectomia radicale (CR) associata alla realizzazione di un condotto ileale (IC) o di una neovescica ileale ortotopica (NVO), rappresenta il trattamento standard, raccomandato dalle linee guida della Società Europea di Urologia (EAU) per la terapia chirurgica del tumore muscolo-invasivo localizzato della vescica[3].

In questa contestualità è comprensibile come l'intervento di CR comprometta profondamente la vita dei pazienti, a causa dell'apporto di diversi cambiamenti nelle abitudini quotidiane e nella salute fisica e mentale, con importanti ripercussioni sugli aspetti sociali e relazionali.

Appare quindi evidente che questa tipologia di intervento abbia un importante impatto sulla Qualità della Vita (QoL) dei pazienti dal momento che essi divengono degli urostomizzati nel caso di un IC oppure gestori di un serbatoio privo di sensibilità propriocettiva qualora portatori di una NVO.

In questo ambito le informazioni ad oggi disponibili in letteratura al riguardo sono principalmente presenti per il sesso maschile e in minor misura per il sesso femminile che possiede una incidenza di malattia statisticamente inferiore[4].

La finalità di questo articolo è stata quella di rivalutare e riassumere, in modalità narrativa, i dati più recenti sulla QoL nelle donne sottoposte a cistectomia radicale con derivazione urinaria mediante IC ed NVO.

MATERIALI E METODI

Nel luglio 2022 avvalendosi del "PUB-MED DATABASE" sono stati individuati 47 lavori negli ultimi 10 anni ponendo come ricerca le parole chiave "Radical Cystectomy" e "Quality of Life" ed un ulteriore raffinamento della ricerca su "PUB-MED DATA BASE" con l'implementazione della parola chiave "Female", ha portato all'identificazione di non più di 5 lavori. I risultati della ricerca di cui sopra non facevano riferimento a case report, revisioni, commenti editoriali e lettere all'Editore.

Qui di seguito verranno presi in considerazione gli aspetti essenziali dell'argomento in essere e precisamente: la misurazione della QoL, la QoL nelle pazienti cistectomizzate, la QoL nella donna versus il maschio ed infine gli aspetti più recenti legati alle possibili complicanze sulla funzione intestinale

Misurazione della qualità della vita

Essa si concretizza mediante l'ausilio dei questionari. Questi ultimi sono lo strumento più comunemente utilizzato per valutare la QoL nei pazienti. Attualmente sono presenti diversi questionari che essenzialmente spaziano da quelli specifici a quelli cosiddetti generali che valutano la QoL non malattia specifica.

In questo contesto, le misure di esito riportate dal paziente, attraverso i questionari utilizzati per valutare la QoL nei pazienti cistectomizzati, sono strumenti utili e importanti che vengono impiegati dai clinici per comprendere i risultati sul paziente nel breve, medio e lungo termine. Di solito, gli aspetti valutati da tali strumenti riguardano

gli aspetti fisici, psicosociali, sanitari e specifici della malattia della vita di un paziente ai quali viene assegnato un punteggio in modo tale da ottenere un quadro oggettivo sulla soddisfazione della persona nel percorso di vita di quel momento.
Negli ultimi anni sono stati validati diversi questionari specifici per il cancro della vescica che vengono utilizzati ampiamente durante il follow-up di questi pazienti[5]:

- Il RAND Medical Outcomes Study 36-Item Health Survey (SF-36) è un questionario che comprende 36 domande su funzione fisica, salute mentale, vitalità, dolore e vita sociale ed è lo strumento più utilizzato per studiare la QoL generale dei pazienti[6]. Esso non contiene elementi specifici relativi al tumore della vescica ed è stato impiegato per valutare la qualità generale della vita di questi pazienti[7].
- Il Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-G), è un questionario specifico per i pazienti oncologici, comunemente utilizzato dai medici per affrontare problemi correlati al cancro come il dolore, il vomito, la nausea e la qualità del sonno[8]. Il FACT-G comprende 27 item e quattro sottoscale: Benessere fisico (PWB), Benessere sociale/familiare (SWB), Benessere emotivo (EWB) e Benessere funzionale (FWB). Il punteggio del FACT si riassume in un totale che va da zero a 108 punti, dove il punteggio più alto indica una migliore qualità della vita.
- QLQ-BLM 30 è un questionario di 30 domande, sviluppato specificamente per i pazienti affetti da tumore muscolo- invasivo della vescica[9]. Contiene scale multi-item che valutano i sintomi urinari, i problemi relativi all'urostomia, le prospettive future, il gonfiore addominale, l'immagine corporea e la funzione sessuale. Solitamente viene somministrato a completamento del QLQ-C30, che contiene 15 domini relativi all'attività fisica, al ruolo emotivo, cognitivo e sociale, nonché item relativi a stanchezza, nausea, vomito, dolore, dispnea, insonnia, perdita di appetito, costipazione, diarrea e difficoltà finanziarie.
- Il Functional Assessment of Cancer Therapy-Vanderbilt Cystectomia Index (FACT-VCI) è un questionario di 17 item riguardante i sintomi urinari e sessuali in pazienti con condotto ileale o neovescica ortotopica[10]. È composto da 17 domande, ognuna delle quali valuta con una scala di 5 punti e per i quali punteggi più alti indicano una migliore qualità della vita.
- FACT-BI verifica l'aspetto funzionale dei pazienti affetti da tumore della vescica ed è composto da 27 domande, che copre campi simili del FACT-VCI, ma anche da altre due domande per i pazienti che hanno una stomia[11]. Esso valuta il benessere fisico, sociale, familiare, emotivo e funzionale, nonché una componente specifica quale la funzione urinaria, intestinale e sessuale.
- Il Bladder Cancer Index (BCI) è un questionario specifico della malattia che comprende 34 elementi relativi a 3 domini: funzione urinaria, sessuale e funzione intestinale. Le risposte agli item sono date su una scala da 0 a 100 in cui i punteggi più alti indicano una migliore funzione[12].
- Per quanto riguarda la valutazione della vita sessuale attualmente gli studi si sono finalizzati principalmente sulla sessualità maschile mostrando la mancanza di questionari rivolti alle donne. Per questo motivo, l'unico strumento utilizzato è il Female Sexual Function Index (FSFI)[13]. Esso comprende 19 domande ciascuna delle quali può avere un punteggio da 0 a 5 prendendo in considerazione la soddisfazione sessuale del paziente durante le ultime 4 settimane.
- Recentemente sono stati validati nuovi questionari per migliorare ulteriormente la misurazione, in modalità specifica, della QoL. Una di questi è il questionario Ileal Orthotopic Neobladder PRO (IONB-PRO) che è composto da due sezioni: una sulla QoL e una seconda sulla capacità del paziente di gestire la NVO. Per la valutazione della QoL si utilizzano due diverse versioni: una versione completa con 23 item e una versione in forma short a 12 item[10-14].

Qualità della vita nelle pazienti cistectomizzate

È noto che, le donne sottoposte a cistectomia hanno una sopravvivenza più breve rispetto agli uomini e questo aspetto potrebbe essere dovuto a una diversa espressione genica del tumore uroteliale nelle donne rispetto agli uomini, dal momento che il cancro della vescica nelle donne mostra prevalentemente una componente squamosa o sarcomatoide[15]. Altri autori hanno anche ipotizzato che il sottotipo B del recettore per gli estrogeni sia spesso il responsabile di questa variante uroteliale altamente aggressiva[16] .Tutti questi elementi contribuiscono, pertanto, ad avere un ridotto numero di sopravvissuti a lungo termine nelle donne e di conseguenza risulta difficile valutare la QoL in soggetti di sesso femminile sottoposti a cistectomia.
In questo contesto, la letteratura attuale non appare unanime nel definire l'IC come una derivazione migliore rispetto alla NVO, in termini di qualità della vita. Ci sono, infatti, lavori che identificano l'IC come la derivazione migliore, mentre altri che hanno mostrato risultati sovrapponibili tra le due derivazioni[17]. Tre studi retrospettivi hanno dimostrato che la derivazione con IC era superiore rispetto alla NVO utilizzando i punteggi FACT-VCI in cui si dimostra che i pazienti con una derivazione con IC avevano un punteggio totale che era in media superiore a quelli con NVO dopo 12 mesi[18-20]. Allo stesso tempo Erber[21] et al. hanno riscontrato risultati migliori relativamente alla "Global QoL" nei pazienti con NVO rispetto a IC dopo un follow-up a lungo termine (Tab. 1).
Tuttavia, la vita sessuale nelle donne dopo CR rappresenta oggi una problematica non indifferente. Infatti, mentre negli uomini una cistectomia nerve-sparing può essere efficace per il recupero dell'attività sessuale, nelle donne questo aspetto non è chiaramente verificato. I fasci neurovascolari, situati lungo le pareti laterali della vagina, vengono solitamente rimossi o danneggiati durante l'intervento chirurgico ed inoltre durante la rimozione dell'uretra distale può verificarsi anche una significativa devascolarizzazione del clitoride a cui si associa un restringimento della vagina a causa della rimozione in blocco della parete vaginale anteriore. Come riportato da altri, la problematica più comune dopo CR è costituita da una ridotta capacità di raggiungere l'orgasmo nel 45% dei pazienti, da una diminuzione della lubrificazione nel 41% dei casi e con significativa diminuzione del desiderio sessuale e comparsa di dispareunia nel 37% e il 22% dei casi, rispettivamente[22-30]. In questo contesto, diversi autori hanno tentato di preservare la funzione sessuale dopo CR nelle donne proponendo, in casi selezionati, un intervento chirurgico nerve-sparing con conservazione della vagina ma ad oggi non ci sono informazioni relative sulla qualità della vita e della sessualità di questi pazienti che hanno

Tabella 1.
Caratteristiche degli studi inclusi

Study	Year	Study type	No (IC/NB)	Scale used	Conclusion on QoL
Anderson [18]	2012	Retrospective	172 (71/101)	FACT-VCI	IC better than ONB
Erber [21]	2012	Retrospective	58 (24/34)	EORTC QLQ-C30 EORTC QLQ-BLM30	ONB better than IC
Metcalfe [22]	2013	Retrospective	84 (53/31)	FACT-VCI	No difference
Singh [23]	2014	Retrospective	164 (80/84)	EORTC QLQ-C30	ONB better than IC
Large [24]	2014	Retrospective	43 (27/16)	FACT-VCI	No difference
Goldberg [20]	2015	Retrospective	95 (49/46)	BCI	IC better than ONB
Huang [25]	2015	Retrospective	117 (78/39)	BCI BIS	No difference
Kretschmer [26]	2016	Retrospective	100 (50/50)	EORTC QLQ-C30	No difference
Cerruto [27]	2016	Retrospective	319 (148/171)	EORTC QLQ-C30 EORTC QLQ-BLM30	No difference
Gellhaus [28]	2016	Retrospective	92 (44/48)	BCI	IC better than ONB
Zahran [29]	2017	Retrospective	145 (61/84)	EORTC QLQ-C30 FACT-B1	No difference

subito questo tipo di intervento chirurgico. Infatti la maggior parte dei lavori su questo argomento riguarda studi generali sulla QoL su pazienti sia di sesso femminile che maschile, ma raramente solo sulla popolazione femminile (Tab. 2).

Nel 2013 uno studio multicentrico su 37 pazienti di sesso femminile sottoposte a cistectomia radicale con IC, ureterocutaneostomia (UCS) o NVO, ha dimostrato che ad un di follow-up di 36 mesi, la QoL dei pazienti sottoposti ad UCS era inferiore, rispetto al gruppo IC o NVO[31]. La QoL era stata valutata utilizzando i questionari EORTC, QLQ-BLM30 e QLQ-C30 che mostravano differenze significative soprattutto sulla percezione fisica ed emotiva della propria immagine corporea. In particolare con l'EORTC QLQ C-30, il gruppo UCS aveva ottenuto punteggi più alti per perdita di appetito e affaticamento con differenze statisticamente significative, e allo stesso tempo la valutazione con QLQ BLM-30 il gruppo UCS mostrava un punteggio peggiore per il benessere fisico e il benessere emotivo. In questo contesto, tuttavia, appare incontrovertibile il fatto che il tumore uroteliale nella donna sia più aggressivo rispetto al maschio come dimostrato nel 2014, da Messer[32] in un ampio studio multicentrico ed osservazionale che utilizzava dati raccolti retrospettivamente su 4.296 pazienti cistectomizzati trattati con CR, di cui 890 donne, in cui era evidente un aumento del rischio di recidiva della malattia e mortalità specifica per cancro nella popolazione femminile.

Nel 2018 uno studio su 145 pazienti sottoposti a cistectomia radicale con derivazione urinaria mediante IC, ha preso in considerazione sia maschi che femmine, fornendo un confronto tra i due gruppi per la QoL. Essa veniva valutata mediante i questionari EORTC QLQ-C30 ed EORTC BLM-30. Le pazienti di sesso femminile erano 33 e presentavano problemi significativamente maggiori rispetto agli uomini relativamente all'assetto cognitivo e alle prospettive future[33].

Infine un altro studio, dello stesso autore, documentava le differenze nelle pazienti di sesso femminile sottoposte IC ed NVO. In particolare 73 pazienti venivano valutate, utilizzando i questionari EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-BLM30. I due gruppi non presentavano differenze statisticamente significative per stadio patologico, grado, chemio o radioterapia anche se il gruppo NVO era significativamente più giovane rispetto al gruppo IC. Lo studio dimostrava che, sulla base del follow-up a lungo termine, non vi erano differenze significative nella QoL tra i due gruppi, ad eccezione delle difficoltà finanziarie, che sembravano interessare maggiormente i pazienti con NVO rispetto ai pazienti con IC. Per gli autori, questa differenza poteva essere, almeno in parte, giustificata dalla differenza di età dal momento che il gruppo con IC era costituito da pazienti più anziani ma con maggiore solidità finanziaria[34].

Infine uno studio di Singer[35] ha analizzato la QoL di 823 pazienti, di cui 235 femmine. Lo studio rilevava che il 70% delle donne aveva un condotto e il 15% aveva un NVO. Gli uomini avevano una probabilità nove volte maggiore di ricevere NVO rispetto alle donne che mostravano invece una QoL peggiore rispetto agli uomini con particolare riferimento alla fatica e all'attività fisica.

QUALITÀ DELLA VITA NELLA DONNA VERSUS IL MASCHIO

Ad oggi, sono pochi gli studi che cercano di rivedere e sintetizzare dati recenti sulle differenze di genere negli esiti oncologici e funzionali nelle donne, confrontando-

Tabella 2.
Studi pubblicati sulla QoL in pazienti di sesso femminile (UCS: Ureterocutaneostomia; NVO: Neovescica ortotopica; IC: Condotto ileale)

Author	N. of female patients	Urinary Diversion	Admnistered questionnaire
Gacci M. 2013	37	UCS – ONB - IC	EORTC QLQ-BLM30 QLQ-C30
Siracusano S. 2018	145	IC	EORTC QLQ-C30 EORTC BLM-30
Siracusano S. 2018	73	NVO - IC	EORTC QLQ-C30 EORTC QLQ-BLM30
Singer S. 2012	235	NVO - IC	EORTC QLQ-C30
Gontero P. 2006	56	NVO - IC	FSFI

li con pazienti di sesso maschile sottoposti a cistectomia radicale. Attualmente gli studi evidenziano una disparità nei risultati tra uomini e donne e l'assenza di studi di comparazione che esaminino direttamente la qualità della vita nei due sessi dopo CR.
Una recensione di Sadighian ha concluso che il genere influisce negativamente sull'esito oncologico dopo il trattamento per il cancro alla vescica e che le donne in questo ambito rappresentano il fattore più debole dell'equazione se paragonate al maschio. In questo contesto, le circostanze socioeconomiche e le differenze biologiche della malattia, sembrano essere responsabili di una qualità di vita complessiva più scadente nelle pazienti di sesso femminile, rispetto ai pazienti di sesso maschile[16-36].
Nei pochi studi sulla funzione sessuale femminile prima e dopo la cistectomia radicale si è utilizzato il Female Sexual Function Index (FSFI), uno dei pochi questionari validati e attualmente disponibili, composto da 19 domande riguardanti il desiderio, l'eccitazione, la lubrificazione, l'orgasmo, la soddisfazione e il dolore dopo la penetrazione vaginale. Gontero in una revisione della letteratura al riguardo ha riportato l'impatto della CR sulla vita sessuale di pazienti sia di sesso femminile che di sesso maschile, esaminando in particolar modo l'impatto della chirurgia sulla vita sessuale dei pazienti di sesso femminile[36] .La conclusione di questa revisione è stata che la disfunzione sessuale, a seguito di un intervento chirurgico urologico pelvico radicale, influisce negativamente sulla qualità della vita, sia degli uomini che delle donne ma con la sostanziale differenza che gli uomini restano sempre l'obiettivo principale degli studi in quanto orientati sul recupero della funzione erettile e con evidente non presa in carico della problematica femminile da parte della maggioranza degli Autori.
Recentemente, Siracusano[33] ha riportato l'analisi retrospettiva, sulle differenze tra uomini e donne sottoposti a CR. Egli ha confrontato 112 uomini contro 33 donne, e sebbene i due gruppi fossero comparabili in termini di variabili cliniche e demografiche, le differenze nella QoL complessiva erano significativamente peggiori per le donne che per gli uomini, ma quando è stata indagata specificamente la vita sessuale, gli uomini sottoposti a CR hanno riportato maggiori problemi nell'attività sessuale, con particolare riferimento alla soddisfazione sessuale, rispetto alle donne stesse.

ASPETTI SULLA FUNZIONALITÀ INTESTINALE

È noto che la derivazione urinaria dopo cistectomia radicale (CR) richiede la resezione di un segmento di piccolo o grande intestino, che può causare disfunzioni intestinali con conseguente peggioramento della QoL. Gli studi che analizzano nel lungo termine la funzione intestinale dopo CR sono limitati e spesso dimostrano risultati incoerenti. La derivazione urinaria per cause neurologiche è spesso associata a disfunzioni intestinali a lungo termine più elevate rispetto a quelle di pazienti sottoposti a CR per cause oncologiche e in questo contesto la resezione della valvola ileocecale durante la derivazione urinaria è stata segnalata quale causa diarrea cronica fino al 23% dei pazienti. Un recente studio stima che il 43% dei pazienti sottoposti a CR hanno disfunzione intestinale anche un anno dopo l'intervento chirurgico di CR con IC o NVO e che i sintomi più comuni sono la costipazione e la diarrea[37].
Recentemente in uno studio prospettico su un campione di 198 pazienti si è dimostrato che i sintomi di costipazione sono più evidenti nel lungo periodo nei pazienti con NVO rispetto a quelli sottoposti ad IC[37]. Analogamente Siracusano (in press) ha recentemente valutato prospetticamente ad un anno dall'intervento di CR, su un campione di 206 pazienti, che la costipazione e la diarrea hanno un impatto negativo sulla QoL di questi pazienti.
Appare quindi evidente che la problematica funzionale dell'intestino dopo CR è presente e comunque sottostimata dalla maggior parte degli Urologi che oggi focalizzano la loro attenzione prevalentemente sull'aspetto funzionale del perineo anteriore. In questo contesto, pertanto, sarà necessario implementare la conoscenza in questo ambito con la partecipazione anche di esperti cultori del comparto pelvico posteriore.

CONCLUSIONI

La Qualità della vita rimane per molti del settore una valutazione multidimensionale ancora poco conosciuta e profondamente inesplorata specialmente nelle pazienti di sesso femminile sottoposte a CR. La programmazione e realizzazione di studi prospettici interdisciplinari rappresentano la soluzione ottimale per migliorare la conoscenza sia sulla modalità di misurazione della qualità degli esiti chirurgici e sia sull'interpretazione della QoL di queste pazienti ai fini di una corretta ed efficace attività di counseling che dovrebbe essere intrapresa sin dalle prime fasi del follow-up.

BIBLIOGRAFIA

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2018. CA Cancer J Clin. 2018 Jan; 68(1):7-30. doi: 10.3322/caac.21442. Epub 2018 Jan 4. PMID: 29313949.
2. Antoni S, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Bladder Cancer Incidence and Mortality: A Global Overview and Recent Trends. Eur Urol. 2017 Jan;71(1):96-108. doi: 10.1016/j.eururo.2016.06.010. Epub 2016 Jun 28. PMID: 27370177.
3. https://uroweb.org/guidelines/ European Association of Urology, 2021 Guidelines.
4. Mungan NA, Aben KK, Schoenberg MP, et al. Gender differences in stage adjusted bladder cancer survival. Urology 2000; 55:876–880.
5. Danna BJ, Metcalfe MJ, Wood EL, Shah JB. Assessing Symptom Burden in Bladder Cancer: An Overview of Bladder Cancer Specific Health-Related Quality of Life Instruments. Bladder Cancer. 2016 Jul 27;2(3):329-340. doi: 10.3233/BLC-160057. PMID: 27500200; PMCID: PMC4969686.
6. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992 Jun;30(6):473-83. PMID: 1593914.
7. Tyson MD 2nd, Barocas DA. Quality of Life After Radical Cystectomy. Urol Clin North Am. 2018 May;45(2):249-256. doi: 10.1016/j.ucl.2017.12.008. Epub 2018 Feb 21. PMID: 29650140.
8. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. J Clin Oncol. 1993 Mar;11(3):570-9. doi: 10.1200/JCO.1993.11.3.570. PMID: 8445433.
9. Johnson C, Aaronson N, Blazeby JM, et al. EORTC QUALITY OF LIFE GROUP Guidelines for Developing Questionnaire Modules. 2011
10. Cookson MS, Dutta SC, Chang SS, et al. Health related uality of life in patients treated with radical cystectomy and urinary diversion for urothelial carcinoma of the bladder: development and validation of a new disease specific questionnaire. J Urol. 2003 Nov;170(5):1926-30
11. Degboe A, Ivanescu C, Rohay JM, et al. Validity and performance of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Bladder (FACT-Bl) among advanced urothelial cancer patients. Support Care Cancer. 2019 Mar 1
12. Gilbert SM, Dunn RL, Hollenbeck BK, et al. Development and validation of the Bladder Cancer Index: a comprehensive, disease specific measure of health related quality of life in patients with localized bladder cancer. J Urol. 2010 May;183(5):1764-9. doi: 10.1016/j.juro.2010.01.013. Epub 2010 Mar 17. PMID: 20299056.
13. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function.

J Sex Marital Ther. 2000 Apr-Jun;26(2):191-208. doi: 10.1080/009262300278597. PMID: 10782451.
14. Siracusano S, Niero M, Lonardi C, et al. Development of a questionnaire specifically for patients with Ileal Orthotopic Neobladder (IONB). Health Qual Life Outcomes. 2014 Sep 1;12:135. doi: 10.1186/s12955-014-0135-y. PMID: 25174344; PMCID: PMC4160549.
15. Bilski K, Zapała Ł, Skrzypczyk MA, et al. Review on gender differences in non-muscle invasive bladder cancer. Transl Androl Urol. 2019;8(1):12-20. doi:10.21037/tau.2018.11.06
16. Kashiwagi E, Fujita K, Yamaguchi S, et al. Expression of steroid hormone receptors and its prognostic significance in urothelial carcinoma of the upper urinary tract. Cancer Biol Ther. 2016;17(11):1188-1196. doi:10.1080/15384047.2016.1235667
17. Pazeto CL, Baccaglini W, Tourinho-Barbosa RR, et al. HR-QOL related to urinary diversion in Radical Cystectomy: a systematic review of recent literature. Int Braz J Urol. 2019 Nov-Dec;45(6):1094-1104. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2018.0858. PMID: 31808396; PMCID: PMC6909868.
18. Anderson CB, Feurer ID, Large MC, et al. Psychometric characteristics of a condition-specific, health-related quality-of-life survey: the FACT-Vanderbilt Cystectomy Index. Urology. 2012;80:77-83.
19. Gilbert SM, Wood DP, Dunn RL, et al. Measuring health-related quality of life Outcomes in bladder cancer patients using the Bladder Cancer Index (BCI). Cancer. 2007;109:1756-62
20. Goldberg H, Baniel J, Mano R, et al. Orthotopic neobladder vs. ileal conduit urinary diversion: A long-term quality-of-life comparison. Urol Oncol. 2016;34:121.e1-7.
21. Erber B, Schrader M, Miller K, et al. Morbidity and Quality of Life in Bladder Cancer Patients following Cystectomy and Urinary Diversion: A Single-Institution Comparison of Ileal Conduit versus Orthotopic Neobladder. ISRN Urol. 2012;2012:342796:1-8
22. Zippe CD, Raina R, Shah AD et al. Female sexual dysfunction after radical cystectomy: a new outcome measure. Urology. 2004 Jun;63(6):1153-7. doi: 10.1016/j.urology.2003.12.034. PMID: 15183970.
23. Singh V, Yadav R, Sinha RJ, Gupta DK. Prospective comparison of quality-of-life outcomes between ileal conduit urinary diversion and orthotopic neobladder reconstruction after radical cystectomy: a statistical model. BJU Int. 2014;113:726-32.
24. Large MC, Malik R, Cohn JA, et al. Prospective health-related quality of life analysis for patients undergoing radical cystectomy and urinary diversion. Urology. 2014;84:808-13.
25. Huang Y, Pan X, Zhou Q, et al. Qualityof-life outcomes and unmet needs between ileal conduit and orthotopic ileal neobladder after radical cystectomy in a Chinese population: a 2-to-1 matched-pair analysis. BMC Urol. 2015;15:117.
26. Kretschmer A, Grimm T, Buchner A et al. Prospective evaluation of healthrelated quality of life after radical cystectomy: focus on peri- and postoperative complications. World J Urol. 2017;35:1223-31.
27. Cerruto MA, D'Elia C, Siracusano S, Saleh O et al. Health-related Quality of Life After Radical Cystectomy: A Cross-sectional Study With Matchedpair Analysis on Ileal Conduit vs Ileal Orthotopic Neobladder Diversion. Urology. 2017;108:82-9.
28. Gellhaus PT, Cary C, Kaimakliotis HZ, Johnson CS, Weiner M, Koch MO, et al. Long-term Health-related Quality of Life Outcomes Following Radical Cystectomy. Urology. 2017;106:82-6.
29. Zahran MH, Taha DE, Harraz AM et al. Health related quality of life after radical cystectomy in women: orthotopic neobladder versus ileal loop conduit and impact of incontinence. Minerva Urol Nefrol. 2017;69:262-70.
30. Metcalfe M, Estey E, Jacobsen NE, et al. Association between urinary diversion and quality of life after radical cystectomy. Can J Urol. 2013;20:6626-31.
31. Gacci M, Saleh O, Cai T et al. Quality of life in women undergoing urinary diversion for bladder cancer: results of a multicenter study among long-term disease-free survivors. Health Qual Life Outcomes. 2013 Mar 12;11:43. doi: 10.1186/1477-7525-11-43. PMID: 23497292; PMCID: PMC3600042.
32. Messer JC, Shariat SF, Dinney CP, et al. Female gender is associated with a worse survival after radical cystectomy for urothelial carcinoma of the bladder: a competing risk analysis. Urology 83 (2014):863-7.
33. Siracusano S, D'Elia C, Cerruto MA et al Quality of Life in Patients with Bladder Cancer Undergoing Ileal Conduit: A Comparison of Women Versus Men. In Vivo. 2018 Jan-Feb;32(1):139-143. doi: 10.21873/invivo.11216. PMID: 29275311; PMCID: PMC5892632.
34. Siracusano S, D'Elia C, Cerruto MA et al. Quality of life following urinary diversion: Orthotopic ileal neobladder versus ileal conduit. A multicentre study among long-term, female bladder cancer survivors. Eur J Surg Oncol. 2019 Mar;45(3):477-481. doi: 10.1016/j.ejso.2018.10.061. Epub 2018 Oct 21. PMID: 30385155.
35. Singer, S., Ziegler, C., Schwalenberg et al. (2013). Quality of life in patients with muscle invasive and non-muscle invasive bladder cancer. Supportive Care in Cancer, 21(5), 1383–1393. doi:10.1007/s00520-012-1680-8
36. Sadighian M, Porten S. Gender differences in oncologic and functional outcomes in patients with bladder cancer undergoing radical cystectomy with urinary diversion. Curr Opin Urol. 2019 Sep;29(5):542-547. doi: 10.1097/MOU.0000000000000660. PMID: 31313715.
37. Asanad K, Nazemi A, Ghodoussipour S et al. Evaluation of Bowel Function Following Radical Cystectomy and Urinary Diversion Using Two Validated Questionnaires: What Are the Effects on Quality of Life? Urology. 2021 Oct;156:279-284. doi: 10.1016/j.urology.2021.04.044. Epub 2021 May 28. PMID: 34058241.

Corrispondenza:
Prof. Salvatore Siracusano
E-mail: salvatore.siracusano@univaq.it

DICHIARAZIONE
Non c'è alcun conflitto di interessi e gli autori della pubblicazione non hanno ricevuto alcuna sponsorizzazione per questa ricerca.

Il bidet, dalla leggenda del violino ad una piccola *spa*

ANDREA MENEGHINI, NICOLA MENEGHINI

Scuola di Medicina, Università di Padova

Riassunto: La storia del bidet e dell'igiene intima è antica. La vaschetta a forma di violino pur apprezzata nel '700 dalla nobiltà italiana e francese non ebbe mai una diffusione popolare in Europa perché ritenuta inutile. In Italia il bidet è utilizzato dalla popolazione nel 97%, in Portogallo e Francia nel 92 e 42%, in Germania e Gran Bretagna 6 e 3%. In America sta diventando popolare, in Giappone è lo stesso wc a garantire entrambe le funzioni (washlet, ossia wash+toilet) con una doccetta a scomparsa nel bordo superiore del water, anche con calore e musica, una SPA per i nostri bisogni.

Parole chiave: Bidet; Igiene intima; Pulizia; Genitali; Ano; Bagno; Doccia

The bidet, from the legend of the violin to a small *spa*

Abstract: The history of the bidet and intimate hygiene is ancient. The violin-shaped tray, although appreciated in the XVIII century by the Italian and French aristocracy, never had a popular diffusion in Europe because it was considered just useless. In Italy the bidet is used by the population in 97%, in Portugal and France in 92 and 42%, in Germany and Great Britain 6 and 3%. In America it is becoming popular, in Japan it is the toilet itself that guarantees both functions (washlet, ie wash + toilet) with a retractable shower in the upper edge of the toilet, even with heat and music: a real SPA for our bodily intimate needs.

Keywords: Bidet; Personal care; Cleaning; Genitals; Anus; Bath; Shower

INTRODUZIONE

Sicuramente uno degli aspetti della pelviperineologia riguarda anche la pulizia delle parti interessate. Come si sa, l'igiene è un prerequisito per evitare forme infettive di cute e mucose. Bene, per i lettori italiani questo sembra un assunto lapalissiano, ma non è così in buona parte dell'orbe terraqueo. Infatti, se per il 97% degli Italiani è naturale l'utilizzo del bidet, questo, stranamente, in molte nazioni semplicemente non esiste o addirittura se ne travisa l'utilizzo. La sua storia, intrisa di curiosità e leggende, potrebbe originare dall'antica Roma, sulla base di qualche riferimento che qua e là si ritrova nei documenti di quell'epoca, ma le prime notizie "certe" le troviamo ai tempi di Re Sole Luigi IV, a cavallo del XVII/XVIII secolo. E mai riferimento temporale fu più consono allo strumento cui stiamo ponendo attenzione: il termine bidet, infatti, deriva dal francese antico e si riferisce ad una particolare razza di cavalli di piccole dimensioni (una specie di pony) utilizzati da bambini e dame per le loro passeggiate. E se fate mente locale, la posizione assunta da chi monta un piccolo cavallo è esattamente quella di chi si siede sul bidet. Un primo riferimento documentale ci viene dalla testimonianza di certo Marchese de Argenson, Primo Ministro di Luigi XV che nelle sue memorie racconta di come, una volta, sia stato ricevuto dalla sua amante, la Marchesa de Prie. Entrato nella stanza la trovò a cavalcioni sopra uno strano sediolo con lo "schienale" rivolto in avanti. Il mobile è descritto essere di elegante fattura in legno di ebano, essenza molto pregiata, lavorato da valenti artigiani carpentieri, che al posto della seduta aveva un invaso colmo di acqua e petali di rosa. E mentre Madame conversava amabilmente con il suo ospite/amante non disdegnava di procedere alla pulizia, o quanto meno all'abluzione, delle sue parti intime. Intime fino ad un certo punto, dato che sappiamo quanto il pudore - inteso come lo riteniamo noi - fosse poco considerato da quelle parti ed in quell'epoca! A completamento della descrizione, lo "schienale" del sediolo era dotato nella parte rivolta alla seduta di uno specchio, atto a favorire una migliore visualizzazione delle parti da trattare. È da dire che questa è una narrazione "documentata" ma non una singolarità. Ci è dato sapere, infatti, che al tempo di Luigi XIV a Versailles di questi mobiletti a *forma di violino* (questo è un anticipo di quanto vi dirò più avanti) ce n'erano oltre cento ma che molto rapidamente furono rimossi perché inutilizzati e ritenuti contrari ai princìpi igienici imperanti che sconsigliavano l'uso dell'attrezzo perché poteva essere veicolo di infezioni ai genitali. E furono utilmente venduti ai boudoir per un presunto duplice effetto che veniva loro attribuito: anticoncezionale e per evitare le malattie veneree. E questo fatto determinò una cattiva fama per il bidet perché venne facile l'accostamento che chi lo usava era un libertino o una donna di facili costumi; ciò non di meno nel XVIII secolo le nobildonne sia francesi che italiane lo usarono regolarmente ed anche la regina di Napoli Maria Carolina d'Asburgo Lorena ne volle uno per la reggia di Caserta, ignorando bellamente le raccomandazioni dei suoi funzionari che insistevano sul fatto che fosse uno strumento per **"**prostitute". In questo modo sdoganò il bidet che rapidamente divenne un cult per la classe benestante e nobile non solo del Regno di Napoli. Quello visibile a Caserta è in legno intarsiato con una bacinella in metallo sagomato in maniera tale per cui alcuni funzionari del neonato Regno d'Italia, incaricati di fare l'inventario degli arredi contenuti nella reggia, lo descrissero così:" …*strano oggetto sconosciuto a forma di violino*". Anche Napoleone Bonaparte era un estimatore di questo attrezzo che utilizzava regolarmente dopo una giornata a cavallo per ristorare le imperiali terga. Era rosso e lo lasciò in eredità al figlio. Seppur apprezzato dalla nobiltà italiana e francese, non ebbe mai una diffusione popolare in Europa perché ritenuto, semplicemente, inutile.

Donna sul bidet.
Louis Leopold Boilly, 1790

È nella seconda metà del XX secolo che in Italia, vigente la normativa di dover prevedere un bagno all'interno delle nuove abitazioni, il bidet trova definitiva collocazione di fianco al water.

Il bidet di Maria Carolina di Napoli
Reggia di Caserta

Facciamo qualche statistica: secondo un sondaggio francese del 1995, è l'Italia il paese in cui il bidet è utilizzato più di frequente

(97%), seguito dal Portogallo al secondo posto (92%) e dalla Francia al terzo (42%). Invece, in Germania il suo uso pare sia raro (6%) e in Gran Bretagna rarissimo (3%). In America Latina i bidet si trovano in Paraguay, Cile, e, soprattutto, in Argentina e Uruguay, dove sono installati nel 90% delle case private; sono abbastanza comuni anche in Medio Oriente.

E così di realizza il paradosso che noi - che non abbiamo inventato il bidè - lo utilizziamo molto di più dei francesi che pur ne possono vantare la primogenitura.

È di qualche anno fa la notizia riportata dalle agenzie di stampa che il bidet stia vivendo in America una seconda giovinezza; si parla addirittura di bidet mania e le vendite in un anno sono aumentate del 30% per cui si può aspettare anche un anno per vedersi recapitare questo nuovo oggetto del desiderio. Ma si sa, scoppiano le mode e tutti si buttano a pesce, basti pensare alla Swatch mania che ha preso il mondo negli ultimi 20 anni con le interminabili file davanti agli Swatch Store per comprare dei segnatempo senza reale valore intrinseco.

Un caso a parte è il Giappone, qui i bidet sono diffusi anche nei bagni pubblici e sono molto tecnologici e innovativi: se non c'è il bidet, è lo stesso WC a garantire entrambe le funzioni, magari… con un po' di musica. l washlet (wash+toilet), così si chiamano, integrano la funzione del water e del bidet con l'inserimento di una doccetta a scomparsa nel bordo superiore del water. Riporto, *papale papale,* la presentazione di una nota ed importante ditta tedesca di accessori per bagno che descrive cosa sia possibile, grazie alla tecnologia, ottenere con questa soluzione. E a leggere in giro pare che anche questo stia diventando un cult:" *Xxx trasforma il washlet in una vera e propria SPA, sanitas per aquam, per i nostri bisogni con il nuovo xxx: le funzioni vengono attivate sia dal lato del wc sia da un pratico telecomando montato a parete ma agilmente staccabile. Gli ugelli delle doccette vengono sanificati prima e dopo ogni utilizzo e sono ricoperti in materiale antibatterico: le funzioni comprendono il lavaggio "femminile" e il lavaggio "posteriore" con scelta dell'intensità del getto d'acqua, della temperatura e dell'inclinazione del doccino, addirittura c'è una pratica funzione "massaggiante*". È da aggiungere che all'azione pulente dell'acqua è integrato anche un asciugatore ad aria, in quanto le funzioni installate nei sanitari di tipo *washlet* sono pensate per sostituire completamente la carta igienica. Ma dopo non lamentiamoci se la tazza del bagno, nei momenti più critici per il nostro intestino non sarà sempre disponibile!

Curiosando in giro per internet ci sono anche video che insegnano come usare il bidè, quale sia l'orientamento giusto per sedersi e come utilizzare la doccetta da viaggio ritenuta molto utile quando si debba soggiornare in quasi tutte le parti del mondo che non siano i paesi latini, e dove questo accessorio non è ancora ritenuto "necessario" per una buona igiene intima.

Esiste, infine anche il Bidet della Contessa che, visto quanto fin qui detto, fa pensare ad un accessorio particolarmente elegante, di pregevole fattura e ricco di materiali nobili. E invece no! Si tratta di uno splendido laghetto a 1600m su livello del mare che si porta da tempi immemori la strana leggenda di una fanciulla, forse una contessa, che era adusa fare dei bagni refrigeranti per temperare la calura estiva.

Per chi abitasse in Lombardia, una meta che sicuramente merita una giornata di vacanza. È nella splendida Valtellina e specificatamente nella Val di Mello. Una lussureggiante natura montana si specchia nelle acque smeraldine del lago sotto un cielo turchese che ne risalta ancor più la vividezza dei colori. Da vedere!

DICHIARAZIONE
L'Autore per questo studio non ha ricevuto alcun finanziamento.

Corrispondenza
dott.andreameneghini@gmail.com

Il lago "il bidet della Contessa", Valle di Mello, laterale della Valtellina

CORSI BREVI TEORICO-PRATICI **IPG**

Corsi individuali di base per 2-3 partecipanti
Docenti: prof. Giuseppe Dodi, dott. Luisa Marcato

Parte teorica
(2 ore)

- la raccolta dei dati anamnestici del comparto anteriore, centrale e posteriore
- valutazione di gravità IPGH (**I**ncontinenze, **P**elvi-prolassi, fattori **G**enerali, **H**andicap) per la destinazione delle risorse (costi, tempo, dolore, prognosi, rischio)
- l'esame obiettivo pelviperineologico

Parte pratica
(2 ore, con i pazienti)

- visita pelviperineologica e visita proctologica
- POP-Q e valutazione del prolasso genitale (opzionale)
- la gestione delle comuni patologie proctologiche (emorroidi, ragade, fistole semplici, prolasso mucoso, TAI, bfb domiciliare)

Informazioni: giuseppe.dodi@unipd.it

Il racconto di Federica. Textile free

Pubblicità vintage del solare Coppertone, ingenua e maliziosa

Quando ero piccola amavo ricevere le carezze tra i capelli. All'asilo io e le mie compagne disponevamo le sedie in fila per creare delle postazioni "da parrucchiera", ci massaggiavamo a turno la testa, fingendo di fare lo shampoo, e nel frattempo ci impegnavamo in chiacchiere da signore: Cosa fa da mangiare a suo marito, stasera? Hanno aperto un nuovo negozio in centro, sa?

Frasi carpite durante quella rotonda e sana quotidianità di panni stesi alla finestra, donne affacciate al balcone, incontri al supermercato o, per l'appunto, dalla parrucchiera. Dei saloni ricordo l'odore della lacca che mia nonna paterna si faceva vaporizzare copiosamente su tutta la testa al termine della messa in piega. Il prodotto aveva una confezione lilla, e in effetti, a pensarci bene, dalla parrucchiera della nonna tutto era sul tono del violetto: i riflessi sulla sua capigliatura candida, la reticella che la avvolgeva mentre era in posa sotto il casco termico, l'insegna del negozio. C'era sempre un'aria profumata; veniva voglia di adagiare la nuca sullo schienale della poltrona imbottita e lasciare che dita affusolate e sapienti si facessero strada tra i capelli con una delicata ma decisa pressione dei polpastrelli. Per me non c'era nulla di più rilassante di quel massaggio alla testa, e non riuscivo in alcun modo a capacitarmi che a qualcuno potesse non piacere. E invece…

La zia Clarice portava i capelli corti, sosteneva di averne pochi e radi. Era molto buona e si lasciava fare tutto da me, ma quando la costringevo ad accomodarsi con l'inganno sulla sedia, promettendole che le avrei soltanto fatto il solletichino al collo, per poi in realtà camminare con indice e medio fino alla nuca, dove i capelli quasi a spazzola creavano un delizioso effetto setola, ecco che si imbestialiva.

Lo stesso gesto, la medesima pratica, reazioni opposte.

Brividi di un piacere epidermico vibrante, che come un'onda si irradia; oppure un fastidio irritante, un disagio sotto pelle, insopportabile.

È un po' quello che accade ad Assuntina quando, per una qualsivoglia ragione, è costretta a sfilarsi gli slip in un ambiente che non sia il bagno di casa sua. C'è chi ama girare nudo e appena può si libera degli indumenti intimi, senza l'ombra della vergogna, decantando il piacere che si prova a non sentirsi costretti in elastici e cuciture.

Per lei, invece, che si è trasferita a Milano dalla Basilicata, inseguendo la succulenta opportunità di fare fotocopie in un prestigioso studio legale, dopo aver conseguito brillantemente la sua brava laurea in legge, il mondo là fuori è una giungla. Quando torna a casa la sera in metropolitana, si siede stravolta e con quel briciolo di forze che le rimangono, si assicura che la gonna tubolare del tailleur le copra sempre le ginocchia. Ha un forte senso del pudore, che l'ha protetta durante l'infanzia, quando la grande casa in pietra chiara poteva ospitare fino a dieci persone; altrettante poi ne gravitavano durante il giorno, quando arrivavano da altri paesi amici e parenti. Un vespaio di marmocchi ronzava per i corridoi; se li ritrovava in camera da letto che aprivano i cassetti della biancheria. Un giorno Assuntina si era rifugiata dietro al paravento in camera di sua nonna per indossare il costume da bagno; era tutto un gioco di equilibrio per rimanere salda su un piede e riuscire a sfilarsi le mutande con una mano sola. Quei triangoli di stoffa erano un bozzolo per rimanere ben protetta da mani indiscrete. Come quelle di Mimmo, una canaglia di otto anni che girava a piede libero per casa sua, figlio della sorella di una zia acquisita. Le stava sempre tra i piedi, e quel giorno, aveva il terrore che il monello facesse irruzione in quell'angolo di intimità dietro al paravento, magari chiedendole di togliersi il costume.

Sarà per questo, che quando Assuntina si ritrova un bel giorno, con le sue modernissime colleghe milanesi, in un rinomato centro benessere, il cui ingresso esclusivo era stato gentilmente offerto dallo studio come premio al posto delle ore di straordinario non pagate, non sa che sta per ritrovarsi di fronte ad uno dei suoi più temibili incubi: doversi togliere le mutande!

Giada e Maria Vittoria, invece, sono delle fanatiche della sauna finlandese. Mentre cavalcano verso la nota SPA, tengono Assuntina sottobraccio, le assicurano che sarà un'esperienza meeeeemorabile; che è così piacevole non avere nulla addosso mentre si eliminano tossine con il sudore. E poi si crea una certa complicità tra tutti quei corpi ignudi, è come tornare ad uno stato primordiale, a contatto con la superficie naturale del legno, nudo anch'esso. E poi, se si allunga l'occhio…beh, insomma, si può godere di una visuale privilegiata su un repertorio solitamente ben nutrito di esemplari maschili.

Ciascuno di questi succosi dettagli snocciolati dalle due ghiotte colleghe lascia la poveretta, ormai a due passi dalla porta dell'inferno, nel panico. Le gambe si fanno molli, d'istinto contrae il pube, come per sigillarlo; invoca il conforto sottile del cotone organico degli slip, ancora lì al loro posto, per proteggerla fino alla fine. Non può certo scappare di fronte alla sua nuova immagine metropolitana, progressista, spregiudicata; in città non si scherza, basta un'occhiata obliqua della collega snob per catapultarti fuori dal giro, e di conseguenza perdere quella reputazione in società da cui dipende tutto il resto, compresa la carriera. Assuntina, con quel nome, non può permettersi mosse false: se vuole restare a lavorare nello studio legale di grido e portare a casa qualche successo professionale, deve per forza togliersi l'indumento da cui si separa soltanto quando entra nella doccia.

All'ingressodello spogliatoio, in alto, ecco campeggiare il temuto monito: "Lasciate ogni mutanda, oh voi che entrate!", che in gergo tecnico si traduce in un'espressione inglese che ha il sapore della libertà, "textile free zone" (zona senza costume).

continua a pagina 106

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.
federica1979@icloud.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.*

SHAFIK & FAMIGLIA

Ahmed Shafik è l'unico chirurgo africano riportato in questo libretto. È ormai scomparso. Era candidato al Premio Nobel, credo con un po' di indulgenza (ma poi capirete perché) e si dice che abbia operato Fidel Castro. I suoi familiari, la moglie Olfat e i figli Ali e Ismail, sono anche loro chirurghi colo rettali e mandano avanti la Clinica-Ospedale Shafik che il patriarca Ahmed ha fondato al Cairo. Ci sono stato, a parlare e a operare, e ho visto che è ben organizzata e funzionante. Non è piccola, sono almeno tre o quattro piani, diciamo un mini-St Mark's.

Ahmed Shafik (1933-2007)

Benchè Ahmed fosse professore universitario, come del resto la moglie e il figlio maggiore, gli Shafik apparivano come avulsi da resto dei chirurghi egiziani. Facevano vita a sé. Certamente il patriarca organizzava corsi e congressi a cui giovani egiziani partecipavano, insieme a un buon numero di orientali, compresi dei cinesi. Ma io personalmente non ricordo di aver incontrato uno Shafik al congresso nazionale dei chirurghi egiziani, ad esempio. O si auto-isolavano o erano un po' snobbati. Non sono mai riuscito a capire bene. Ma poco si mischiavano con i vari Farid e Hussein, per citare i più noti dei loro conterranei.

Ahmed Shafik era di certo un personaggio pittoresco. Ho cominciato a frequentarlo fin dal 1973, partecipava ai congressi del professor Franchini, uno dei più antichi chirurghi italiani interessato in prevalenza alla chirurgia colo rettale.

Perché pittoresco? Per come si presentava e per quello che diceva (e anche per come lo diceva). Un po' scuro di pelle, abbastanza alto, coi capelli lunghi nerissimi impomatati di brillantina e cosparsi di forfora, quasi sempre con la (bella e giovane) moglie a fianco. Sosteneva le sue teorie e i suoi interventi, spesso particolari e controcorrente, con ostinazione e veemenza. Potevano sembrare modalità aggressive, in realtà erano dettate dalla passione. Al circolo di Alan Parks e del *St Mark's Hospital* non era tenuto in molta considerazione perché di rado pubblicava su riviste con un buon *impact factor*. Faceva molta chirurgia sperimentale. Spesso anche sulle persone, credo che in Egitto (pensate come è politicamente ridotto ancora adesso, basta ricordare il triste caso Regeni e le carceri piene di dissidenti) i diritti dei pazienti non venivano al primo posto. Ma di certo spesso si serviva di volontari adeguatamente pagati.

Era più *pelviperineologo* che chirurgo colorettale, dedito allo studio della motilità e della anatomia, spesso scopriva nuove strutture e nuovi riflessi, come quello tra i muscoli trasversi del perineo e la peristalsi del retto. Ecco perché molte donne stitiche manualmente si toccano la cute tra vagina e ano per facilitare la defecazione, ad esempio nel rettocele. Scoprì la suddivisione anatomo-funzionale dello sfintere esterno, il famoso *triple-loop,* che è stato accettato e ripreso anche dalla letteratura medica occidentale. Insieme alla moglie studiava la motilità del colon con manometrie e simili indagini funzionali.

Indagava e pubblicava sui rapporti tra il compartimento anteriore e quello posteriore, retto,uretra e vescica. Pubblicava molti articoli su esperimenti con animali, passava le ore e a volte le nottate a sorvegliare e a registrare flussi e motilità nei cani operati (almeno questo ci raccontava spesso la moglie). Doveva essere molto ricco, aveva una magnifica casa-palazzo, in cui una volta invitò a cena me e altri relatori di un suo congresso, non lontano dalle piramidi di Giza.

Era munifico nelle accoglienze congressuali. Se ero invitato da lui, di sicuro avrei alloggiato in un cinque stelle pieno di specchi, ori ed emiri sauditi con mogli al seguito.

Ma soprattutto era un INVENTORE. Ecco perché qualcuno lo candidò al Nobel. Le emorroidi le operava con l'intervento di Shafik, il prolasso del retto lo operava con l'intervento di Shafik, il cancro del retto lo operava con l'intervento di Shafik, le fistole anali le operava con l'intervento di Shafik. Prediligeva la via trans-anale o trans-perineale. Basta che diate un'occhiata su Medline e Pubmed e troverete centinaia dei suoi lavori, la maggior parte su riviste di seconda linea, in cui, attraverso osservazioni sperimentali o cliniche, dimostrava nuovi rapporti anatomici e fisiologici tra gli organi pelvi-perineali.

Mario Pescatori ha 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.

È stato presidente onorario della *Mediterranean Society of Coloproctology,* ha fondato la *Mediterranean Society of the Pelvic Floor*, che riuniva coloproctologi, chirurghi, neurologi e urologi dei Paesi del Mediterraneo, soprattutto orientale. È stato membro del comitato editoriale di *Techniques in Coloproctology* e sulla nostra rivista fu pubblicato il suo *Obuitary* quando ha lasciato questo mondo. Titolo *Shafik's legacy,* L'eredità di Shafik. Alcuni degli interventi inventati da lui li ho fatti, con alterni risultati. Ad esempio un intervento transanale per prolasso del retto, che era una via di mezzo tra una Delorme e una prolassectomia mucosa. Si chiamava *cauterization and plication.* Il primo nome dell'articolo, pubblicato intorno al 2002 su *Techniques,* era Olfat El Sibai, penso quindi che sia stata un'idea della moglie, ma dopo il nome di lei c'era anche quello del marito.

Ahmed Shafik Hospital, Cairo, Egitto

Ne ho fatti cinque, tre sono andati bene. Quando lo pubblicammo sulla nostra rivista chiedemmo a John Nicholls di scrivere un *Invited comment*, nel quale per la verità il chirurgo inglese non dimostrò molto entusiasmo per la nuova tecnica. Come dicevo prima, la scuola di Parks lo snobbava.

L'intervento consiste nel fare diverse strie di cauterizzazione a partire da sopra alla linea dentata verso l'alto fin dove il retto, o la sua mucosa-sottomucosa, appaiono prolassati. La cauterizzazione deve "bruciare" mucosa e sottomucosa e arrivare fino alla muscolare del retto. Dopodichè si esegue una plicatura della muscolare così demucosata, esattamente come si fa nella Delorme. C*oncertina like,* per usare l'espressione degli inglesi.

Un intervento per le fistole trans-sfinteriche medie o alte invece, pubblicato da Ali Shafik, il figlio maggiore, sulla nostra rivista, consiste nell'eseguire una fistulectomia convenzionale, tipo *carotizzazione* e poi cauterizzare quel tratto della fistola che dalla fossa ischiorettale si dirige nelle cripte del canale anale. Una specie di "barriera di cicatrizzazione". E con questo intervento gli Shafik riportano buoni risultati.

Nelle emorroidi invece, Shafik padre insisteva nella rimozione del *pecten,* la struttura fibromuscolare che stringe e mantiene chiuso l'ano insieme alle *anal cushions.* Sarebbe in pratica la parte bassa dello sfintere interno. Insomma una specie di intervento di Lord, che ha avuto discreto successo in Europa occidentale mezzo secolo fa.

Ancora fu Shafik il primo, nel 1995, a suggerire di "riempire" un deficit anatomico sfinteriale, nella incontinenza fecale iatrogena, post-traumatica e ostetrica, con un trapianto di grasso autologo centrifugato preso dalla coscia o dall'addome. Intervento che ho fatto e pubblicato insieme al mio chirurgo plastico, il dottor Bernardi nel 1998. E fu ancora lui a suggerire di iniettare blu di metilene negli spazi perianali per necrotizzare le terminazioni nervose che portano al cervello la sensazione di fastidio nei casi intrattabili di prurito anale. Altre due "Shafikate" che fa la famiglia egizia sono: la plastica del rettocele con la *fascia lata* e la neurolisi del pudendo nel canale di Alcock per proctalgia.

Il figlio Ali ha scritto un capitolo del bel libro di Zbar, Madoff e Wexner, *Reconstructive surgery of the Rectum, Anus and Perineum,* intitolato "Neosfintere autologo e nuove tecnologie per l'incontinenza fecale". Il capitolo descrive la gluteoplastica, la graciloplastica, l'impiego dell'otturatore interno e del muscolo semitendineo come neosfintere, di uno *sling* della *fascia lata* e infine delle cellule staminali.

Tornando al padre e per concludere, Ahmed Shafik di cose ne ha dette, ne ha scritte e ne ha fatte. Magari talvolta senza troppa scienza , ma con molta bravura e entusiasmo. Secondo me va ricordato con stima e considerazione.

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

---

continua da pagina 104

La porta si apre su un dedalo di anticamere che profumano di legno di cedro, dove un altro caustico diktat polverizza ogni illusione: "Vietato indossare l'asciugamano", in corrispondenza di un appendiabiti. Nemmeno il conforto di un lembo spugnoso per coprirsi.

Il bagno turco per fortuna è buio, gronda di goccioline oleose per via delle essenze nebulizzate. C'è aria di lavanda ed eucalipto. Assuntina entra ingobbita, si siede subito con le gambe serrate, mentre altre carni lascive si sdraiano emettendo sussulti di rilassato piacere. Quando finalmente riesce ad allentare i nervi aggrovigliati in un nodo tra il collo e la spalla, appoggia la schiena sulle tesserine color acquamarina del mosaico che ricopre lo schienale scivoloso, scioglie l'intreccio delle braccia e allunga una mano nell'illusione di potersi finalmente distendere e godere un po' anche lei di quell'umidità catartica. Il palmo ben aperto, però, plana sul corpo lumacoso di un omaccione flaccido; al contatto con le delicate manine della giovane, il rettile immediatamente si risveglia dichiarando tutte le sue intenzioni. Viene subito inibito però dallo scatto sdegnoso con cui Assuntina si ritrae. Il serpentello scompare nella nebbia di vapore, e Assuntina, traumatizzata dal contatto con quella bestia, abbandona di scatto l'alveo oleoso e buio. Mentre se ne va, prova a mettere in guardia le compagne: "Attenzione! C'è un maniaco nella sauna!" Ma le due fanatiche della mutanda libera la ignorano e sembrano anzi aver drizzato le antenne proprio in direzione del biscione che attende là, da qualche parte, e tra maliziose risatine si avvicinano per poi far perdere le loro tracce in una nicchia oscura, dove scompaiono in una nube lattiginosa.

La mite Assuntina, emigrata dalla Basilicata con la biancheria di cotone e i santini nel portafogli, allora si riavvolge nel tessuto spugnoso che aveva dovuto tristemente abbandonare. Stavolta ha gli occhi di fuoco e lancia una fiammata a quella specie di body guard, pronto a riprenderla per ricordarle che lì si deve girare rigorosamente nudi. Il nerboruto guardiano la insegue minaccioso e allora lei si dirige verso lo spogliatoio, afferra le mutande e le gliele infila in testa come fossero un passamontagna, lo fa girare su sé stesso come un birillo e lo spinge con tutta la forza che ha sul muro. Lui, preso alla sprovvista, sbatte il muso ingrugnito sulla targa "Textile free" che per il colpo si stacca e cade proprio sul mignolo del suo piede, nudo. Assuntina trionfa sventolando le mutande, vittoriosa, nel nome della libertà di tenersele addosso.

Abstracts Pelviperineology 2 2022 open access **www.pelviperineology.org**

multidisciplinary hints and tips
a cura di G. Dodi, Founding Editor of Pelviperineology

Le sling non dovrebbero essere vietate, perché negli interventi in cui vengono impiantate svolgono un ruolo molto diverso rispetto alle reti

P. PETROS University of Western Australia, School of Mechanical and Mathematical Engineering pp@kvinno.com

La baronessa Cumberlage ha reagito in modo esagerato vietando le sling miduretrali in un unico calderone con le reti che vengono posizionate "in fogli" ai lati della vagina. Si può anche concordare sul divieto di queste ultime, ma la sling mediouretrale e le altre sling funzionano in modo ben diverso. Le reti in realtà non correggono il prolasso ma ne bloccano semplicemente la discesa rendendo la vagina fibrosa, con un processo che può intrappolare i nervi causando dolore e interferendo con i meccanismi di chiusura e apertura della vescica provocando incontinenza urinaria grave. Questi dati si basano sul fatto che la vagina ha una sua elasticità che si perde con le reti relativamente grandi, più o meno sagomate. L'operazione di sling mediouretrale è l'operazione più convalidata nella storia chirurgica, con oltre 1.000 pubblicazioni che ne attestano la sicurezza e l'efficacia. Sette diverse tecniche chirurgiche sono state sperimentate prima del lancio nel 1996, 10 anni dopo l'inizio dei test sugli animali. Le sling funzionano in modo diverso dalle reti perché hanno pochissimo contatto con la vagina e quindi non la rendono fibrotica e l'intrappolamento nervoso è raro. Bandire le sling lascia alle donne pochissime opzioni. Si spera che le autorità riesaminino questo tipo di protesi e le ripristino. Di aiuto significativo a questo sono i dati di 3 anni di sling con nastri di nuova generazione senza alcuna erosione in tutto quel periodo.

La baronessa Julia Frances Cumberlege, politica e businesslady del partito conservatore britannico è un personaggio interessante: ha prodotto un rapporto nel 1986 che, tra le altre cose, raccomandava che gli infermieri potessero prescrivere alcuni farmaci. Dal 1987 al 1989 è stata membro del Expert Advisory Group on AIDS, nel 2010 le è stata conferita una onorificenza dal Royal College of Nursing, nel 2018 è stata nominata dal Ministro della Salute presiedente dell'Independent Medicines and Medical Devices Security Review, indagando sui rapporti di pazienti donne sugli effetti collaterali dannosi di medicinali e dispositivi medici. Peter Petros, che con lo svedese Ulmsten ha proposto la TVT (Trans Vaginal Tape) rivoluzionando dalla fine degli anni '90 la chirurgia della IUS, evidentemente non ne apprezza l'operato. Va detto però che con le reti di polipropilene ultraleggere applicate secondo la tecnica proposta da B.Farnsworth (Development of a third generation surgical technique for mesh repair for pelvic organ prolapse using a lightweight monofilament polypropylene mesh. A preliminary report of efficacy and safety. Pelviperineology 2010; 29: 116), nell'esperienza personale di quasi 10 anni le complicanze legate alla rete in sè sono state pressoché nulle con ottimi risultati anche funzionali per il POP. In anni più recenti ottimi risultati sono ottenuti da F.Deltetto, il che contraddice l'affermazione di Petros sulle reti. Le esperienze negative che hanno spinto la FDA in USA e la Cumberlege in UK al warning nel 2011 e poi al divieto (non così in Germania, Giappone e altrove) si riferivano a reti più grossolane, ma il peso dei risarcimenti da parte delle assicurazioni hanno coinvolto in quei paesi tutte le metodiche includendo anche le sling per la IUS indipendentemente dal prolasso, e quanto a disapprovare questo provvedimento non si può che concordare con Petros.

Ricostruzione chirurgica per prolasso vaginale apicale post isterectomia

M. NEUMAN Deparment of Urogynaecology, Bar Ilan University Faculty of Medicine, Safed, Israel

La ricostruzione chirurgica per il prolasso vaginale apicale richiede una formazione adeguata e comporta rischi per gli organi pelvici, è quindi una questione impegnativa per i chirurghi del pavimento pelvico. Le pazienti che soffrono di prolasso uterino avanzato presentano una varietà di sintomi debilitanti e una qualità della vita significativamente ridotta. Una corretta comprensione della natura del problema e dettagli precisi dell'anatomia del pavimento pelvico sono essenziali per poter progettare ed eseguire una ricostruzione del pavimento pelvico sicura, curativa e duratura. I pazienti che hanno un prolasso della volta vaginale post-isterectomia sono in una situazione peggiore, poiché l'anatomia è spesso distorta, i tessuti di supporto sono indeboliti e la vagina è spesso accorciata. Tutto ciò rende ancora più difficile la ricostruzione efficiente; questo articolo vuole far luce sul tema. Segue l'elenco dei paragrafi dell'articolo che ha un grande valore didattico e da cui si possono attingere informazioni e far tesoro di una buona metodologia di ricerca clinica. Se ne raccomanda la lettura.

Post Hysterectomy Vaginal Vault Prolapse (PHVVP): Backgrounds, Vaginal apex support natural architecture, Incidence, Risk factors, Symptoms, Anatomic and functional clinical assessment, Diagnosis-QoL assessment, Pathophysiology, Therapeutic goals, Reconstruction architectural design, Non-mesh repair, Surgical suspension with mesh implants for recurrence rate reduction-justification & reasonability, Surgical suspension with mesh implants special perspectives, Surgical suspension with mesh implants for recurrence rate reduction-evolution of the concept, Principles of mesh reconstruction, Surgical pearls, PHVVP versus "in situ uterus" VVP repair, Repair-vaginal vs. abdominal approach, Apical and posterior vaginal wall support defect mesh repair, Apical, posterior and vaginal hiatus support defect repair, Apical, anterior and posterior vaginal wall support defect repair, Repair of apical support defect combined with stress urinary incontinence, Mesh reconstruction-mesh choice, Mesh reconstruction related complications: intra-operative , early post-operative, late post-operative, Mesh reconstruction-reducing operative complications rate, Mesh reconstruction-management of related complications, Mesh reconstruction-anatomic and functional clinical outcome assessment, Mesh reconstruction-reducing failure rate, Mesh reconstruction failure management, Mesh reconstruction-proper patient selection, Mesh reconstruction-patient informed consent, Mesh reconstruction-pre-operative measures, Mesh reconstruction-intra-operative safety measures, Mesh reconstruction-postoperative measures: pain management, Mesh reconstruction-further post-operative therapy, Mesh reconstruction-surgical and clinical available data, Mesh reconstruction-accepted recommendations, Mesh reconstruction-surgeon's proper training.

L'effetto del briefing preoperatorio sull'ansia: uno studio randomizzato

Ö.F.ALTAŞ, L.KUTLUCAN Clinic of Anesthesiology, University Çiğli, İzmir, Turkey

Lo studio dimostra che prima dell'intervento, rispetto alle informazioni standard, le informazioni verbali dettagliate riducono l'ansia e il desiderio dei pazienti di ottenere altre informazioni.

Riparazione del prolasso degli organi pelvici con sistemi senza trequarti rispetto al trocar: studio comparativo retrospettivo

N.MARCUS, Y.ALTURA, C.EBOUE, P.von THEOBALD Department of Obstetrics and Gynaecology, Ziv Medical Center, Israel, CHU Caen, France, CHU Saint-Danis, Reunion Island

Nella riparazione del prolasso degli organi pelvici (POP) con rete vaginale un sistema senza trocar riduce le complicanze intra e post-operatorie, con risultati funzionali e anatomici molto soddisfacenti.

Integrated Pelvis Group

Didattica e confronto nella cura della complessità pelviperineale: la riabilitazione, filtro e supporto per la farmacoterapia e la chirurgia

CORSO INTRODUTTIVO

Rovigo, 19 novembre 2022
Hotel Villa Regina Margherita

Introduzione al corso

GIUSEPPE DODI

Chirurgia Generale Università di Padova giuseppe.dodi@unipd.it

Benvenut* al primo dei **corsi** sulle **stagioni del pavimento pelvico** dove si intende presentare l'introduzione ad un approccio per le disfunzioni pelviperineali preliminarmente riabilitativo rispetto a quello, pur fondamentale, farmacologico e chirurgico.
Il pavimento pelvico è un insieme di strutture che supportano il 90% delle attività quotidiane e il cui malessere può condizionare pesantemente la nostra qualità di vita. Possiamo immaginarlo come un *canestro* pieno di fiori in *primavera*, esuberante di frutti in *estate*, debole e a volte sfondato in *autunno.* In ogni stagione può soffrire per problemi di *eccesso* o di *difetto* nel trattenere e nell'espellere i suoi contenuti, a cui si aggiungono problemi di *flogosi* e di *dolore*. Non si parlerà di oncologia, ma sono frequenti le disfunzioni derivate da malattie oncologiche che vanno affrontate in base alle stesse conoscenze di fisiopatologia che ci assistono nelle fasi diagnostiche e terapeutiche delle più o meno invalidanti patologie benigne.
Un nostro compito essenziale è quello di cercar di assecondare nelle persone/pazienti il comune desiderio di una perenne **primavera** nel proprio **canestro**: è questo il senso di un ambizioso progetto di *telemedicina,* collegato a questi corsi. Spero vi farete coinvolgere in una collaborazione che vede le specialità "pelviche" generali (Urologia, Ginecologia, Andrologia e Coloproctologia) e quel collante essenziale rappresentato dalle specialità trasversali (Microbiologia, Psicologia, Sessuologia, Scienze dell'Immagine e Fisiatria) in una visione il più possibile integrata e nel segno di una formazione e di un arricchimento effettivamente interdisciplinare.
Inoltre se volete, potrete esporre le vostre esperienze nei *corners* del **Textbook di pelviperineologia**, un trattato digitale e cartaceo in inglese ed in italiano che l'editore Piccin ha commissionato per il 2023.
Anche il giornale **Pelviperineologia**/www.pelviperineologia.it, di cui avete la copia dell'ultimo fascicolo del 2022 con gli abstract di questo corso, è a vostra disposizione per scrivere online tutto ciò che di utile volete comunicare nel mondo della pelvi.
Più che di un *mondo* mi pare si tratti di un vero e proprio *universo* dove il *caos* sembra regnare sovrano quanto più si cerca nello spazio infinito. In realtà sappiamo che è caotico solo per i nostri poveri occhi, e si sa anche che nell'infinitamente grande come nell'infinitamente piccolo del nostro corpo la natura segue sempre delle regole precise. Con l'osservazione attenta, la curiosità e lo studio queste regole lentamente possono essere identificate. Basti pensare ai misteri che la *microbiologia* ora ci sta svelando in tutti i sistemi o agli interessantissimi spunti della *Teoria Integrale* di Petros.
Quindi vi auguro un proficuo lavoro che getti le basi per una collaborazione durevole nel tempo, collaborazione che con questi corsi e le iniziative annesse può cominciare, cementarsi e crescere applicando **metodologie condivise** attualmente in fase di sviluppo.

Il profumo delle pelvi

UMBERTO NARDI

Facoltà Medicina Università Sacro Cuore Roma u.nardi@tin.it

"Non è sufficiente spazzare la neve dall'uscio per mandare via l'inverno perché non è la neve che provoca l'inverno". Così si esprimeva nel '500, Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, detto Paracelso, l'iniziatore del metodo scientifico, per dire che non è il sintomo o le manifestazioni di esso che debbono essere curate, ma è la causa che va ricercata ed intervenire su di essa. Così l'alterato odore dei genitali deve essere considerato come elemento rivelatore di una sofferenza e non eliminato con sostanze coprenti che, non solo possono essere dannose, ma ci portano fuori strada. Dunque l'odore che, il più delle volte denuncia un'esigenza sessuale, può altresì essere il segno inequivocabile di una patologia.

Da tempo immemorabile l'uomo ha cercato di trasformare l'odore dei genitali in un profumo che ammaliasse ed irretisse, con scarsissimi risultati. Sembra che Cleopatra, nell'antico Egitto, vi fosse riuscita, ma il segreto è rimasto nella sua alcova. In tempi moderni, attraverso una ristrutturazione chimica, siamo riusciti ad ottenere sostanze che riproducessero le emanazioni di ferormoni, ma soltanto in alcuni settori del mondo animale, come gli insetti, per esempio. Nel genere umano è molto complicato a causa dell'individualità. Gli incontri sessuali sono mediati anche e soprattutto dall'odore, che è soggettivo e che deve essere riconosciuto dall'altro. È come una chiave nella serratura, il più delle volte entra, ma non apre; deve essere quella chiave per quella serratura.

L'odorato è un organo di senso definito ancestrale perché è il primo che prende forma nel grembo materno ed è l'unico che non ha filtri, l'informazione arriva direttamente al sistema limbico, scatenando una serie di reazioni organiche, il più delle volte, inconsce.

Nel mondo animale lo stimolo sessuale maggiore è quello olfattivo, quando la femmina è pronta per la riproduzione il maschio ne percepisce l'odore che scatena in lui una complessa reazione biochimica che lo induce all'erezione, alla penetrazione ed all'eiaculazione.

Nell'uomo il meccanismo è lo stesso, ma mediato anche da altri fattori: la vista, il tatto, la secrezione sudoripara e la saliva che, attraverso particolari enzimi, ne attiva la risposta.

Dunque la secrezione vaginale, nel rapporto sessuale, produce due effetti: quello estetico, dato dalla caratterizzazione ed emanazione dell'odore e, quello funzionale deputato alla lubrificazione vaginale che permette e favorisce la penetrazione.

Da cosa è composta chimicamente la secrezione vaginale? Mediamente gli elementi che si ritrovano sono i seguenti: acqua, piridina, squalene, urea, acido acetico, acido lattico, aldeidi, chetoni, complessi di alcoli e glicoli, nonché un'abbondante flora batterica.

È interessante constatare che aldeidi e chetoni si ritrovano frequentemente nei profumi e ne definiscono le note percepite.

Col presente intervento si vogliono considerare due elementi legati alla secrezione vaginale: uno eminentemente fisiologico (lubrificazione, stimolo sessuale, rapporto sessuale), l'altro investigativo (collegamento delle variazioni di odore con alcune patologie).

Dialogo coi Medici di Medicina Generale (di famiglia, di base), le cose semplici che possono trasmettere ai loro pazienti

LOREDANA LA TORRE

Ospedale Nuovo Regina Margherita, Roma lorylatorre@gmail.com

Avrei voluto sapere. Avrei voluto capire. Avrei voluto scegliere. Queste sono le frasi che negli anni ho sentito ripetere a molti pazienti in cura nel mio reparto di riabilitazione del pavimento pelvico. Si parla di prevenzione, ma tutt'oggi la zona pelviperineale viene considerata solo nel momento in cui sono presenti problemi inerenti questo importantissimo contenitore: dolore pelvico, vulvodinia, vaginismo, dispareunia, cistiti, ritenzione urinaria, stranguria, incontinenza urinaria, incontinenza fecale, perdita di gas, stipsi, emorroidi, alterazioni dell'alvo, disfunzioni sessuali, prolasso degli organi, interventi su utero, vescica, retto, prostata.... sono molti gli scompensi che possono verificarsi a livello pelviperineale; la donna per la sua conformazione anatomica ne è maggiormente predisposta, per cui sarebbe importante sapere anticipatamente tutto ciò che può aiutare a tutelare e mantenere in equilibrio questa parte importante del nostro corpo.

Il *Medico di Medicina Generale* ha un ruolo fondamentale nella prevenzione e cura della zona addomino/pelvica, perchè conosce dei propri pazienti i fattori di rischio che possono creare questo tipo di disfunzioni. È quindi essenziale che ci sia un dialogo tra Medici di base e pazienti su prevenzione e cura delle patologie della sfera uro-genito-anale di cui si elencano diversi tipi di cause.

Cause *predisponenti*: la nostra struttura anatomica, il tessuto fasciale, la postura; cause *favorenti*: bronchiti croniche, riniti allergiche, lunghe ore di travaglio, manovre ostetriche non corrette, sport a grosso impatto, lavori pesanti, frequenti cistiti, stress, obesità, menopausa, continui cambiamenti di peso; cause *precipitanti*: molte gravidanze, terapie radianti, chirurgia demolitiva, malattie neurologiche, non consapevolezza.

Il Medico potrebbe creare dei *questionari* con delle domande per valutare la conoscenza di questo *core,* zona di passaggio di *forze ascendenti* e *discendenti* dove risiedono organi vitali per le funzioni del nostro corpo, quella che è stata la nostra culla per nove mesi quando eravamo dentro l'utero di nostra madre ma che dimentichiamo di guardare, di toccare e di prendercene cura durante la nostra vita. Sensibilizzare, educare, proporre degli opuscoli informativi che possano rendere consapevole il paziente su come facilitare uno svuotamento rettale o urinario, capire l'igiene da adottare, spiegare che non è funzionale perdere delle gocce di urina con la tosse o con uno starnuto, spiegare l'importanza di una postura che non crei pressione o sofferenza dei tessuti, educare le persone a rispettare questo "trampolino pelvico" osservare, toccare, ascoltare i messaggi che manda, prendersene cura come qualsiasi parte del corpo.

La zona pelviperineale si modifica nel corso della vita come qualsiasi altra parte corporea: è importante conoscerla, capirne la funzione, imparare a prendersene cura, insegnare ai bambini a non trattenere per ore la pipi, spiegare che gli stimoli vanno rispettati e lo svuotamento deve essere vissuto con tranquillità, senza fretta. Se da piccoli si ha difficoltà a svuotare l'ampolla rettale, bisogna parlarne con il medico senza vergogna, spiegare che questa parte anale/sfinteriale non è una zona "sporca" ma una parte importante del nostro corpo e il medico deve poter capire e consigliare. Un'educazione alla consapevolezza di questa parte nascosta è importante per prevenire alterazioni pelviperineali che potrebbero creare disfunzioni della sessualità, scatenare un dolore pelvico cronico, stipsi, favorire il prolasso degli organi o problemi di incontinenza all'urina e ai gas oltre che grossi disagi nella vita di relazione.

La complessità dell'area pelvica

AMBROGIO FASSINA

Anatomia Patologica Università di Padova ambrogio.fassina@unipd.it

Con il termine *pavimento pelvico* (PP) si fa riferimento alle strutture di sostegno del tratto terminale dei sistemi urinario, digerente e genitale. Il PP è costituito da fasci muscolo-connettivali complessi orientati in senso cranio-caudale in tre livelli: *profondo*, connettivale, *fascia* endopelvica e *intermedio* muscolare.

Il livello *profondo* è costituito dal diaframma pelvico e il superficiale dal muscolo longitudinale del retto. Il livello *superficiale* muscolo-connettivale in senso antero-posteriore è costituito da corpo perineale, muscolo sfintere esterno dell'ano e corpo anococcigeo. Il muscolo puborettale non rientra in questa stratificazione poiché attraversa il livello intermedio e quello superficiale. La *fascia endopelvica* è lo strato più craniale del pavimento pelvico e ricopre gli organi pelvici e il muscolo elevatore dell'ano, a livello mediano forma i paracolpi e il parametrio che si continuano nei *legamenti* cardinali e utero-sacrali di sostegno di vagina e utero posteriormente verso il sacro.

Il livello *intermedio* comprende in profondità il muscolo elevatore dell'ano, i muscoli puborettale, pubovaginale, pubococcigeo e iliococcigeo, che sono le porzioni laterali e posteriori del pavimento pelvico e che prendono origine dai rami del pube. Si inseriscono a livello del corpo perineale e circondano canale anale/retto (muscolo puborettale), vagina (muscolo pubovaginale) e uretra che vengono in vario modo governati dalla contrazione dell'elevatore dell'ano, con le variazioni del tono del diaframma pelvico rispetto al piano rigido di supporto per i visceri pelvici. I muscoli ischiococcigei pari e simmetrici sono costituiti da una fascia triangolare il cui apice origina dal legamento sacro-spinoso e dalla spina ischiatica con base sul margine laterale del coccige, posteriormente all'elevatore dell'ano chiudono parte del grande forame ischiatico e fanno da rinforzo alla porzione posteriore del PP. Il muscolo longitudinale dell'ano è costituito da fibre muscolari dei muscoli puborettali e pubococcicei e dal muscolo sfintere esterno dell'ano che presenta una propria tonaca muscolare longitudinale, e che non trova inserzione nel retto (possibile piano di clivaggio tra le due strutture).

Il livello *superficiale* muscolo-connettivale antero-posteriore (diaframma uro-genitale, porzione anteriore del PP) è costituito da connettivo e dal muscolo profondo trasverso del perineo, origina dalla superficie interna del ramo ischiatico e presenta inserzioni dai muscoli bulbocavernosi, perimetro della vagina e corpo perineale. Nel corpo perineale trovano inserzione anteriormente il diaframma urogenitale e posteriormente il muscolo sfintere esterno dell'ano (collegamento urogenitale-anale) dal cui apice si dipartono le fibre del setto rettovaginale. Il muscolo sfintere esterno dell'ano è un anello di muscolo striato intorno alla porzione inferiore del retto. Il corpo anococcigeo è formato da muscolo elevatore dell'ano, muscolo sfintere esterno dell'ano e da tessuto connettivo fibroso, prende origine dall'apice del coccige e si inserisce al polo posteriore dello sfintere esterno dell'ano, stabilizzandone la dinamica. Il muscolo puborettale origina medialmente al muscolo pubococcigeo e attraversa i livelli muscolare (intermedio) e muscolo-connettivali (superficiale), è orientato verticalmente e decorre medialmente e al di sotto del muscolo pubococcigeo, con stretto rapporto con le pareti laterali del retto, per inserzionare sulla sua parete posteriore.

Questa complessità anatomica, in rapporto agli aspetti funzionali e poi chirurgici, è resa ulteriormente significativa per la presenza a la disposizione dei ligamenti (pubouretrali, pubovescicali, arco tendineo della fascia pelvica, uterosacrali, cardinali) e delle fasce di contenimento dei muscoli, che si intersecano, si dipartono e si attaccano alle strutture ossee.

Escludendo pazienti con lesioni neurologiche, le principali patologie osservate nella pratica clinica (prolasso, incontinenza vescicale e rettale, stipsi, dolore pelvico) sono le conseguenze e l'outcome di un insieme di fattori che comprendono tutte le strutture coinvolte: ossee e metaboliche (eg osteoporosi), osteo-cartilaginee (eg articolazioni), osteo-connettivali (funzionalità dei fibroblasti, struttura e composizione di elastina e dei diversi tipi di collagene, molecole di adesione, adesione osteo-tendinea), usura e stress (gravidanze, obesità, funzionalità del transito intestinale), senza escludere l'importanza del microbiota lo studio del quale probabilmente modificherà molte delle attuali convinzioni di fisopatologia. Ma l'anatomia macroscopia resta quella e il punto di riferimento.

Commento sulla complessità dell'area pelvica

La pelvi contiene organi con funzioni diverse, nella donna e nell'uomo è diversa, nella sua dinamica si modifica, nelle età della vita cambia: la complessià è il suo aspetto più intrigante e affascinante e la rende difficile da comprendere già solo nell'anatomia. La visione dello stesso elemento da parte dell'urologo, del ginecologo o del chirurgo colorettale differisce a seconda del lato da cui si guarda, ma *integrando* questi diversi punti di vista sia nelle funzioni che nelle disfunzioni del pavimento pelvico si può favorire una formazione intradisciplinare. La *Teoria Integrale* di Peter Petros è emblematica.

In anatomia la terminologia stessa dei diversi autori genera incertezza. Ad esempio, i tre livelli (*profondo/diaframma pelvico*, *intermedio/diaframma urogenitale, superficiale/muscoli superficiali del perineo*) rappresentano, nel loro intersecarsi anatomico, statico e dinamico, una distinzione artificiosa che risponde, almeno in parte, ad esigenze di anatomia sistematica, per cui, continuando nell'esempio, i fasci del muscolo elevatore (pr, pv, pc, ic) possono essere considerati profondi o intermedi. L'elevatore è visto come un sostegno ed "eleva" e "chiude", ma la sua contrazione serve anche ad "aprire" sfintere e puborettale al momento della defecazione, con la mediazione del muscolo longitudinale dell'ano, una struttura evidenziata dagli anatomisti moderni.

Dei punti fermi sono rappresentati dal fatto che tutti gli organi pelvici (vescica, utero, retto ed intestino) mantengono i reciproci rapporti e le connessioni con le ossa del bacino grazie al sistema di sospensione formato da una serie di pilastri di tessuto connettivale, la *fascia endopelvica,* che si ancora all'utero e alla vagina col parametrio e il paracolpo, e all'interno dei pilastri si riconoscono strutture come i *legamenti utero-sacrali* e *cardinali* per l'ancoraggio posteriore e laterale della cervice, i *pubo-vescicali, pubo-uretrali* e *vescico-uterini* per la sospensione anteriore.

Sulla linea mediana del *diaframma pelvico* troviamo lo *hiatus genitale*, apertura attraverso cui passano retto, vagina e uretra. I fasci pubo-viscerali, come un'amaca, abbracciano posteriormente con il retto anche vagina e uretra.

Il *diaframma urogenitale,* costituito anteriormente dal muscolo trasverso profondo del perineo, è rivestito da un'aponeurosi robusta tesa tra le due branche ischiopubiche con apice rivolto anteriormente alla sinfisi, e lascia passare i condotti urinari e genitale. Le due lamine dell'aponevrosi si disperdono inferiormente in quella che riveste il muscolo trasverso superficiale del perineo e quella superiore nel perimisio degli elevatori, da ciò si desume che il *trigono genito urinario* è compatto e strettamente connesso al soprastante diaframma pelvico e ai sottostanti muscoli ischio e bulbocavernoso e trasverso superficiale, che rappresentano lo strato superficiale, assieme al corpo perineale e allo sfintere anale esterno.

G.D.

Come il vissuto su se stessi aiuti a comprendere la complessità dell'area pelvica

DÉSIRÉE UGUCCIONI dei BUONDELMONTI

Fisioterapista consulente sessuale, ISPRO, Firenze desibuonde@yahoo.it

Affrontare le tematiche inerenti al pavimento pelvico significa affrontare tutto ciò che è intrinsecamente legato alle sue funzioni e disfunzioni: tra gli elementi più importanti spicca la vasta e profonda area emozionale. Come riabilitatori ci dobbiamo rendere conto che la relazione che siamo capaci di instaurare con il paziente influenza fortemente l'*outcome*. Gli studi riportano in tutta Europa (quindi basta, direi, dare la colpa al retaggio culturale italiano) la notevole delusione dei pazienti soprattutto per quanto riguarda la possibilità di affrontare con i propri terapeuti le tematiche sessuali. Ma non solo: tutta l'area pelviperineale risente dei nostri personali *taboo*, pregiudizi, opinioni e i pazienti lo percepiscono. E non lo gradiscono.
Come pensiamo di rispondere ad esigenze di pazienti sempre più consapevoli del proprio valore (finalmente) e sempre più consci del poter pretendere un atteggiamento umano da parte della classe sanitaria, investita fino a pochi anni fa di un'aura di intoccabilità e indiscutibilità? I pazienti sono scesi dal pero e noi dobbiamo scendere dalla cattedra. È indubbiamente difficile comprendere le emozioni che ci rifiutiamo di provare per primi. Arduo entrare in contatto con le persone, se non siamo in contatto empatico prima di tutto con noi stessi. Essenziale imparare a riconoscere le proprie proiezioni ed allenarsi a lavorare sul proprio critico interiore, riconoscendolo come una parte di noi che ha davvero bisogno della nostra accoglienza: l'empatia va coltivata prima di tutto verso se stessi, lasciando da parte l'obsoleto atteggiamento di strascico psicanalitico in base al quale occuparsi di sé sia segno di egocentrismo.
Le nuove frontiere della scienza ci dimostrano che *la relazione*, e quindi la nostra capacità di instaurarla e gestirla, si rivela cruciale nel percorso di cura: curiamoci e prendiamoci cura anzitutto di noi stessi. Sarà secondario da un punto di vista temporale accorgerci che questo ci avrà dato quelle qualità interiori e comunicative che ci consentiranno un salto di qualità nell'outcome. Dunque la nostra personale capacità di relazionarci manifesterà esplicitamente la propria centralità, qualità che ha sempre avuto, sapientemente occultata dall'atteggiamento di ostentata impermeabilità emotiva ed emozionale attribuita di *default* alla classe sanitaria, medic in particolare, che ha voluto trincerarsi, senza rendersi conto che non stava chiudendo i pazienti "fuori", ma se stessa "dentro" un involucro soffocante che non ha mai protetto, ma soltanto isolato.
Esploreremo le proposte relazionali dei maggiori esponenti in materia per cercare di capire quale modello sia più adatto a noi: adatto non ad essere copiato, ma ad ispirarci per ambire ad una crescita come esseri umani prima che come terapeuti, che ci apra nuove prospettive relazionali e ci renda, automaticamente, più appetibili umanamente dal punto di vista del paziente.
Dalla psicologia relazionale alla fisica moderna, parafrasando Gandhi, tutto ci spinge a partire da noi stessi nel cercare il cambiamento che vogliamo vedere nei pazienti: questo ci porta al primo passo, che consta dell'accrescimento della consapevolezza di ciò che realmente siamo, indipendentemente dai modelli che ci sono pervenuti. L'avventura appassionante all'interno di noi stessi ci porterà a scoprire i cambiamenti che sobbollono dentro di noi e questa scoperta ci permetterà di sperimentare con più chiarezza i nostri sentimenti; di conseguenza, saremo più liberi di agire spontaneamente in base a ciò che siamo, non solo a ciò che pensiamo, che è spesso frutto di varie componenti, molte delle quali culturali o sociali. Se vogliamo diventare capaci di accogliere – con successo – le richieste che ci vengono legittimamente poste, non ci resta che diventare prima di tutto abili nell'accogliere noi stessi, partendo dalle nostre falle: conoscere e stare a contatto con le nostre paure più profonde ci permetterà di sviluppare l'empatia che potremo trasferire sugli altri, diventando così esseri umani più completi, quindi, di conseguenza, terapeuti più veri e più efficaci.
Agire in modo consapevole e non reattivo in base alla nostra natura ci rivelerà risorse insospettate e aspetti della nostra personalità che non potranno che suscitare una gioia più profonda nel godere del nostro lavoro.

Consapevolezza corporea, esercizi ascolto-rilassamento-attivazione

LOREDANA LA TORRE

Ospedale Nuovo Regina Margherita, Roma lorylatorre@gmail.com

Risvegliare la *consapevolezza* corporea significa creare un ponte sensoriale" mente corpo", sviluppare attenzione, l'ascolto di tutto ciò che succede nei nostri contenitori scheletrici e cosa succede all'interno della nostra struttura. La consapevolezza del movimento, momento per momento, permette di potenziare il cambiamento nel proprio quotidiano con conseguenti trasformazioni anche dello stato emotivo.
L'attenzione al *movimento respiratorio* ci fa percepire la stretta relazione tra diaframma toracico e diaframma pelvico e l'armonia di questi due diaframmi deve essere mantenuta per permettere la libertà dei loro movimenti all'interno della struttura.
La consapevolezza ci porta a percepire le *posture* non funzionali, le retrazioni, ci evidenzia i blocchi, i compensi che adottiamo, l'ipomobilità, l'ipermobilità, l'alterazione strutturale organica e funzionale, porta al cambiamento, alla ricerca della *libertà corporea*.
Le *mani* sono uno strumento d'ascolto importante. Con il tocco, anche senza l'aiuto delle vista, possiamo imparare a conoscere la nostra struttura, sentire la differenza fra "tessuto duro-tessuto morbido" imparare com'è fatto un bacino, percepirne la forma, sentire una cresta iliaca, la convessità del sacro, la consistenza del coccige, conoscere il pube superiore e il pube inferiore, percepire la circonferenza del bacino superiore, del bacino inferiore, la direzione e il movimento del coccige, sentire che il bacino superiore appartiene ai visceri addominali, capire che il pube inferiore appartiene al perineo superficiale, sentire la stretta relazione tra pube medio e diaframma pelvico e articolazioni coxo-femorali, percepire il movimento della pelvi , la connessione dei due diaframmi.
La consapevolezza del *respiro* ci guida a tutelare, salvaguardare la salute del nostro pavimento pelvico, ci evidenzia gli errori respiratori, rallenta il ritmo del respiro, ci porta ad una respirazione adattata alla funzionale che dobbiamo svolgere. Una respirazione cosciente ci permette di facilitare uno svuotamento rettale, ci aiuta in un dolore pelvico, ci porta verso il piacere sessuale, mantiene in equilibrio la muscolatura perineale, facilita l'ascolto su di sè, ci permette di abbandonare le tensioni fasciali e muscolari portandoci verso la percezione del peso corporeo, ci libera dall'ansia.
Il corpo libero dai *blocchi* e dalle tensioni ricerca una *postura* funzionale ed organica, vive una respirazione libera che attraversa tutto il corpo, massaggia, drena e attiva tutti gli organi addominali e del piccolo bacino, attiva i muscoli perineali e sviluppa la giusta risposta sensoriale nei movimenti di pressione della vita quotidiana.
La consapevolezza ci permette di imparare dai nostri *errori,* fa capire gli errori e ci porta verso un cambiamento cosciente.

Esami strumentali per la riabilitazione anorettale: la manometria

GABRIELE BAZZOCCHI

Professore Alma Mater Università di Bologna, già Direttore UO Neurogastroenterologia e Riabilitazione Intestinale Montecatone Rehabilitation Institute Imola (BO)
gabriele.bazzocchi@unibo.it

La MAR viene eseguita ormai da 50 anni per acquisire informazioni sul funzionamento sensitivo-motorio dell'ultimo tratto dell'intestino e della muscolatura del pavimento pelvico, in relazione alla continenza ed alla evacuazione. Recentemente la tecnica ha subito rilevanti innovazioni, essendosi dotata di sonde con numerosissimi punti di rilevazione della pressione nel retto e nel canale anale e di sofisticati software per un'analisi che permette a questa metodica di vicariare esami come la Defeco-RM *(Prichard SO et al. Clin Gastronterol Hepatol 2017; 15: 412-20).* Questo approccio definito "ad alta risoluzione" è esclusivo di Centri di Terzo Livello, dati i costi e la specializzazione dell'operatore che comporta. È però ancora assolutamente adeguata la tradizionale metodica che impiega sonde ad 8 canali capillari perfusi da un sistema pneumo-idraulico e con una analisi computerizzata relativamente semplice. La differenza tra un esame poco attendibile o inutile ai fini del chiarimento diagnostico ed uno che invece che fornisce dati preziosi sulla fisiopatologia dei sintomi del paziente e indicazioni per il management è costituita dalla metodologia di esecuzione. Le registrazioni manometriche ritenute indispensabili sono *(Bazzocchi G et al. Urodinamica 2007; 17: 14-20)*: il Profilo Pressorio Longitudinale del canale anale a riposo ottenuto con retrazione a velocità costante della sonda dotata di 6-8 canali disposti radialmente. I parametri che vengono misurati su questo tracciato sono: La Massima Pressione Media in senso Radiale (MPMR) che caratterizza la sezione di canale anale in cui vi è il tono medio più elevato. Si calcola la sua distanza dall'orifizio esterno. Poi la High Pressure Zone che è la lunghezza del canale anale che presenta un tono medio superiore al 50% del MPRP e il Volume del Vettorgramma con l'Indice di Simmetria che costituiscono i dati più fini per cogliere una insufficienza della barriera pressoria anale che garantisce la continenza. Si procede poi ad una rilevazione del profilo pressorio anale di cm in cm, facendo eseguire al paziente una contrazione volontaria massimale di breve durata a 3, a 2 ed 1 cm dal margine esterno. Si calcola così l'incremento pressorio effetto della capacità contrattile dello Sfintere Esterno e della muscolatura perineale. Anche in questo caso si possono cogliere deficit in certi settori del canale anale che possono compromettere l'effetto complessivo o no, ma comunque esprimono un danno. Oltre alla tradizionale valutazione della comparsa del Rilasciamento Riflesso dello Sfintere Interno che consegue alla progressiva distensione della parete rettale con un palloncino gonfiabile, molto importante è la valutazione delle pressioni nel retto e nel canale anale durante lo "straining" per rilevare i comportamenti che sono alla base della Dissinergia Addomino-Perineale *(Rao SSC et al. J Neurogastroenterol Motil 2016; 22: 423-35).* La recente "consensus" di un gruppo di esperti costituitosi come International Anorectal Physiology Working Group indica una procedura di esecuzione e la valutazione di parametri un po' diversa da quanto fin qui presentato: sicuramente un esame condotto in accordo a queste raccomandazioni è un'indagine utile per chiarire la fisiopatologia sottostante della stragrande maggioranza delle indicazioni per cui viene richiesto *(Carrington EV et al. Neurogastroenterol Motil 2019; 00: e13679).* Vengono però a mancare alcune rilevazioni che si ritengono indispensabili in alcuni casi particolari, come presenza di soiling o leakage, in pazienti operati di fistulectomie o con lesioni ostetriche. In questi pazienti l'acquisire dati su una asimmetria patologica della distribuzione del tono anale a riposo, della lunghezza della High Pressure Zone e del Volume del Vettorgramma contribuiscono notevolmente, completando i risultati di una Ecografia Trans-Anale, ad individuare difetti funzionali settoriali, non sempre collegati all'evidenza di lesioni anatomiche.

Dissonanza esame strumentale/esame obiettivo

DÉSIRÉE UGUCCIONI dei BUONDELMONTI

Fisioterapista consulente sessuale, ISPRO, Firenze desibuonde@yahoo.it

Ogni esame sappiamo avere una sua sensibilità e una sua specificità ed è noto che entrambe mai si esprimono nel 100% dei casi. Se ne evince facilmente, dall'altra parte dello specchio, che ogni esame ha una sua fallacità in entrambe gli aspetti: specifico e sensibile rimangono aggettivi relativi. Purtroppo questo viene spesso dimenticato e il dio "test" assurge a vette di affidabilità nelle menti facilmente offuscate dal presunto valore assoluto della tecnologia. Ma *valore predittivo*, negativo o positivo, accuratezza e precisione di un test vanno ricordati sempre perché sappiamo bene che in biologia, quindi in medicina e finché ci occupiamo di esseri viventi, niente è assoluto e la singolarità di ogni individuo esprime proprio la Bellezza dell'essere vivi e unici. Inoltre, è bene avere ben chiaro ciò che una gaussiana rappresenta e che relazione ha un buon terapeuta con quest'ultima… di sicuro non ne sposa il picco!

Appoggiarsi al risultato di un esame fa molto comodo alla medicina difensiva e all'immaginario del paziente, che si sente confortato da quattro numeri o sette righe messi nero su bianco. Ma rispondono questi ad una qualche assolutezza? Quella assolutezza che, facendo rima con "certezza" dà tanta sicurezza…? Probabilmente tutta questa "ezza" fa molto comodo anche a noi, qualche volta, laddove inciampiamo nella nostra ignoranza o in una preparazione lacunosa; può essere confortante trovare rifugio ai propri vuoti mentali nelle falde rassicuranti di un paio di cifre o di immagini note, ma è solo un rifugio fittizio ed è la realtà che vogliamo affrontare.

Torniamo quindi alla realtà. Non solo quella portata dal paziente disfunzionale, ma anche a quella del nostro senso di responsabilità e della fierezza che proviamo quando cogliamo la globalità di un quadro clinico. Responsabilità che dobbiamo ricominciare a prenderci, nel caso le avessimo abbandonate un po', per tornare centrali nella decisione del percorso da intraprendere con ogni singolo paziente, del quale avremo soppesato molteplici elementi, tra i quali gli esami certo, ma non solo.

E come dare questo "giusto" peso alle informazioni strumentali, di laboratorio e cliniche riguardo al perineo e le sue funzioni? Il punto cruciale qual è?

Cosa facciamo se la defecografia denuncia un rettocele, ma la paziente non ha sintomi anorettali? Come procediamo se la manometria rivela volumi rettali abnormi, ma la paziente dichiara stimolo chiaro e proficuo?

E se c'è una cistite postcoitale a fronte di esami batterioscopici negativi?

E se rileviamo all'esame obiettivo una dissinergia del puborettale che non emerge dagli esami?

Dall'esame urodinamico alla defecografia; dall'ecografia alla manometria anorettale; quali sono i test fondamentali per una corretta visione funzionale e come li affianchiamo alla valutazione clinica, soprattutto quando quest'ultima appaia in netto contrasto con le prime? Domande importanti che reclamano risposte chiare.

Vedremo quali sono gli elementi clinici essenziali, che sovrastano la supponenza strumentale e quali invece i sintomi e segni che devono cedere il passo all'evidenza dei test, pur ricordandone sempre i limiti. Fare i terapeuti può essere gratificante o sfiancante. Esserlo è affascinante.

Concetto di dissinergia: l'importanza del rilassamento

STELLA DE CHINO

Fisioterapista, Educatrice professionale, Consulente sessuale, Schio (VI) stelladechino@gmail.com

Sempre più spesso le figure preposte alla riabilitazione devono gestire invii di pazienti con dissinergia.
Ma cos'è? Per dissinergia si intende un'attivazione errata dei muscoli pelvici che restano in contrazione quando dovrebbero rilassarsi fino a creare la cosiddetta "inversione di comando" ossia la tendenza a spingere anziché stringere e viceversa.
L'importanza del "giusto" tono muscolare, diverso da persona a persona, per il benessere del pavimento pelvico è ormai cosa nota. Ma come possiamo riconoscere una dissinergia?
Alcuni campanelli d'allarme possono essere: la difficoltà a rilassare per inserire l'assorbente interno, un mitto irregolare, un senso di fastidio all'inizio del rapporto.
La dissinergia addomino-pelvica è presente in moltissime problematiche dell'apparato urogenitale: incontinenza da ipertono, cistiti croniche, dispareunia, stipsi, incompleta evacuazione, emorroidi e molto altro. Le scorrette abitudini di vita, i traumi emozionali, i vizi posturali possono essere alla base di questo fenomeno molto diffuso.
La minzione diventa "frazionata": a causa della rigidità del muscolo trasverso profondo del perineo e dello sfintere esterno dell'uretra si sente lo stimolo ad urinare frequentemente ma non si urina completamente. Dopo poco si deve tornare. Imparare a rilassare significa imparare ad urinare in modo completo.
Anche l'evacuazione risente della dissinergia. Durante la defecazione infatti è necessario contrarre i muscoli addominali e rilassare il muscolo elevatore dell'ano. In caso di tensione pelvica quest'ultimo muscolo, anziché essere rilassato, resta contratto.
Risultato: è come creare una pressione contro una porta chiusa.
Conseguenza: si ha una evacuazione difficile o assente. Anche in questo caso, la soluzione è la riabilitazione dei muscoli pelvici attraverso esercizi specifici, per recuperare un giusto rapporto tra contrazione degli addominali e rilassamento del pavimento pelvico.
È fondamentale spiegare ai pazienti l'anatomia dei muscoli pelvici, il loro funzionamento e le abitudini sbagliate che determinano questo fenomeno: la tendenza ad aspettare molte ore prima di andare in bagno, il "non ascoltarsi" adeguatamente perdendo così la percezione del "bisogno" di urinare, il procrastinare l'evacuazione, la disconnessione con la sessualità.
Riconnettersi con il corpo e i suoi bisogni, imparare ad asoltare "sensazioni raffinate" è la chiave di volta per il superamento della dissinergia. Sperimenteremo insieme alcuni esercizi di autoconsapevolezza attraverso la vocalità, il respiro e l'ascolto.

L'utilizzo di dispositivi/toys a scopo ludico/riabilitativo

STELLA DE CHINO

Fisioterapista, Educatrice professionale, Consulente sessuale, Schio (VI) stelladechino@gmail.com

Per molto tempo la ricerca del piacere e la riabilitazione pelvica sono state lontane.
Il riabilitatore concentrato sul pavimento pelvico e il sessuologo sulla componente mentale ed emozionale hanno lavorato "chiusi" nella loro disciplina senza comunicare.
Ci risulterà utile comprendere il perché attraverso la storia dei primi dispositivi detti "sex toy" e del vibratore.
Oggetti rudimentali di forma fallica erano già in realtà presenti nell'antica Grecia, ma è il Settecento il secolo della nascita del vibratore. Il primo esemplare, il cosiddetto tremussoir, era un oggetto vibrante per la stimolazione genitale femminile. Il secondo, il manipulator, si deve al fisico statunitense George Herbert Taylor, inventato nel 1869 (e collegato a una macchina a vapore). Poi è stata la volta della macchina messa a punto da Mortimer Granville nel 1883, considerata il primo vibratore elettromeccanico. La finalità nell'Ottocento non era quella di oggi: il raggiungimento del piacere fine a se stesso. L'orgasmo (chiamato parossismo) veniva praticato dai medici a scopo terapeutico, sulle donne chiamate "isteriche", i cui disturbi venivano ricondotti a problemi all'utero curabili attraverso questo massaggio, che le lasciava in uno stato di calma e serenità.
Negli anni Venti questi oggetti entrano di prepotenza nell'industria pornografica e qui si insidia la nascita del tabù della masturbazione femminile, legata a una sfera indecorosa e poco rispettabile (epoca vittoriana, inizio del "morboso", vedi Michel Foucault).
La rivoluzione sessuale e la creazione, nel 1968, del primo vibratore senza fili è solo l'inizio di un cambio di rotta che sta giungendo, negli ultimi anni, a compimento con l'integrazione del benessere sessuale nella sfera della salute umana.
Proprio per questo motivotali dispositivi non sono piu' un tabù ma vengono sempre più spesso proposti come strumento "curativo" nelle patologie del pavimento pelvico.
La "pedagogia medica" è infatti una fetta importante della riabilitazione: educare all'uso di un toy sia per apprendere a rilassare il proprio muscoli ma anche per darsi piacere fa parte di un continuum dove il corpo diventa "il terreno" fertile per iniziare a costruire nuove convinzioni su se stessi e la patologia.
Spiegare ad una donna con dispareunia che il suo problema affonda radici nell'ipertono pelvico ma che rilassando la vulva e la vagina e ascoltando le sensazioni di piacere che il toy può dare è possibile imparare ad accogliere il pene del proprio compagno è importantissimo.
A partire dai massaggiatori esterni, proseguendo con i dispositivi interni, fino ad arrivare alle "bacchette" vibranti per l'automassaggio dei trigger points, andremo a vedere insieme come utilizzarli in sede di trattamento e nella riabilitazione domiciliare.

Ruolo del microbiota intestinale nei disturbi del pavimento pelvico

GABRIELE BAZZOCCHI

Professore Alma Mater Università di Bologna, già Direttore UO Neurogastroenterologia e Riabilitazione Intestinale Montecatone Rehabilitation Institute Imola (BO)
gabriele.bazzocchi@unibo.it

Nel tubo digerente umano albergano più di 100 mila miliardi di microrganismi, tra batteri, virus, funghi, arche, fagi e parassiti: una biomassa da 0,7 e 1,2 chili di cellule procariotiche che ne fa uno degli ecosistemi più complessi del pianeta Terra, per abbondanza, biodiversità ed interazione con l'organismo ospite. La grande maggioranza risiede nel colon-retto, che per questo deve essere considerato un vero e proprio bioreattore anaerobico, dove la fibra alimentare ed i prebiotici che ingeriamo con l'alimentazione vanno a costituire il substrato metabolico per la crescita, in particolare, dei bifidi e dei lattobacilli, meno di altri generi come bacteriodi, clostridi ed enterobatteri. L'eliminazione dei batteri che si sono moltiplicati

maggiormente rispetto ad altri, in altre parole l'evacuazione della massa batterica "auto-prodottasi", è quindi un elemento fondamentale per mantenere in equilibrio la composizione del microbiota: ricordiamoci infatti l'80% del peso secco delle feci è costituito da questi microrganismi vivi, e non dai "residui" dei cibi ingeriti, come ancora troppo spesso viene inteso anche in ambienti medici. Con una capacità metabolica centinaia di volte superiore a quella dell'essere umano, il microbiota nel suo complesso fornisce all'ospite la possibilità di degradare e metabolizzare nutrienti altrimenti indigeribili, producendo molecole (vitamine, amminoacidi essenziali, acidi grassi a corta catena) di vitale importanza per il mantenimento della funzionalità dell'intestino e, come si è detto, della salute complessiva dell'essere umano. Inoltre, questo ricchissimo network di microrganismi è in continuo contatto con la mucosa dell'epitelio intestinale dell'ospite, con il suo sistema immunitario, sia a livello locale che sistemico, e indirettamente anche con il sistema endocrino. Un'alterazione della composizione del Gut Microbiota (GM) si traduce inevitabilmente in un'alterazione della permeabilità della barriera mucosa intestinale, con la possibilità che molecole la attraversino inducendo risposte avverse, come influenzare la percezione del dolore viscerale *(Defaye M et al. Journal of Neural Trasmission 2020; 127: 445-65)(Rea K et al. Handbook of Experimental Pharmacology 2017; DOI 10.1007/164_2016_115).* In particolare le principali "pathways" con cui i microrganismi intestinali modulano, dal lume, il dolore viscerale sono tre. Prodotti del metabolismo batterico possono influenzare direttamente le terminazioni periferiche dei neuroni dei gangli dorsali (DRG), o indirettamente, alterando il release dei mediatori neuroendocrini. In secondo luogo anche un'attivazione immunitaria delle cellule della parete intestinale è fortemente coinvolta. Proteasi della serina e della cisteina di derivazione batterica, così come una riduzione della produzione di SCFA (Short Chain Fatty Acids) ed uno squilibrio della sintesi di neurotrasmettitori e fattori neurotrofici conseguente ad una condizione di disbiosi, sono le principali sostanze derivate dal metabolismo del microbiota intestinale che vanno direttamente a influenzare questi target cellulari. La produzione di serotonina da parte delle cellule enterocromaffine (ECC), il release della istamina dalle Mast Cells e la secrezione del Glucagon-Like Peptide 1 (GLP-1) da parte delle L Cells, cellule enteroendocrine presenti nella barriera epiteliale come le ECC, sono le sostanze che indirettamente modulano l'insorgenza del dolore viscerale. Infine un terzo meccanismo contribuisce all'arrivo di segnali nocicettivi al cervello dal tubo digerente: le vie afferenti del Nervo Vago *(Lomax AE et al. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol 2019; 317: G363-72).* La maggior fonte di evidenze su questi meccanismi viene da studi in vivo che hanno dimostrato che in topi "germ-free", o in topi trattati con antibiotici, le soglie del sensibilità al dolore sono significativamente ridotte, ma certamente estremamente "intriganti" sono i tanti studi che dimostrano come prelevando feci da pazienti con IBS o IBD si inducono ipereccitabilità nei neuroni nocicettivi dei DRG: l'alterazione della sensibilità nocicettiva è uno del principali "driver" del dolore viscerale, che infatti risulta da una combinazione di sensibilizzazione periferica e neuroplasticità centrale *(Crouzet L. et al. Neurogastroenterol Motil 2013; 25: e272-e282).*

Questi meccanismi sono quindi presenti alla base del Dolore Pelvico Cronico, sia quando questo è "idiopatico", sia quando va a costituire quadri specifici come la vulvodinia, la cistite interstiziale, il dolore fibromialgico e così via. Ne è la dimostrazione, il fatto che quasi sempre in questi pazienti si associano turbe dell'alvo (stipsi/diarrea), alterata forma e consistenza delle feci, gonfiore e distensione visibile dell'addome, tutti disturbi che derivano da profonde condizioni disbiotiche intestinali: trattare questi problemi ha sempre un effetto positivo, spesso risolutivo, sul dolore pelvico e sindromi correlate.

Comorbidità nel dolore pelvico cronico (CPP) e ruolo del riabilitatore

DANIELA PRIMON

già Primario Fisiatria Ospedale Cittadella

Il dolore percepito a livello pelvico risulta particolarmente difficile da inquadrare e gestire data la complessità anatomica di questo distretto e le molteplici strutture coinvolte nei meccanismi di genesi e perpetuazione del dolore stesso. Il dolore pelvico cronico (CPP) comunemente viene inteso come: *dolore pelvico continuo da 3 mesi o ciclico che dura da oltre 6 mesi, spesso associato a sintomi e disfunzioni del basso tratto urinario, genitali e sessuali, intestinale e anorettali.* È altamente invalidante, in grado di compromettere la sfera cognitiva, comportamentale, sessuale ed emotiva della persona, con diminuzione della qualità di vita, perdita della autostima, depressione e ansia, problematiche di coppia e disturbi somatici. Può essere associato o meno ad altre condizioni patologiche. Qualora lo sia, è ragionevole ipotizzare che il dolore sia dovuto a meccanismi fisiopatologici di tipo vascolare, infiammatorio o meccanico. Spesso però la /il paziente non presenta altre condizioni patologiche, oppure queste, se presenti, sono state adeguatamente trattate. Possiamo quindi distinguere una forma di CPP secondaria e una primaria, come proposto dalla AISP. Nel secondo caso si parlerà di sindrome del dolore pelvico cronico (CPPS). Spesso si tratta di una condizione multifattoriale, con comorbilità tra le varie cause, coinvolgimento di più funzioni, diversi tipi di sintomatologia, necessità di coinvolgere più specialisti. La fisiopatologia è molto complessa e non completamente chiara.

Da una causa biologica locale, che genera stimoli nocicettivi, si può passare ad una infiammazione cronica di basso grado che se persiste può propagarsi ad organi vicini, vescica, uretra, prostata, testicoli *(comorbilità)* e nel caso della pelvi può coinvolgere utero, vagina, ovaie, intestino, peritoneo. Se le cause non sono prontamente diagnosticate le cellule infiammatorie contribuiranno alla sregolazione del meccanismi centrali del dolore e ad abbassare la soglia del dolore così da far divenire il paziente sensibile a stimoli periferici anche minimi e normalmente non dolorosi.

All'origine del CPP vi è pertanto una dis-regolazione del sistema di afferenze provenienti dall'area pelvica, con alterazione del sistema somato-sensoriale caratterizzata da una sensibilizzazione centrale e periferica.

L'analisi delle linee guida sul CPP degli ultimi 20 anni evidenzia un passaggio da entità cliniche definite come sdr dolorose d'organo alla introduzione dei concetti di dolore nocicettivo, neuropatico, viscerale profondo e di modulazione del dolore (LG EAU 2008). Si evidenzia inoltre la ricaduta sugli aspetti cognitivi, comportamentali, emozionali e sulla vita di relazione, si dà maggiore importanza alle disfunzioni muscolari e si introduce il concetto di *trigger points* (TP) e dolore miofasciale. La presenza di TP a livello dei muscoli del pavimento pelvico o della parete addominale può determinare un circolo vizioso in grado di innescare meccanismi di auto perpetuazione del dolore. La risoluzione dei TP e altre problematiche muscolotendinee può interrompere il circolo vizioso portando a miglioramento della sintomatologia clinica. È in questo ambito che diventa importante il ruolo del riabilitatore, sia dal punto di vista valutativo che terapeutico.

Valutazione del paziente con dolore pelvico cronico

La valutazione clinica del paziente con CPP è difficile, sia per l'eziologia multifattoriale che per la frequente sovrapposizione dei sintomi.

L'anamnesi dovrà essere particolarmente accurata, prendendo in considerazione la localizzazione e le caratteristiche del dolore, la irradiazione e intensità, utilizzando le specifiche scale di valutazione. Importante cercare di differenziare il dolore

Tabella 1: Classificazione EAU delle sindromi da dolore pelvico cronico

Asse I Regione		**Asse II** Sistema	**Asse III** Organo terminale come sindrome dolorosa come identificato da Hx, Ex e Ix	**Asse IV** Caratteristiche di riferimento	**Asse V** Caratteristiche temporali	**Asse VI** Tipologia	**Asse VII** Sintomi associati	**Asse VIII** Sintomi psicologici
Dolore pelvico cronico	Patologia specifica associata al dolore pelvico OPPURE Sindrome del dolore pelvico	Urologico	Prostata	Sovrapubico Inguinale Uretrale Penile/clitorideo Perineale Rettale Schiena Natiche Cosce	ESORDIO Acuto Cronico IN CORSO Sporadico Ciclico Continuo TEMPO Riempimento Svuotamento Post immediato Post tardivo INNESCO Indotto Spontaneo	Dolorante Urente Lancinante Elettrico	UROLOGICO Frequenza Nicturia Esitazione Flusso Disfunzionale Urgenza Incontinenza GINECOLOGICO Mestruale Menopausa GASTROINTESTINALE Costipazione Diarrea Gonfiore Urgenza Incontinenza NEUROLOGICO Disestesia Iperestesia Allodinia Iperalegesia SESSUOLOGICO Soddisfazione Dispareunia femminile Evitamento sessuale Disfunzione erettile Medicazione MUSCOLO Alterazione funzionalità Fascicolazione CUTANEO Cambiamenti trofici Cambiamenti sensoriali	ANSIA Inerente il dolore o presunta causa del dolore Pensiero catastrofico del dolore DEPRESSIONE Attribuita al dolore o impatto del dolore Attribuito ad altre cause Non attribuito PTSD SINTOMI Esperienza rivissuta Evitamento
			Vescica					
			Scrotale Testicolare Epididimale					
			Penieno Uretrale					
			Postvasectomia					
		Ginecologico	Vulvare Vestibolare Clitorideo					
			Associato a endometriosi					
			CPPS con esacerbazioni cicliche					
			Dismenorrea					
		Gastrointestinale	Colon irritabile					
			Anale cronico					
			Anale cronicointermittente					
		Nervi periferici	Sindrome del dolore pudendo					
		Sessuologico	Dispareunia					
			Dolore pelvico con disfunzione sessuale					
		Psicologico	Qualsiasi organo pelvico					
		Muscolo-scheletrico	Muscolo del pavimento pelvico Muscolo addominale Spinale					
			Coccige					

somatico da quello viscerale. Si valuterà quindi la presenza di sintomi di interessamento vescicale, anorettale, ginecologico, sessuale, psico-sociale.
L'esame obiettivo dovrà comprendere anche la valutazione dei muscoli interni ed esterni del pavimento pelvico, compresa la presenza di trigger points, nonché la ricerca di problematiche muscolo-scheletriche , come borsiti ischiatiche, entesopatie, dolore al coccige, sinfisi pubica, sacro-iliache.

Trattamento

La gestione terapeutica del CPP sarà ovviamente basata su quanto emerso dalla valutazione clinica, dovrà essere personalizzata ed includere un trattamento farmacologico, fisioterapico e psicologico. Tra i farmaci più comunemente utilizzati vi sono: FANS, antibiotici, gabapentin e pregabalin, antidepressivi triclici e SNRI, oppiodi, miorilassanti, tossina botulinica. Le linee guida EAU propongono evidenze dettagliate per ogni singola sindrome.
Qualora vi sia interessamento della muscolatura del pavimento pelvico, fondamentale è il trattamento dei trigger points e della iperattività della muscolatura con tecniche manuali, disattivazione con ago a secco o con anestetico. Possono inoltre essere utilizzate terapie fisiche come TENS, Tecarterapia, ultrasuoni, stimolazione del nervo tibiale posteriore, agopuntura.

E la sindrome dolorosa vescicale?

ELENA ANDRETTA

UO Urologia DOLO (VE) elena.andretta@aulss3.veneto.it

Tra le *sindromi dolorose pelviche croniche* (CPPS) un posto di rilievo spetta alla *sindrome dolorosa vescicale* (BPS), la CPPS storicamente più studiata e probabilmente la più invalidante perché caratterizzata da sintomi urinari come la pollachiuria ed il dolore minzionale che si presentano ripetutamente nella giornata condizionando pesantemente anche la vita la relazione. In passato veniva chiamata *cistite interstiziale* ed è una condizione che interessa soprattutto le donne con una prevalenza stimata del 0.06%-30% della popolazione. Tra i testimonial dell'impatto devastante di questa sindrome è comparsa mesi addietro l'attrice Francesca Neri, che ha ben descritto in una autobiografia il suo calvario con la BPS.
I pazienti con BPS hanno un maggior numero di *comorbidità* rispetto alla popolazione generale, in particolare sindrome dell'intestino irritabile, fibromialgia, sindrome della fatica cronica, emicrania e tali comorbidità sono state rilevate nel 45% di un campione di 872 casi di BPS contro il 18% rilevato nel gruppo di controllo. Nello stesso studio è stata rilevata anche la maggiore prevalenza di un fattore psico-sociale favorente (61% versus 46%) quali abuso alcolico, stress post-traumatico, traumi sessuali e storia di depressione[1]. Per la frequente comitanza di sindromi dolorose di vari organi e distretti, senza rilievi specifici di malattia, è stata coniata l'espressione anglosassone *chronic-overlapping-pain-conditions*, probabilmente sottesa da risposte abnormi del sistema nervoso afferente.
La *diagnosi* di BPS è una diagnosi di esclusione per cui s'impone l'esecuzione, oltre all'anamnesi e all'esame obiettivo, di diari vescicali, esame urine, citologie urinarie e cistoscopia. Anche la stima del dolore con scale visive analogiche è fondamentale per valutare l'effetto dei trattamenti. Molti studi hanno rilevato un'alta frequenza di abusi sessuali nell'infanzia soprattutto, ma non solo, nelle donne con CPPS. Pertanto nella raccolta anamnestica va indagato con garbo anche questo aspetto e si deve considerare l'eventuale invio a psicoterapeuti.
L'evoluzione della BPS è soggettiva ed imprevedibile: ci sono pazienti che migliorano con le sole indicazioni dietetiche (evitare bevande gasate, the, caffè, cibi acidi-piccanti ed alcolici) o con cambiamenti di stili di vita ed altre in cui la BPS evolve in modo drammatico fino a rendersi necessaria l'asportazione chirurgica di uretra e vescica con creazione di una neovescica con segmenti intestinali.
Un ruolo importante nel trattamento della BPS hanno i *tratta-*

menti endovescicali che prevedono l'instillazione in vescica, tramite cateterismo estemporaneo, di agenti che ripristinano lo strato protettivo di glicosamminoglicani del lume vescicale (eparina, acido ialuronico e condroitin solfato) o gli anestetici locali per ottenere un rapido ma transitorio effetto antidolorifico (la combinazione di eparina, lidocaina e bicarbonato di sodio dà immediato sollievo dei sintomi nel 94% dei casi, beneficio che si mantiene per 2 settimane nell'80% dei casi[2]). Nei casi più difficili si può eseguire l'idrodistensione della vescica in anestesia, che migliora in particolare il dolore ed è ripetibile.
Dal 2001 la BPS è riconosciuta come *malattia rara* ed i pazienti hanno diritto all'esenzione dal pagamento del ticket sanitario. Gli accertamenti e le cure gratuite rendono teoricamente più facile l'approccio multimodale alla BPS senza gravare sul bilancio economico dei pazienti che ne sono affetti. Ma ancora oggi una persona con BPS trascorre in media 5/7 anni tra consulti urologici e ginecologici inconcludenti, prima di arrivare alla diagnosi! Perché purtroppo ancora oggi la maggioranza degli operatori sanitari è carente nell'affrontare, o semplicemente nell'inviare ad altri, le CPPS inclusa la più nota BPS. Ma siamo qui per fare meglio...

Bibliografia

1. Laden BF et al. Comorbidities in a nationwide, heterogenous population of veterans with Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. Urology. 2021 Oct;156:37-43. doi: 10.1016/j.urology.2021.04.015. Epub 2021 Apr 23. PMID: 33901534; PMCID: PMC8536792. 2)Pyo JS,
2. Cho WJ. Systematic Review and Meta-Analysis of Intravesical Hyaluronic Acid and Hyaluronic Acid/Chondroitin Sulfate Instillation for Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome. Cell Physiol Biochem. 2016;39(4):1618-25. doi: 10.1159/000447863. Epub 2016 Sep 15. PMID: 27627755.
3. European Urological Guidelines on Chronic Pelvic Pain - 2022

La sessualità vissuta male, ripercussioni sul pavimento pelvico

STELLA DE CHINO

Fisioterapista, Educatrice professionale, Consulente sessuale Schio (VI) stelladechino@gmail.com

Nell'approccio alla persona con problematiche pelviche è importante integrare le conoscenze sulla sua sessualità. Non è affatto banale fare delle domande mirate per poter inscrivere la patologia del paziente nel suo vissuto e comprendere eventuali interconnessioni fra il sintomo e la sfera sessuale.Durante l'intervista libera metteremo a fuoco la componente sessuale attraverso domande aperte e momenti di ascolto sempre nel rispetto del paziente e della sua sensibilità.
Domande generiche precedono quelle specifiche e ci permettono di "sondare" il terreno senza invadere. "Che rapporto ha con la sessualità?" apre uno spazio di dialogo dove il paziente SCEGLIE cosa dire e in base alla risposta possiamo indirizzarci per ulteriori domande che diverrano via via più mirate e chiuse.
Molto spesso, a causa di una problematica pelvica, la sessualità viene abbandonata oppure l'abbandono della sessualità può secondariamente far insorgere una disfunzione. Ad esempio molte donne con prolasso pensano che sia dannoso fare l'amore, oppure se per qualche motivo vengono vietati i rapporti pensano che sia vietato anche il piacere.
Quante persone a causa di cistiti ricorrenti rinunciano alla sessualità per la paura che possa provocarle? E in quanti di questi casi troviamo un ipertono della muscolatura del comparto anteriore?
Quante donne ad esempio dopo la prostatectomia del compagno iniziano a manifestare dopo qualche anno incontinenza urinaria? La mancanza di rapporti sessuali determina una modificazione della muscolatura pelvica e della mucosa che porta spesso, dopo alcuni anni, a fenomeni di atrofia del vestibolo vulvare.
La "pedagogia medica" in questo caso consiste nell'acquisire padronanza dell'intervista discorsiva, strumento di eccellenza della medicina narrativa, la quale mette al centro i vissuti del paziente.
La caratteriste di questa intervista sono: le domande aperte, ampio spazio per i silenzi e uso consapevole delle pause, sviluppo della capacità di ascolto empatico, domande aperte che focalizzano, uso del ricalco, riassumere spesso quello che il paziente ha detto, uso della tecnica ECRA (esplicitare, comprendere, rispettare, aiutare). Oltre a questo è fondamentale saper guardare negli occhi, aver presente semplici regole come non leggere i documenti finchè il paziente parla e non dare segnali di frettolosità.
Lungi dal sostituirci ai sessuologi, il nostro ruolo è quello di comprendere come viene vissuta la sessualità per capire poi il tipo di supporto da suggerire.

HPV e motilità degli spermatozoi

ANDREA GAROLLA

Andrologia e Medicina della Riproduzione, Università Padova andrea.garolla@unipd.it

L'infertilità è un importante problema di salute che colpisce fino al 16% delle coppie nel mondo. In particolare, l'infertilità maschile è responsabile di circa il 50% dei casi e le varie cause da fattore maschile possono essere classificate in pre-testicolari (ad esempio malattie dell'asse ipotalam-ipofisi), testicolari (come l'insufficienza testicolare primaria) e post-testicolari (ad esempio patologie ostruttive delle vie seminali). Negli ultimi anni, le infezioni sessualmente trasmissibili (STI) sono sempre più frequentemente riportate da ricercatori e clinici come causa di infertilità maschile. In particolare, numerosi lavori scientifici hanno documentato la presenza di HPV nel liquido seminale di soggetti infertili ed ha riportato che l'infezione a carico degli spermatozoi può essere presente anche in soggetti infertili completamente asintomatici. Per questo motivo, i nostri studi si sono focalizzati a valutare l'impatto dell'infezione da HPV sui parametri seminali e sull'andamento della fertilità naturale e mediante tecniche di fecondazione assistita, mirando a valutare il peso di questa infezione come possibile causa di infertilità idiopatica nelle coppie con assenza di qualsiasi causa nota di infertilità o di abortività.
Da nostri dati possiamo concludere che l'infezione seminale da HPV è in grado di compromettere profondamente i parametri seminali, inducendo lo sviluppo di autoanticorpi, riducendo la motilità degli spermatozoi e la loro capacità di raggiungere e penetrare l'ovocita; riducendo così la fertilità naturale della coppia. Inoltre, quando il DNA virale è presente sulla superficie degli spermatozoi, le tecniche di fecondazione assistita restituiscono agli spermatozoi la capacità di fertilizzare l'ovocita ma permettono l'ingresso del DNA virale. Gli embrioni che ne originano danno luogo molto frequentemente a fallimenti di impianto o ad interruzione dello sviluppo embrionale e pertanto la presenza del virus negli embrioni è stata correlata alla riduzione tasso di gravidanza e all'aumento del tasso di aborto. Al contrario di quanto riscontrato per il maschio, l'impatto dell'infezione da HPV nel tratto genitale femminile per quanto riguarda la fertilità è meno chiara.

Alla luce dei nostri risultati che dimostrano un ruolo chiaro del legame tra infezione seminale da HPV e infertilità di coppia, abbiamo suggerito delle flow-chart diagnostico terapeutiche per la gestione, il counseling ed il trattamento delle coppie con infertilità idiopatica ed in particolare quando il partner presenta l'infezione seminale da HPV. Lo scopo di queste flow-chart è quello di fornire ai medici della riproduzione strumenti per una corretta gestione clinica di queste coppie al fine di garantire il miglior risultato riproduttivo, sia per la ricerca di una fertilità naturale che tramite tecniche di fecondazione assistita.

Telemedicina: cellulare, tablet, la tecnologia incide sul pavimento pelvico?

ANTONINO IACONA

Ginecologo, divulgatore scientifico e collaboratore di Tv private aiacona@me.com

Che cos'è la telemedicina? È interessante la definizione che ne dà Clinica Mayo: con telemedicina si intende l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione digitali, come computer e dispositivi mobili, per accedere ai servizi sanitari da remoto e gestire l'assistenza sanitaria. Tecnologie, si sottolinea in modo chiaro, di fatto alla portata di tutti e soprattutto delle persone anziane e di chi, per un motivo qualsiasi non è in grado di muoversi per raggiungere le risorse sanitarie nella loro residenza. Quello che un tempo non lontano si poteva fare con una semplice telefonata era poco e spesso comportava anche rischi e problemi legali oggi è stato reso molto più semplice dalla tecnologia alla portata di tutti (o quasi).

Di solito il paziente consulta il medico solo dopo avere cercato nel web la soluzione dei suoi problemi e quindi pensa di sapere tutto e vuole dal medico la conferma delle sue deduzioni. Il medico deve assecondare tale convinzione usando frasi come: "Come lei ben sa, oppure, nel caso di persone che gravitano nel circuito dell'insegnamento, come lei mi INSEGNA. Oggi il medico, il fisioterapista, l'infermiere può parlare direttamente e VEDERE ed ESSERE VISTO dalla persona bisognosa di assistenza. Le persone anziane posseggono tutte un telefono, spesso di ultima generazione. Molti di essi hanno un tablet e spesso addirittura un computer in dotazione. Tutto ciò è particolarmente utile nel caso si tratti di problemi legati al pavimento pelvico. Nel caso si tratti di esercizi di riabilitazione, con le tecniche che saranno ampiamente illustrate in questo corso, l'operatore potrà assistere e guidare la persona bisognosa di assistenza aiutandolo ad eseguire meglio gli esercizi rendendo il paziente più collaborativo e consapevole di quanto sta facendo. Nella relazione verranno elencati gli strumenti a disposizione della telemedicina ed i consigli per ottenere un contatto che sia più vicino possibile alla presenza fisica. La scelta dell'ambiente dal quale e verso il quale il flusso di informazioni verrà diretto e perfino il linguaggio del corpo del facilitatore sono importanti. Da non trascurare l'uso ludico degli strumenti informatici. Mi riferisco alla accessibilità da parte delle persone, anche anziane, ai siti porno la cui frequentazione può risvegliare istinti che parevano ormai sopiti. Si potrebbe arrivare, per le coppie lontane fisicamente tra di loro, ad una reciproca masturbazione che potrebbe diventare molto vicina alla realtà con la prossima diffusione del metaverso.

I benefici della telemedicina si riverberano sia sulle strutture sanitarie che sui medici, sui pazienti e i cittadini in generale. Dal punto di vista dei medici significa poter seguire un numero maggiore di pazienti, anche al di fuori della loro zona geografica, estendendo anche le ore di disponibilità al di là degli orari previsti dalle strutture sanitarie. Dal punto di vista dei pazienti, la telemedicina assegna a loro e anche ai loro familiari un ruolo attivo e proattivo. L'attività riabilitativa sarà sicuramente facilitata dall'aiuto in diretta dell'istruttore e dalla possibilità che avrà il paziente di inviare immagini delle problematiche. Si pensi al prolasso genitale e rettale trasmesso in diretta e con meno vergogna per la valutazione dei progressi. Dal punto di vista economico, sempre tenendo presente che non si tratta di una pratica sostitutiva rispetto alle normali prestazioni sanitarie, la tele-visita ha un impatto molto inferiore sui costi di gestione.

Spetta al medico insegnare al paziente a prendersi cura di sé, ma è poi compito del paziente mettere a frutto le esperienze acquisite.

La riabilitazione classica: passato, presente e futuro

ANTONELLA CAVALIERI

Centro Progetto Donna, Padova antonella.amaca@gmail.com

Ormai da numerosi anni la riabilitazione del pavimento pelvico rappresenta il trattamento di prima scelta riconosciuto da numerose società scientifiche.

Il pavimento pelvico ha un ruolo complesso per le sue numerose funzioni (urinaria, fecale, riproduttiva, sessuale) che s'intrecciano con quelle degli altri distretti corporei e che vengono influenzate dalla componente emotiva e psicologica del singolo individuo.

L'approccio multidisciplinare ed interdisciplinare d'equipe diviene così indispensabile per programmare un intervento riabilitativo personalizzato che dia un reale risultato al paziente.

I primi passi attuati nell'ambito riabilitativo sono riconducibili agli esercizi muscolari perineali introdotti da Arnold Kegel nel 1950 per trattare il prolasso genitale e l'incontinenza urinaria. Solo negli anni '70 Fall e Lindstrom propongono le basi neurofisiologiche della stimolazione elettrica a livello vaginale. In Italia si comincia a parlare di utilizzo di metodiche riabilitative per il trattamento dell'incontinenza urinaria nel 1990 arrivando ad ottenerne un riconoscimento solo nel 1992.

Oggi le tecniche riabilitative utilizzate vengono rappresentate da *metodiche classiche* affiancate a utilizzo di tecnologie avanzate come ad esempio la *radiofrequenza* e la *tecarterapia* pelvica.

La *stimolazione elettrica funzionale* (SEF) e il *biofeedback* trovano impiego non soltanto nel recupero dell'incontinenza urinaria, ma anche nelle diverse disfunzioni del pavimento pelvico anteriore, centrale e posteriore, in particolare in quelle situazioni dove si richiede di affiancare alla chinesiterapia il supporto strumentale.

La corretta applicazione delle metodiche strumentali deve oggi essere il risultato di un ragionamento clinico che tenga in considerazione la valutazione funzionale del pavimento pelvico e la sintomatologia di quel determinato paziente. È molto importante comprendere la condizione del muscolo a riposo, il grado di forza e tenuta muscolare nonché l'affaticabillta' rilevata durante l'esecuzione del pc test. Non è possibile quindi pensare a programmi standardizzati, come invece spesso ritroviamo nei format predefiniti all'interno delle apparecchiature biomedicali, e che ci portano a pensare che sia sufficiente "schiacciare un bottone" per risolvere un problema. È il *terapista* che, analizzando il caso, giunge alla scelta del protocollo corretto. Non è quindi questione solo di Hz o di seguire grafici preimpostati proposti dall'apparecchiatura del biofeedback: non si può risolvere un problema complesso come quello delle disfunzioni perineali posizionando una sonda nel canale vaginale o in quello anale.

È fondamentale la presenza del terapista che, acquisita la storia anamnestica del paziente ed eseguito l'esame obiettivo generale e perineale, crei un programma ad hoc scegliendo la giusta ricetta fatta sì di corrette tecniche riabilitative, ma che preveda anche un buon grado di empatia che apra l'accesso al *cuore* e alla *mente* della persona.

Per il futuro riabilitativo dobbiamo pensare che le metodiche classiche non potranno mai essere accantonate e sostituite da apparecchiature sempre più innovative, ma troveranno sempre spazio se impiegate con scienza e coscienza dal terapista in una visione unitaria dell'individuo dove corpo, anima e mente sono un tutt'uno se davvero vogliamo ottenere il successo terapeutico.

Presidi per stipsi terminale e transito rallentato

ANTONELLA CAVALIERI

Centro Progetto Donna, Padova antonella.amaca@gmail.com

L'intestino ha un ruolo primario nel mantenere lo stato di salute fisico e mentale dell'individuo e il suo benessere impatta notevolmente sulla qualità di vita. Conosciamo tutti la connessione nervosa fra cervello e intestino che avviene grazie al nervo vago per l'azione della serotonina (l'ormone del buonumore), prodotta per il 95% dalle cellule della mucosa intestinale. La cospicua presenza di cellule enterocromaffini contenenti serotonina regola la motilità intestinale e le secrezioni intestinali influenzando così il transito intestinale. L'interrelazione fra il sistema nervoso enterico (conosciuto anche come "secondo cervello") e il cervello (sistema nervoso centrale – snc) spiega come ansia, depressione o semplicemente lo stress psicofisico abbiano un impatto sulla funzione intestinale. Inoltre, oggi si parla sempre più di microbiota intestinale (MI) e sono molteplici le evidenze che dimostrano che il MI influenzi la motilità del colon: per tale ragione l'alterazione della sua composizione può anche determinare una situazione di stitichezza.

Sappiamo da tempo che la stipsi non è una malattia, bensì un insieme di sintomi che portano all'alterazione della qualità di vita del paziente che li lamenta. Sono descritte due tipologie di stipsi: quella da rallentato transito che agisce riducendo la motilità del colon e quella da defecazione ostruita che invece interessa l'ultimo tratto dell'ano-retto ed è spesso conseguente a una difficoltà nella coordinazione muscolare (dissinergia, inversione comando, contrazione paradossa) o, w creduto, ad ostacoli anatomici rappresentati dal rettocele, eccedenza mucosa, intussuscezione o prolasso rettale. Considerando l'impatto che il fattore psicologico ha sulla motilità intestinale si può comprendere meglio perchè i soggetti affetti da stipsi siano non di rado persone affette da disagi di natura psicologica, sociale e affettiva: di questo bisogna tenerne conto nella programmazione di un intervento riabilitativo e soprattutto se si decide di intervenire chirurgicamente per non aggravare ulteriormente il quadro sintomatologico.

Tra i suggerimenti per la stitichezza viene spesso proposto lo *sgabello* da posizionare sotto i piedi durante la seduta sul wc, ma occorre fare alcune considerazioni per comprendere se realmente questo ausilio sia davvero funzionale. L'impiego dello sgabello è proposto perchè sembrerebbe simuli la posizione accovacciata (posizione fisiologica ereditata da nostri avi per defecare) con l'ampliamento e rettilineizzazione dell'angolo ano-rettale. Questa è una postura modificata poiché il paziente non è in posizione accovacciata "libera", ma appoggia comunque il bacino sulla tavoletta del wc limitando così il movimento di antiversione e l'attivazione della componente muscolare. Sarebbe interessante attuare uno studio tramite rmn pelvica dinamica in posizione seduta per valutare realmente l'atteggiamento funzionale muscolare generato dall'utilizzo dello sgabello.

I pazienti che mostrano segni di alterazione della *sensibilità ano-rettale*, evidenziata anche da manometria senza alterazioni neurologiche, possono beneficiare della *riabilitazione volumetrica* che viene eseguita dal terapista a livello ambulatoriale. L'*idrocolonterapia* è una metodica in qualche modo diffusa fin dall'antichità tra Egizi, Greci e Romani e oggi viene impiegata nella stipsi da rallentato transito. La tecnica prevede un lavaggio del colon tramite una sonda monouso e la pressione generata dall'apparecchiatura spinge 25-30 litri d'acqua lungo le anse intestinali con l'obiettivo di ripulirle e migliorarne la motilità. Questo lavaggio viene utilizzato anche nella preparazione per la coloscopia e in alcune condizioni di stitichezza. Ad oggi però mancano studi che possano avvalorarne la validità scientifica. Tra i *presidi diagnostici* per il transito rallentato vanno considerati il *test della sfera solida/palloncino*, un dinamometro che dimostra la diversa forza contrattile dello sfintere a riposo in contrazione e in spinta evacuatoria e i *marcatori radiopachi* per lo studio del *tempo di transito intestinale*. Altri presidi sono i *dilatatori anali*, il *biofeedback manometrico e elettronico*, l'indicatore di *sinergia/dissinergia* RELAXER che nelle forme di incoordinazione pelvi perineale corregge la dissinergia tramite un biofeedback di tipo acustico, il *clistere pulsante* per la TAI (Trans Anal Irrigation) PULSACLIS, metodo innovativo, dotato di cannula lunga e morbida, per i casi di stipsi grave e di incontinenza fecale. Il sottile getto igienico IGIET viene utilizzato per l'igiene anale nel normale wc domestico e, grazie al getto filiforme sull'anoderma (anal pick) ha anche la possibilità di evocare il riflesso ano-colico migliorando la defecazione frazionata.

L'importanza dell'integrazione del piacere nel percorso di guarigione

STELLA DE CHINO

Fisioterapista, Educatrice professionale, Consulente sessuale, Schio (VI) stelladechino@gmail.com

Nell'ultimo ventennio, anche grazie al confronto fra la medicina tradizionale e quella non convenzionale, la dicotomia mente/corpo si prepara ad essere superata, soppiantata da una visione biopsicosociale dove l'obbiettivo è lo stato di benessere e non l'assenza di malattia.

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) infatti nel 2006 definisce la salute sessuale (2006) come segue: "La salute sessuale è uno stato di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale legato alla sessualità; non riducibile all'assenza di malattia, disfunzione o infermità. La salute sessuale richiede un approccio positivo e rispettoso alla sessualità e alle relazioni sessuali, così come la possibilità di avere esperienze sessuali piacevoli e sicure, libere da coercizioni, discriminazioni e violenza. Per far sì che la salute sessuale venga raggiunta e mantenuta, i diritti sessuali di ognuno devono essere rispettati, protetti e soddisfatti".

Questa inclusione della sessualità nel concetto di salute è un traguardo fondamentale. Non è sempre stato così. La medicina ha conosciuto la sua "fase vittoriana" e ha contribuito a creare paure e tabù che oggi faticosamente dobbiamo superare.

La medicina per un lungo periodo di tempo si è fatta carico di "censurare" molti comportamenti legati alla sessualità. Il filosofo francese Michel Foucault ben descrive come la medicina ha preso, all'inizio del 900 il testimone della chiesa per

"controllare" la sessualità. In questo periodo buio vengono descritti i danni della masturbazione e moltissime malattie vengono definite di origine sessuale. Pertanto, siamo sempre noi, i professionisti della salute, chiamati ora a rimediare al danno culturale fatto.
Integrare il piacere nel percorso di guarigione significa spiegare l'importanza per il corpo e per la mente della sessualità. Descrivere cosa accade ai tessuti durante il processo di eccitazione, ai muscoli, ai vasi sanguigni, ai neurotrasmettitori.
Significa dare informazioni sui benefici della sessualità e sull'importanza del non subirla. Significa anche cercare di capire come viene vissuta nella coppia e se ci sono situazioni di "abuso silenzioso".
Integrare la sessualità significa sorridere serenamente parlando di questi temi e rispondere alle domande.
Integrare la sessualità significa altresì lavorare su se stessi e sulle proprie convinzioni limitanti, sulle contrattitudini e sul nostro potenziale comunicativo.
Integrare la sessualità significa creare una "cultura trasversale" per tutte le professioni mediche in modo che sia possibile acquisire un linguaggio comune e comuni obbiettivi.
Solo quando la persona sarà in grado di "vivere la pelvi" potremmo davvero dire di averla accompagnato davvero verso la completa guarigione.

L'approccio riabilitativo alla sessualità

DÉSIRÉE UGUCCIONI DEI BUONDELMONTI

Fisioterapista consulente sessuale, ISPRO, Firenze desibuonde@yahoo.it

Come prima cosa possiamo renderci conto che abbiamo bisogno di stabilire un linguaggio comune, per niente scontato. Comune a chi? Comune a noi in quanto facenti parte di gruppi di professionisti complementari, ma anche (e diversamente) comune ai pazienti di cui vogliamo comprendere le esigenze palesi quanto le richieste che non osano esplicitare.
Sessualità, sesso, fare sesso, fare l'amore, disfunzione sessuale, défaillance, impotenza, frigidità, eccitazione, desiderio, genere, orientamento… siamo bombardati dall'uso improprio di vocaboli che confondono i pazienti e spesso rischiano di rendere a noi difficile una comunicazione efficace con questi ultimi.
Riappropriamoci quindi di definizioni "scientifiche" anche per poterle distinguere dal vocabolario popolare, che rimane comunque utile se non indispensabile per la comprensione di ciò che i pazienti ci portano: ma qui sono loro che ci insegnano, ciascuno il proprio lessico talvolta tragicamente individuale, mentre noi ci adattiamo ad una flessibilità linguistica di cui forse non avremmo voluto farci carico. Ma tant'è.
Arriviamo così a conoscere quali siano le reali richieste dei pazienti, spesso celate all'interno di domande "normali" o tirate fuori con sforzi basati su aspettative poco fondate. Altrettanto importante è conoscere le risposte che possiamo dare, anche quando si tratti di fare semplicemente l'invio corretto.
Dunque, passando dai luoghi comuni alle definizioni scientifiche: che cos'è il sesso? Cosa la sessualità? E, senza addentrarci nella fisiopatologia, che cos'è una disfunzione sessuale? e quali sono esattamente, come mi oriento? E cosa significa riabilitarne una o più d'una? E cosa faccio quando ci siano più disfunzioni concomitanti? C'è una priorità nell'affrontarle? E sono davvero tutte trattabili anche da un punto di vista riabilitativo? E, nell'ambito di tali disfunzioni, quali sono le competenze riabilitative? Quali quelle specialistiche? E i limiti della riabilitazione? Quali competenze sono davvero necessarie?
Spesso non si danno indicazioni precise rispetto alle domande che il sanitario può soddisfare in ambito sessuologico. Impariamo invece anche a conoscere le tipologie di percorsi terapeutici che possono essere proposte ai nostri pazienti dai diversi sanitari con diverse competenze.
Qual è il percorso riabilitativo per ciascuna disfunzione? Vedremo che cosa il riabilitatore può fare a seconda delle proprie competenze e qualifiche.
Quale invece l'approccio del counseling sessuologico? È analogo alla riabilitazione in senso stretto? Talvolta avere tra le proprie carte delle possibilità in più può essere utile; talaltra essenziale. Il lavoro in squadra si rivela, come sempre, vincente e vedremo come.

Pressione/decompressione, consapevolezza e pavimento pelvico

LOREDANA LA TORRE

Ospedale Nuovo Regina Margherita, Roma lorylatorre@gmail.com

Decompressione spiega qualsiasi intervento per ridurre la pressione all'interno di una cavità anatomica.
La nostra vita corre ad un ritmo frenetico, difficilmente riusciamo a staccare i nostri sensori dal mondo esterno. Rumore, traffico, stress ci portano ad una postura compressa, accorciata, ad un sovraccarico
delle strutture scheletriche e fasciali, con conseguente stato muscolotensivo generale. L'utilizzo del computer ci porta ore infinite in posizioni sedute scorrette, se non prestiamo la giusta attenzione alla posizione della testa, se non siamo consapevoli di quanto chiudiamo lo sterno immersi nella lettura , o alla posizione che assume il bacino quando siamo concentrati per ore a scrivere un progetto, o alla perdita delle fisiologiche curve della colonna vertebrale, alteriamo l'organizzazione posturale, con conseguente *pressione* sugli organi interni.
Il corpo Èavvolto da un *sistema fasciale* che, come una grande ragnatela, ricopre, avvolge e connette pelle, muscoli, ossa, organi da una estremità all'altra. Tutti i movimenti che avvengono nella gabbia toracica si ripercuotono sull'addome e di conseguenza nella zona pelvi/perineale, tutto ciò che accade nella zona perineale si ripercuote nei segmenti superiori.
Il *non allineamento* della testa, della gabbia toracica, del bacino, della colonna vertebrale crea sovraccarico alle strutture sottostanti, una pressione costante che altera la funzionalità del pavimento pelvico e degli organi in esso contenuti creando con il tempo disfunzione, prolasso, dolore pelvico, ipertono, ipotono dei muscoli perineali e spesso alterazioni della funzionalità sfinteriale della zona pelvi/perineale. Se non c'è *consapevolezza* e non prestiamo attenzione alle posture che adottiamo, o alle informazioni propriocettive, o a quelle esterocettive che il corpo continuamente ci invia, ci adattiamo, compensiamo ed arriviamo ad un'anestesia somato sensoriale. Il corpo dopo tanta pressione e sofferenza, manifesta "il sintomo".
La *Teoria Integrale* evidenzia che il ripristino della forma porta al ripristino della funzione. Peter Papa Petros, ginecologo e neurofisiologo, definisce il pavimento pelvico come un ponte sospeso, le strutture
pelviche essendo interdipendenti, e l'indebolimento di una qualsiasi struttura può nuocere all'equilibrio, alla resistenza e alla funzionalità dell'intero sistema.
Per applicare il concetto di decompressione dobbiamo evidenziare delle *parole chiave*: attenzione, consapevolezza, percezione, interocezione, esterocezione, pressione, forma, funzione, bolla viscerale, flessibilità toracica, libertà respiratoria, neutralità del bacino, tensigrità, forma, spazi.

Guidati attraverso la consapevolezza all'*ascolto corporeo* possiamo lavorare sulla coscientizzazione della "pressione decompressione viscerale *postura*", pressione decompressione viscerale *respirazione*, pressione decompressione viscerale *pavimento pelvico*, pressione decompressione viscerale *defecazione*, pressione decompressione viscerale *voce*, pressione decompressione viscerale *posizione seduta*, pressione decompressione viscerale *vita quotidiana.*

In *conclusione* considerato che testa, gabbia toracica, addome, bacino e pavimento pelvico sono tutte strutture unite dalla colonna vertebrale e dal sistema fasciale, che qualsiasi movimento o cambiamento di postura si ripercuote sul pavimento pelvico e viceversa, è quindi fondamentale attraverso l'attenzione e la consapevolezza arrivare alla decompressione di tutte le strutture osteo-articolari ed organiche attraverso l'uso di posture funzionali.

Presidi domiciliari: dilatatori e dispositivi innovativi

ANTONELLA CAVALIERI

Centro Progetto Donna, Padova antonella.amaca@gmail.com

Riabilitare significa rendere autonomo il paziente ed educarlo ai corretti stili di vita. Compito del terapista del pavimento pelvico è fornire al paziente gli strumenti per poter mantenere gli effetti del trattamento ambulatoriale anche a domicilio. I presidi domiciliari a disposizione sono molteplici, hanno funzioni differenti e vanno scelti in base alla disfunzione da trattare e alla valutazione muscolare riscontrata durante la visita: questi comprendono dilatatori anali e vaginali, biofeedback manometrico e elettronico, coni vaginali, indicatore di sinergia/dissinergia, clistere pulsante per Trans Anal Irrigation /TAI, getto igienico/ anal pick.

Quando ci troviamo di fronte a un ipertono del pavimento pelvico è necessario che il paziente continui ad effettuare uno stretching della muscolatura anche a domicilio. Un aiuto arriva dai dilatatori (vaginali e anali), dispositivi di forma conica disponibili in varie misure che hanno lo scopo di allungare progressivamente la muscolatura con l'obiettivo di ripristinare gradualmente il tono di base eliminando così la resistenza data dall'aumento del tono muscolare. I dilatatori sono anche prescritti per facilitare la connessione fra cervello e corpo per ridurre l'ansia e il dolore che possono essere vissuti in previsione del rapporto sessuale nelle donne affette da sindrome dolorosa sessuale.

1. È curioso sapere che i dilatatori nascono già nell'ottocento per la cura della stitichezza e che oggetti similari come i dildo (sex toys) sono stati rinvenuti in Pakistan nel 4.000 a.C. durante le cerimonie rivolte al Dio Shiva (*Sex toys, breve storia. www.fioreavvelenato.com, 18/6/19*). Nella storia questo strumento era comune soprattutto nella pratica sessuale per la ricerca del piacere e nei riti dedicati alla divinità della fertilità e della resurrezione e non pensato come cura e trattamento di una patologia.
2. Ancora oggi questi dildo assumono un ruolo di grande importanza nei giochi erotici sessuali facendo parte di un mercato mondiale annuo relativo alla vendita di sex toys di circa 29 miliardi di dollari con un incremento di ben il 40% delle vendite in Italia solo nel 2021 (*Pinotti F. Corriere della Sera 18.2.2021).*

Non dimentichiamoci però che i principali dilatatori che rientrano fra i dispositivi medici sono spesso marcati CE, poiché trattano patologie e con sintomi di natura disfunzionale (vaginismo, anismo, dispareunia, patologia emorroidaria, distrofia e atrofia vaginale, ecc).

Nonostante siano impiegati da numerosi anni poco si sa circa i comportamenti dei pazienti che utilizzano di dilatatori e quali siano i protocolli di trattamento più efficaci. Altresì non si conosce l'efficacia dei dilatatori nell'aiutare i pazienti a raggiungere un soddisfacente risultato.

Da uno studio del 2021 emerge che i fattori che hanno portato verso risultati migliori per i pazienti sono stati la durata del trattamento di dilatazione (superiore a 3 mesi) e l'uso della meditazione e della musica rilassante *(Liu M. Vaginal Dilators: Issues and Answers. Review Sex Med Rev. 2021:212*).

Tra i dispositivi innovativi per l'ipertono del pavimento pelvico è nato il T-FLEX che permette di raggiungere i trigger point in maniera più pratica e semplice rispetto al massaggio perineale.

E per l'ipotonia del pavimento pelvico? Quali sono i presidi domiciliari più utilizzati? Una volta rieducata la paziente all'utilizzo corretto della muscolatura e raggiunta un'adeguata propriocezione il terapista può consigliare a domicilio dispositivi come i coni vaginali ideati da Plevnik nel 1985: costituiti da set di 3,4 o 5 coni di materiale plastico sono di diversi pesi crescenti e vengono introdotti nel canale vaginale obbligando la paziente a eseguire una contrazione perineale.

Altri dispositivi innovativi utili a migliorare l'ipotonia del pavimento pelvico comprendono il G-FLEX, l'EPINO e il K-GOAL che tramite un sistema di biofeedback manometrico o elettromiografico consente un allenamento consapevole della muscolatura perineale.

L'indicatore RELAXER evidenzia la dissinergia e la corregge con un biofeedback acustico. Il clistere pulsante PULSACLIS è un metodo innovativo, dotato di cannula lunga e morbida per la Trans Anal Irrigation /TAI, per i casi di stipsi grave e di incontinenza fecale. L'IGIET, utilizzato per l'igiene anale nel normale wc domestico, con un sottile getto sull'anoderma (anal pick) evoca il riflesso ano-colico evitando la defecazione frazionata.

La valutazione del pavimento pelvico anteriore in funzione chirurgica

LUISA MARCATO

Clinica Ostetrica e Ginecologica Università di Padova luisamarcato70@gmail.com

In ginecologia le indicazioni più frequenti alla chirurgia non oncologica sono: fibromatosi uterina, patologie annessiali, infezioni pelvi-perineali, endometriosi. Le patologie con componente funzionale riguardano soprattutto prolasso genitale, incontinenza e ritenzione urinaria. Anche la vulvodinia può beneficiare di terapia chirurgica (per es. vestibolectomia). La vagina è un organo continuo e il prolasso di un comparto è spesso associato al prolasso di un altro. La fascia endopelvica sostiene vagina e utero in 3 livelli: legamenti uterosacrali-cardinali/spina ischiatica- sacro (I), fascia pubo-cervicale/arco tendineo dell'elevatore dell'ano (II), corpo perineale/muscoli perineali (III). Se la fascia endopelvica suburetrale si stacca dall'arco tendineo l'uretra perde il supporto al collo vescicale e ne consegue l'incontinenza urinaria da stress. Quando il pavimento pelvico si indebolisce, per danni da traumi, ecc. e gli attacchi della fascia si allentano, si modificano le forze vettoriali applicate ai visceri e ne derivano prolassi, con o senza disfunzioni la cui percezione da parte delle pazienti è molto soggettiva, dato questo estremamente iportante per l'indicazione chirurgica. L'**anamnesi** con questionari, per es. sulla q.d.v., è fondamentale per capire e decidere. Nell'**esame obiettivo** vaginale si richiede una spinta vigorosa per misurare il prolasso in ciascun segmento (classificazione Baden-Walker/ Half Way System e sistema POP-Q) completando la stadiazione con un esame retto-vaginale. Bastano pochi altri test diagno-

stici per valutare ulteriormente i pazienti con POP: l'**imaging** ecografico e con RM aiuta a capire l'esatta natura dei difetti del supporto prima di tentare riparazioni chirurgiche, ma va limitato ai casi più complessi con prolassi pluricompartimentali o sintomi di non univoca interpretazione (dolore pelvico, ritenzione…) o nelle complicanze postoperatorie. L'**urodinamica** nelle donne con POP, con o senza IUS sintomatica, non è chiaro se migliori il processo decisionale. Nei casi di prolasso/incontinenza lieve-moderata la gestione iniziale è conservativa con modifica dello stile di vita: la **riabilitazione** del pavimento pelvico può prevenire il peggioramento del prolasso, diminuire la gravità dei sintomi, aumentare forza, resistenza e sostegno della muscolatura, evitare o ritardare l'intervento chirurgico. I **dispositivi** meccanici (pessari) si utilizzano in donne non operabili per motivi medici o personali. In generale la **chirurgia** è indicata nei **prolassi** maggiori o uguali a stadio II se sintomatici e con IUS che comprometta la q.d.v. L'approccio è vaginale, addominale laparoscopico e laparotomico o in combinazione con procedure di tre tipi: *ricostruttive* utilizzando strutture di supporto endogene (tessuti nativi), *compensative* del difetto con innesti permanenti, *obliteranti* ossia chiudendo parzialmente o totalmente la vagina in donne debilitate o non sessualmente attive. La chirurgia anti-incontinenza necessaria a trattare l'incontinenza da stress coesistente o occulta, è spesso differita rispetto alla riparazione del prolasso vaginale anteriore e apicale. La colporaffia del tessuto nativo per il **colpocele** anteriore o posteriore consiste in una plicatura delle fascia pubocervicale e retto vaginale sulla linea mediana, diminuendo la larghezza della parete vaginale e rimuovendo il tessuto eccedente, integrata con una plicatura del muscolo elevatore dell'ano; questa chirurgia riparativa fasciale presenta un alto tasso di recidive: il supporto apicale è la chiave per una corretta riparazione ricostruendo la sospensione uterina o vaginale al I livello di De Lancey ovvero al complesso del ligamento sacro spinoso o al promontorio sacrale o agli utero sacrali (per via transvaginale o addominale con suture o reti in polipropilene). Le reti nella chirurgia del prolasso/incontinenza rinforzano il tessuto nativo indebolito e strappato e ovviano al problema delle recidive. Tuttavia il materiale deve essere sicuro, biologicamente compatibile, resistente e flessibile con un buon risultato anatomico e soprattutto funzionale nei tre ambiti urinario, defecatorio e sessuale.

Uso dei probiotici nella stipsi e nella incontinenza fecale

GABRIELE BAZZOCCHI

Professore Alma Mater Università di Bologna, già Direttore UO Neurogastroenterologia e Riabilitazione Intestinale Montecatone Rehabilitation Institute Imola (BO)
gabriele.bazzocchi@unibo.it

La Stipsi contende ai sintomi da Reflusso Gastro-Esofageo Patologico il primato di disturbo a carico del tubo digerente più frequente nelle popolazioni dei paesi ad alto tenore di vita. I quadri clinici con cui vengono riferiti dai pazienti i disturbi della defecazione sono raggruppabili in tre modi: la stipsi da rallentamento del transito nel colon; la stipsi da ostacolata defecazione e la stipsi associata a severo dolore addominale. Ciascuno di questi quadri può dipendere da malattie ben riconoscibili. Alcuni esempi: effetti di farmaci o danni neurologici per il primo tipo. Alterazioni delle strutture muscolo-nervose del pavimento pelvico in seguito a traumi o su base iatrogena per il secondo. Stenosi, diverticolosi complicata, infiammazioni o infezioni per il terzo tipo. Nella stragrande maggioranza dei casi i tre quadri hanno invece una origine del tutto "funzionale", in cui non sono riconoscibili altre cause se non un'alterazione del Gut-Brain-Axis, come oggi si preferisce inquadrare tutti i sintomi precedentemente ascritti ai Disturbi Gastro Intestinali Funzionali, meticolosamente classificati dai Criteri Diagnostici di Roma, giunti alla IV definizione. L'incontinenza fecale si divide in due tipi: la più frequente, sia nei bambini che negli anziani, è la conseguenza della stipsi: il patologico ristagno di feci nel retto, qualunque ne sia l'origine, malattia o alterazione funzionale che sia, comporta il superamento dei meccanismi della continenza, per cui si verificano imbrattamento continuo e/o evacuazioni non gestibili. Si parla in questi casi di "encopresi" o "incontinenza da overflow" o "diarrea paradossa" e la terapia è la medesima della stipsi severa. L'incontinenza vera e propria è invece conseguenza di una danno dei meccanismi della continenza, dalle malformazioni ano-rettali, al deficit contrattile degli sfinteri anali, alle conseguenze di interventi demolitivi sugli organi pelvici, a malattie neurologiche. I *Probiotici* sono definiti come "microorganismi vivi che quando assunti in adeguati quantità conferiscono un beneficio alla salute dell'ospite". I *Prebiotici* sono invece sostanze assunte con la dieta che non vengono digeriti perché non attaccati dagli enzimi umani, per cui giungono inalterati nel colon, dove promuovono selettivamente la crescita di gruppi batterici (principalmente *bifidobatteri*) che normalmente lì albergano, contribuendo quindi a potenziare protezione e promozione della salute dell'ospite. Questa definizione vale anche per le fibre alimentari, specie le insolubili, che sono componenti di cui è ricca l'alimentazione mediterranea. Anche i polisaccaridi che compongono la fibra infatti, non sono digeribili e costituiscono il substrato nutrizionale per il microbiota del colon, ma il termine "Prebiotici" va riservato a molecole più piccole, oligosaccaridiche, come inulina, galatto- e frutto-oligosaccaridi, che ingeriamo ogni giorno in piccole quantità.

Si definisce infine *Sinbiotico* un prodotto che associa un probiotico ed un prebiotico (o una fibra solubile, in genere lo psyllium) ottenendo un vantaggio perché la sinergica combinazione favorisce sia una maggior difesa dalla barriera acida gastrica per i batteri contenuti, sia la loro colonizzazione nell'intestino perchè i substrati nutrizionali sono già così disponibili. Gli studi che hanno indagato un effetto terapeutico di probiotici, prebiotici e sinbiotici sulla stipsi sono numerosi, ma i risultati non sono ancora condivisi del tutto dalla comunità scientifica. L'ampia varietà delle specie disponibili in forme farmaceuticamente usabili, le caratteristiche metaboliche di una specie spesso non trasferibile ad un'altra, oltre al range delle differenti formulazioni (capsule, buste, yogurt, latti fermentati o frullati e succhi) rendono difficile la comparazione degli effetti anche in studi controllati ben strutturati *(Hungin APS et al. Aliment Pharmacol Ther 2013; 38: 864-86)*. Il razionale perché una terapia con probiotici ad alte dosi sia efficacie in molte forme di stipsi è molto forte: sappiamo che le feci sono costituite fondamentalmente da batteri derivanti dalla moltiplicazione dei principali componenti il microbiota del colon che hanno sfruttato come base nutrizionale le fibre alimentari ed i prebiotici ingeriti. Se per varie ragioni (infezioni da patogeni, antibiotici, squilibri alimentari, abuso di lassativi) la ricchezza del microbiota, sia in termini quantitativi ma soprattutto di biodiversità, viene compromessa, la sola somministrazione di fibra alimentare potrebbe non essere sufficiente a ripristinare un corretto volume ed una normale consistenza delle feci. Poiché la motilità del colon ad effetto propulsivo si modula su questi due elementi fisici del bolo fecale, le problematiche di stipsi potrebbero rimanere invariate nonostante l'assunzione di fibre, procinetici e lassativi. Vi sono già seri lavori che dimostrano come una supplementazione con probiotici *(Kim SE et al. J Neurogastroenterol Motil 2015; 21: 111-120)*, ma forse ancora di più con *Sinbiotici (Bazzocchi G et al. Tech Coloproctol 2014; 18: 945-53)*, in questi casi può rivelarsi vincente. Molto interessante sono le osservazioni sul ruolo dei probiotici e sinbiotici nel prevenire le complicanze della chirurgia colorettale *(Kinross J. Tech Coloproctol 2022: 26: 687-9).*

Come valutare il pavimento pelvico posteriore in funzione chirurgica

SIMONA ASCANELLI

UO Chirurgia 2, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ferrara ass@unife.it

Le malattie organiche e funzionali del pavimento pelvico posteriore sono molteplici, complesse e variamente associate tra loro. I prolassi ad esempio si accompagnano spesso a incontinenza o ritenzione, come gli esiti delle suppurazioni pelviperineali, delle malattie infiammatorie o delle terapie oncologiche che possono interferire con tutte le funzioni degli organi pelvici. Un elenco, incompleto, di malattie **organiche** da considerare in funzione chirurgica per prevedere e prevenire i rischi di conseguenze a livello funzionale è il seguente: emorroidi, ragade anale, prolasso mucoso rettale, eccedenza mucosa (prolasso mucoso occulto), intussuscezione retto-rettale e retto-anale, prolasso rettale completo, enterocele, perineo discendente e disceso, rettocele con o senza colpocele posteriore, lesioni sfinteriche, fistole anali, malattie sessualmente trasmesse, idrosadenite. L'elenco delle patologie apparentemente solo **funzionali** da tener presenti comprende: stipsi terminale o sindrome da ostruita defecazione, ipertono anale, dissinergia/anismo con defecazione ostruita, incontinenza anale e fecale, dolore anale e pelviperineale cronico. I **sintomi** relativi al comparto posteriore del pavimento pelvico da valutare attentamente come possibili indicazioni chirurgiche sono: defecazione difficoltosa, necessità di digitazioni, imbrattamento e incontinenza, rettorragia (che richiede obbligatoriamente l'esclusione di patologie neoplastiche), dolore anale e perineale di vario tipo, prolasso, disfunzione sessuale per senso di ingombro vaginale, dispareunia, disfunzione urinaria riflessa, stati flogistici vari con diarrea, febbre, secrezioni anali e vaginali, edema. Nella raccolta dell'**anamnesi** è fondamentale porre domande specifiche per valutare l'impatto dei sintomi sulla qualità di vita (QoL) e la corretta indicazione chirurgica. Può essere d'aiuto utilizzare questionari validati per rendere oggettiva la sintomatologia e consentire un confronto prima e dopo il trattamento (medico, riabilitativo o chirurgico): il Wexner Cleveland Clinic Constipation scoring system (CSS), l' Obstructed Defecation Syndrome, ODS score, il Cleveland clinic Florida Fecal Incontinence Questionnaire (CCFFI), il Pelvic floor distress inventory (PFDI-20 score), il Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7 score). L'**esame clinico** deve essere eseguito con la vescica e, se possibile, il retto vuoti, valutando la muscolatura perineale e sfinteriale anale e i parametri clinico-fisiatrici che fin da subito evidenziano la possibilità di sottoporre il paziente a trattamento riabilitativo prima che chirurgico (contrazione e rilasciamento del muscolo puborettale, test pubo-coccigeo, riflesso di difesa perineale, sinergie muscolari perineali e gluteo-addominali, postura, in particolare la lordosi lombare), grado di prolasso vaginale (quantificazione POP-Q o HWS), classificazione di Oxford del prolasso rettale. Il grado massimo di discesa può essere osservato con il paziente in posizione ginecologica, laterale sinistra o in piedi/accovacciato, eseguendo una manovra di Valsalva. In caso di disfunzioni defecatorie, incontinenza, dolore pelvico cronico l'indicazione chirurgica può essere avvalorata da ulteriori indagini: ecografia endoanale, del pavimento pelvico, transvaginale, RM, defeco-RM, cistocolpodefecografia con tempo ileale, manometria anale, studi neurofisiologici, test di latenza del nervo pudendo, studio del tempo di transito intestinale. Utile la valutazione multidisciplinare tra gastroenterologi, proctologi, chirurghi colorettali, ginecologi, urologi, fisiatri e radiologi per concordare le indicazioni chirurgiche e porle quando assolutamente necessarie e sicure. La **terapia medica** e la **riabilitazione** del pavimento pelvico rappresentano dunque il primo approccio terapeutico ed è dimostrato che consentono un miglioramento di tali patologie nell'80% dei casi. La **chirurgia** è indicata per la correzione dei prolassi, delle lesioni sfinteriali, degli ascessi e fistole anali, in casi molto selezionati per idrosadenite suppurativa, ragade anale cronica, dolore anale idiopatico. Nel corso degli anni sono state descritte diverse procedure chirurgiche per la cura di tali patologie, e diversi approcci (transvaginale, transanale, transperineale, addominale laparoscopico o robotico) con innovazioni tecniche e tecnologiche nei materiali e strumenti utilizzati, incluso il più recente utilizzo di cellule staminali e mesenchimali. La scelta dell'approccio dipende dal tipo di patologia, dalla sintomatologia e dall'eventuale necessità di procedure chirurgiche concomitanti, dalle preferenze del paziente, dalla preferenza e dall'esperienza del chirurgo.

Pavimento pelvico e comunicazione: La Zanzara, Radio 24

ANTONINO IACONA

Ginecologo, divulgatore scientifico e collaboratore di Tv private aiacona@me.com

Parolacce, invettive, minacce, insulti e sessismo fanno parte ormai da anni del dibattito intorno alla rete, ai social network, all'interazione tra siti e utenti (e del valore di tale interazione). C'è un precedente – spesso citato ma che non tutti conoscono – che alla fine degli anni Ottanta fece molto discutere e che ha una sua validità ancora oggi, pur riguardando un mezzo di comunicazione di massa molto diverso da internet: quello di Radio Radicale quando, nel 1986, inaugurò "Radio Parolaccia". Si trattò in pratica della predisposizione di numerose segreterie telefoniche sulle quali gli ascoltatori potevano registrare un messaggio della durata di un minuto. I messaggi venivano poi trasmessi il giorno dopo. Questo esperimento mise in luce la capacità tutta italiana di condensare in un minuto il massimo della volgarità, oscenità e violenza di cui è capace la lingua italiana. Non che fosse, per la verità, un fenomeno inaspettato in quanto il padre della lingua italiana, Dante Alighieri, nella su "Divina" Commedia utilizzò le "rime aspre e chiocce" per l'invettiva sdegnata, l'amaro sarcasmo, la pungente ironia. Bastardo, biscazzare, bordello, puttana, cagnazzo, culo, cuticagna, far le fiche, merda, rogna, sterco, sono lemmi che Dante ha inserito nella sua commedia, nell'inferno ovviamente.

Un fenomeno simile è riapparso in una popolare trasmissione in onda alla sera su Radio 24: La Zanzara. I suoi conduttori, due giornalisti, Parenzo e Cruciani ricevono e provocano telefonate nel corso delle quali si sentono parole che farebbero invidia ai radicali di radio parolaccia. Mentre non mancano telefonate e commenti che sanzionano tali espressioni pare evidente che la "Parolaccia" è diventata sempre più di uso comune ed è stata sdoganata al punto da affiorare sulle labbra di adolescenti di ambo i sessi che ne fanno uso disinvolto per esprimersi in modo scherzoso ma anche a volte minaccioso. Brutte, sporche e cattive sono le parolacce della lingua italiana per citare un libro di Pietro Trifone che ne fa una dettagliata e colta analisi ma, paradossalmente, questa licenza ha permesso a molti di parlare in termini "popolari" dei problemi relativi al pavimento pelvico. Persone anziane che, grazie all'analfabetismo di ritorno si esprimono solo in dialetto e incapaci di descrivere i loro problemi di defecazione, incontinenza, e stipsi avendo un naturale imbarazzo a parlarne mancando loro le "parole" per declinarle, oggi ne parlano senza vergogna usando espressioni come "mi cago addosso" "mi piscio nei pantaloni" etc, comunicando finalmente e liberamente con il terapeuta che, anche lui accetta il "nuovo e antico" linguaggio.

Pelvishop

LA PELVI SICURA

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

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

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

Emoraus
trattamento delle emorroidi

Venocircolaus
per la funzionalità del microcircolo

Pulsaclis
clisma a getto pulsante per la TAI

Perausetta
peretta evacuativa

Igiet
dispositivo per l'igiene personale

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

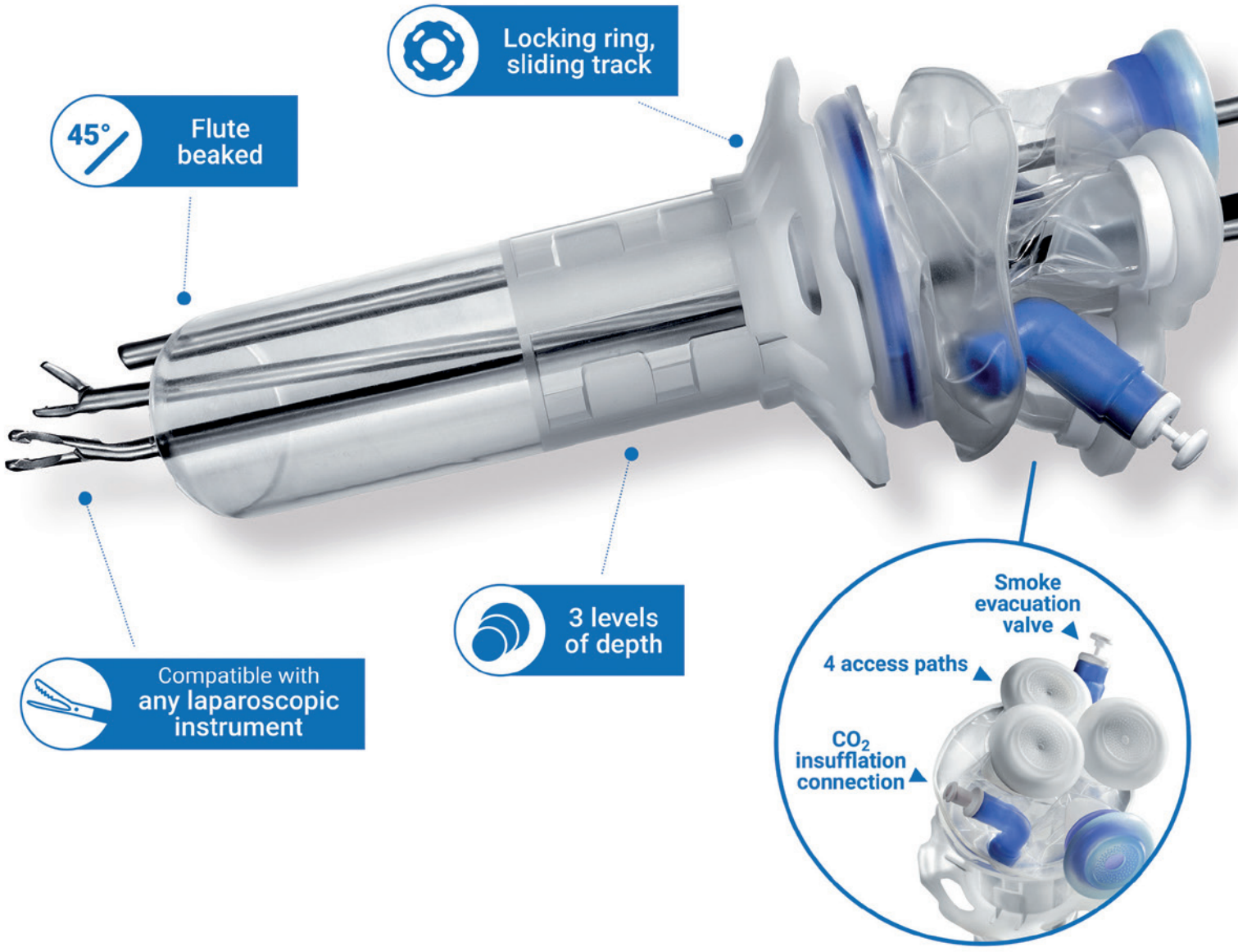
Pelvishop con pubblicazioni e informazioni di carattere scientifico rappresenta anche una piattaforma in evoluzione, grazie alle *nuove tecnologie*, per il confronto di opinioni tra *specialisti* in ambito uro-ginecologico, proctologico e fisiatrico al servizio dei *pazienti*.

www.pelvishop.com

ARAMIS

transanal rectoscopic Assisted Minimally Invasive Surgery

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



sapimed
www.sapimed.com