

PELVIPERINEOLOGIA

RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

Comitato editoriale

Urologia **Salvatore Siracusano**
Ginecologia **Luisa Marcato**
Andrologia **Andrea Garolla**
Colo-Proctologia **Simona Ascanelli**
Fisiatria **Sofia Straudi**
Imaging **Vittorio Piloni**
Microbiologia **Ulla Fronzoni**
Riabilitazione **Loredana La Torre**
Sessuologia **Stella De Chino**
Statistica **Carlo Schievano**
Editore Direttore resp. **Giuseppe Dodi**

Collaborazione con

**Società Monitoraggi Interdisciplinari
in PelviPerineologia**
**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**
AisFin Veneto

www.pelviperrineologia.it

Indice

- 83 **La testimonianza del corpo** A.CARSUGHI
86 **Tecnologie per la chirurgia radioguidata nel trattamento delle metastasi linfonodali nel cancro alla prostata: attuali applicazioni nella chirurgia pelvica mininvasiva**
S.SIRACUSANO, F.ROMANTINI, A.B.PORCARO
93 **Guarire l'intimità. Una storia di violenza e di endometriosi**
S.DE CHINO
96 **L'AisFinVeneto a Treviso: approccio multidisciplinare all'incontinenza e alle stomie in un centro di terzo livello**
G.A.SANTORO
97 **L'incontro di Feltre-Belluno: incontinenze e stomie, conoscere per capire, capire per affrontare** L.AMADIO

Leda e il cigno - Leonardo da Vinci, 1510

Redazione:
info@espodesign.it

Stampa:
Pixartprinting S.p.A.

Euro 12,00

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



vessilen®

INSTILLAZIONE ENDO-VESCICALE

Adelmidrol 2%

Acido ialuronico 0,1%

nella **Bladder Pain Syndrome (BPS)**

 **Gestione della neuroinfiammazione vescicale e dei sintomi correlati:**
dolore, bruciore e urgenza minzionale.

 **Protegge la degradazione dell'acido ialuronico, favorendo l'integrità del coating uroteliale.**



Dispositivo Medico sterile monouso per instillazioni endo-vescicali.

La testimonianza del corpo

ALESSIA CARSUGHI

Psicologa Psicoterapeuta, Residenza per la cura dei disturbi alimentari "Villa Oasi", San Marcello, Ancona

Riassunto: Con il processo evolutivo, il sistema emozionale si è modificato nel corso del tempo così da far coincidere le reazioni corporee con le esigenze dell'ambiente. Inoltre come esseri umani disponiamo di una specie di memoria in cui è possibile immagazzinare gli stati somatici ed il legame che li connette alle emozioni associate. Di conseguenza, siamo capaci non solo di provare delle emozioni e degli stati viscerali concomitanti, ma anche di ricordarcene quando proveremo lo stesso "sentire" nella medesima contingenza. Tutto ciò che abbiamo vissuto fino ad oggi lascia una traccia emotiva che "marchia" il nostro corpo. Un esempio del marcatore somatico all'opera si vince dalla sintomatologia legata ai disturbi alimentari e pelvici correlati.

Parole chiave: Emozioni; Magazzino mnestico; Marcatore somatico; Disturbi alimentari e pelvici.

The body as a witness

Abstract: With the evolutionary process, the emotional system has changed over time so as to make bodily reactions coincide with the needs of the environment. Furthermore, as human beings we have a kind of memory in which it is possible to store somatic states and the link that connects them to the associated emotions. Consequently, we are capable not only of experiencing concomitant emotions and visceral states, but also of remembering them when we are called upon to experience the same "feeling" in the same contingency. Everything we have experienced up to now leaves an emotional trace that "marks" our body. An example of the somatic marker at work can be seen in the symptoms linked to related eating and pelvic disorders.

Keywords: Motions; Memory store; Somatic marker; Eating and pelvic disorders.

PREMESSA E DEFINIZIONE

Con il processo evolutivo, il sistema emozionale si è modificato nel corso del tempo così da far coincidere le reazioni corporee con le esigenze dell'ambiente ovvero le emozioni sono cambiate non come sentimenti consapevoli, anche differenziati linguisticamente bensì come stati del cervello e come risposte corporee. Ciò significa che i sistemi sottostanti le stesse sono in grado di generare stati cerebrali ed espressioni fisiche che, in un secondo momento, le parole possono descrivere ed esaminare. Anche i processi decisionali sono dovuti al nesso che si crea tra componenti concernenti la cognizione e gli stati emotivi.

La teoria del marcatore somatico¹ di Antonio Damasio si fonda sulla coincidenza fra situazioni complesse e risposte somatiche visceremozionali collegate a quest'ultime registrate dal cervello limbico per poi essere comunicate alla corteccia somatosensoriale ed insulare ove si creerebbe la raffigurazione della trasformazione dello schema corporeo causato alla reazione emotigena. Il marcatore somatico consentirebbe di associare il risultato di un'azione con la risposta emotiva primaria e di preannunciare la stessa in contesti analoghi, trasformandoli in emozione secondaria. Quindi il marcatore somatico corrisponde a quella sensazione di piacere o dispiacere che l'individuo sente nel momento in cui emerge alla memoria l'esito (positivo o negativo) correlato ad una specifica probabilità di risposta.

Ne consegue che la ri-attivazione somatosensoriale causerebbe la sensazione fisico-corporea, pertanto il marcatore somatico diviene il sintomo capace di fornire un'informazione presumibile sulla natura più o meno favorevole dello stimolo emotivo presente e quindi "strumento" di aiuto nel prendere una decisione a tal riguardo.

Il marcatore è il risultato dell'attivazione che si muove come traccia successiva ad ogni scelta probabile, associata al significato attribuito (ricompensa punizione, costo o beneficio).

Si vince come possa essere considerato il correlato neurofisiologico delle emozioni secondarie ovvero dei sentimenti intesi come processi affettivi². Gli "affects" appunto che usano le emozioni innate associate all'esperienza nel magazzino di memoria, nell'azione attuabile nel presente, associandole agli esiti di un'azione passata e divenendo strumenti cognitivi nella scelta delle strategie personali.

Per comprendere meglio tale dinamica è utile fare una regressione, partendo dalla considerazione che le emozioni innate, dette emozioni primarie sono in grado di attivarsi anche al di là di un apprendimento specifico, e nel loro emergere coinvolgono determinate zone cerebrali e differenti strutture neuronali, incrementandole di volta in volta. Le emozioni primarie³ sono la risposta agli stimoli ambientali, non implicano una partecipazione della corteccia neuronale ma si sviluppano in risposte somatiche che interessano i visceri, l'apparato scheletrico, il sistema endocrino, quello vascolare ed immunitario. Essendo innate si associano alla parte più antica del cervello, quella del sistema limbico.

Le emozioni secondarie invece rispondono ad un'analisi cosciente di determinati stimoli esterni, quindi ad un'elaborazione cognitiva evoluta che comporta l'attivazione di un'area specifica della corteccia cerebrale, la corteccia prefrontale ventro-mediale.

Difatti una lesione in queste regioni conduce ad alcune disfunzioni nel comportamento impedendo al soggetto di prendere decisioni abituali e di routine e di vivere semplici emozioni della quotidianità, pur avendo intatte le facoltà cognitive superiori come l'attenzione, la memoria e l'intelligenza.

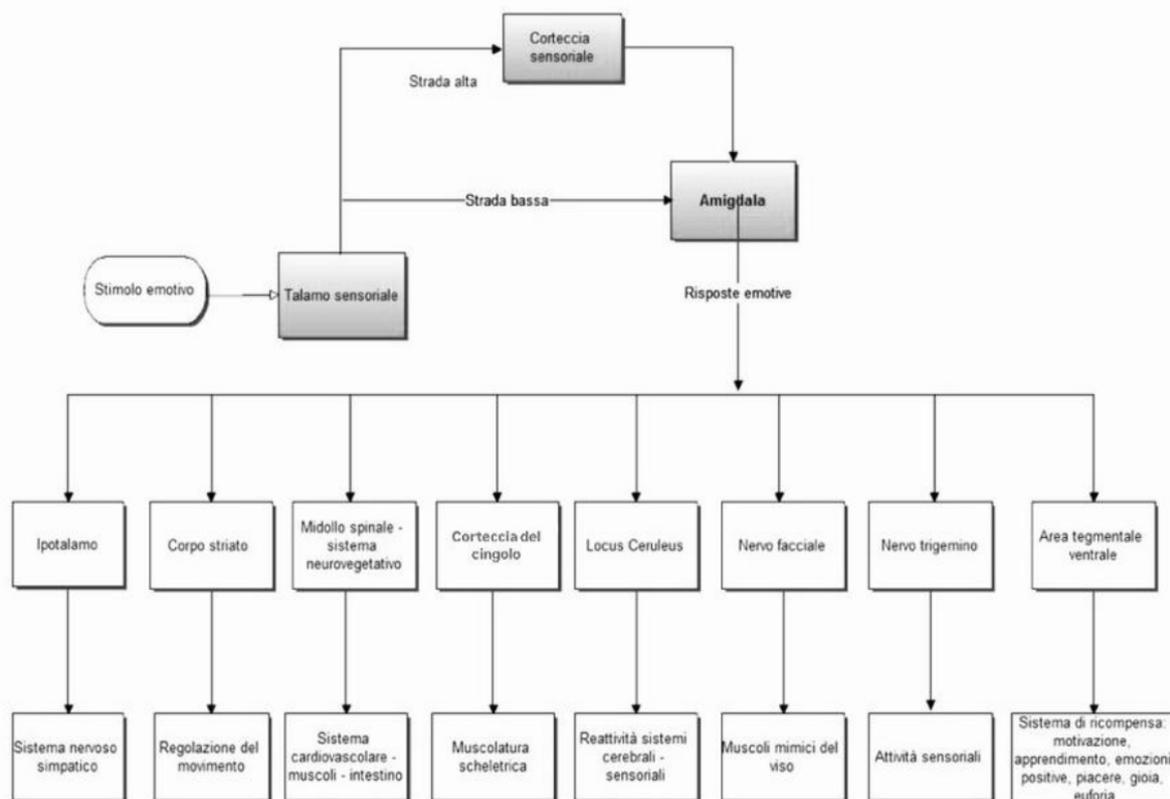
L'aspetto fisiologico è una componente basilare delle emozioni: non esiste uno stato emotivo, di qualsivoglia intensità, che non comporti un'attivazione corporea.

Ogni volta in cui sentiamo emotivamente, il nostro corpo viene implicato attraverso l'attivazione del sistema parasimpatico o simpatico, a cui consegue il rilascio ormonale di diverso tipo e risposte cerebrali che coinvolgono reazioni specifiche in sedi differenziate (tab.1).

Tale attività è stata valutata scientificamente da studi di neuroimaging che rivelano come, all'inizio di un'emozione, si assista ad un'attivazione (arousal) di aree cerebrali e distretti neurologici specifici sia per natura che funzionalità.

Una branca della psicologia si è dedicata allo studio delle conseguenze fisiologiche dell'attività emozionale così da confermare la teoria in base alla quale le emozioni non originano in modo astratto e/o al di fuori del contesto in cui l'individuo si trova bensì sono in armonia con lo stato psicosomatico di colui che le esperisce: come meccanismo evolutivo in cui l'emotività nasce all'interno dell'unicità

Tab. 1- Il circuito dell'Emotività



mente-corpo del soggetto ospitante, fruitore di sensazioni, percezioni emozioni e sentimenti.

L'INFINITO DEL CORPO-MENTE

Damasio sostiene che gli stati somatici siano indispensabili alla costruzione di un importante legame associativo tra le emozioni, gli stimoli che originano l'attivazione e l'ambiente in cui ciò si palesa, così che alla sperimentazione emotiva segua lo stato somatico corrispondente.

Come esseri umani possediamo un tipo di memoria in cui è possibile immagazzinare gli stati somatici ed il legame che li collega alle emozioni associate. Di conseguenza siamo capaci non solo di provare delle emozioni e degli stati viscerali concomitanti, ma anche di ricordarcene quando proveremo lo stesso "sentire" nella medesima contingenza. Come già scritto in precedenza lo stato somatico si comporta sia da consigliere dell'emotività che l'ha creato, sia da marcatore dello stimolo esterno che l'ha evocata.

Con l'esperienza vissuta queste associazioni tra stati somatici ed emozioni elicitano un repertorio sempre più grande e differenziato che l'individuo ha la possibilità di immagazzinare in strumenti specifici e di ricordarli nel momento opportuno, ovvero quella condizione fisiologica che si accorda ad un'attività emotiva esperita in un determinato contesto, e che viene secondariamente memorizzata a fini rielaborativi⁴.

Si tratta di un suggerimento funzionale sia a decodificare la natura del sentire che a ricordare nel futuro quali stimoli l'hanno attivata, e di conseguenza, ad avere una funzione di scelta tra elementi da considerare o da evitare.

IL MAGAZZINO MNESTICO

I marcatori somatici producono informazioni prese dal magazzino esperienziale e mnestico grazie alle quali non solo riconosciamo la natura delle emozioni, ma anche l'attribuzione di positività o negatività alle stesse. Ciò, oltre a con-

sentire il riconoscimento ed il richiamo emotivo, si rivela un processo di funzione nel processo decisionale, ovvero quando è necessario decidere, tra più possibilità, quelle che ci porteranno benefici e quelle invece messaggere di svantaggio. Il marcatore somatico inteso come esperienza fisiologica associata ad un'emozione, ci indica a sua volta l'ambiente e la situazione/condizione in cui si sono esplicitati sia lo stato somatico che emozionale ad esso collegata. La possibilità di rievocare in via mnestica entrambi gli elementi rappresenta un valido aiuto nella decisione circa la scelta da compiere, ovvero quella legata a risultati funzionali per il soggetto. Partendo dal presupposto che i marcatori somatici registrano le reazioni emotive associate a determinate condizioni, quando si verifica una situazione simile a quelle già sperimentate e memorizzate, appunto comparirà in automatico pure lo stato emozionale ad essa associato che apporterà una risposta somatoviscerale specifica.

Pertanto lo stato somatico diventa il predittore dello sviluppo della scelta poiché per opera dello stesso, l'individuo è in grado di distinguere le emozioni connotate negativamente da quelle opposte, perciò può evitarne o meno le cause provocatrici. Immaginate una specie di "allarme" che permetta di evitare situazioni disfunzionali e di affrontare quelle percepite come produttive, tutto ciò in seguito all'essere state già vissute e pertanto presenti nel repertorio somatico-viscerale memorizzato dall'individuo. Per questo si può affermare che le emozioni sono in grado di condizionare considerevolmente il processo di scelta, per il collegamento che si viene a creare tra gli stati somatici e quelli affettivi.

LE EMOZIONI PLASMANO LA NOSTRA MEMORIA CORPOREA

Le nostre esperienze di vita sono custodite in una memoria emozionale, già dalla nascita. Tutto ciò che abbiamo vissuto fino ad oggi lascia una traccia emotiva che "marchia"

il nostro corpo. Abbiamo considerato che le decisioni che prendiamo ogni giorno sono connotate emotivamente come buone o cattive, utili o meno, con la collaborazione di questa memoria corporea nel processo di scelta: i marcatori emotivi del corpo che percepiamo in noi stessi quando, ad esempio, immaginiamo le opzioni possibili per prendere una decisione, ci fanno abbandonare dal principio soluzioni emotivamente non percorribili. In alcune situazioni la sola vista di una persona, l'odore di una fragranza oppure ascoltare un determinato brano può suscitare una risposta fisiologico-corporea, una sensazione in qualche distretto corporeo. Ecco, in quel preciso momento la nostra memoria corporea ci sta comunicando la sua "idea" in merito. Quindi le esperienze passate della nostra vita impattano sulle nostre scelte future attraverso la nostra risposta emotiva condizionante.

IL MARCATORE ALL'OPERA NEI DISTURBI ALIMENTARI E DELLA NUTRIZIONE (DAN) E DISTURBI PELVICI CORRELATI: NOTE PERSONALI DI SENSAZIONE PERCEZIONE E SPOSTAMENTO

La pancia mi faceva spesso male, un male da contorcersi. Il medico parlava di "colite spastica" (ancora la definizione di colon irritabile non era fruibile), le indicazioni erano: dieta povera di fibre e farmaci analgesici al bisogno. Ricordo che alcune volte l'addome diveniva gonfio e rigido al tatto, le fitte si spingevano ovunque. In quei casi avevo bisogno di stendermi e di prendere un miorilassante. Erano dolori così forti da farmi sbiancare. Nessuno li seppe associare al mio sentire e quindi permase-ro a farmi compagnia per lungo tempo. Cominciai a capire in psicoterapia l'associazione tra emozione e fisiologia corporea. Quando tenevo dentro, quando mi sentivo costretta, alla fine da qualche parte la sofferenza si manifestava ed il canale digerente era la componente più sensibile e ricca di marcatori di esperienza vissuta. I giorni delle feste comandate erano imbarazzanti per me, nel senso proprio dell'imbarazzo:

1. Motivo di impedimento, d'impaccio al libero e normale svolgersi di un'azione o funzione.
2. Situazione di temporanea perplessità o di disagio nella scelta di un atteggiamento o di un comportamento⁵.

Immaginate di trovarvi nel mezzo di una tavola imbandita ed avere davanti il "Male" (così, lo avevo rinominato). Eh, sì, purtroppo per molti anni fu così. Sarei potuta non andare, andare altrove, ma in quei giorni si festeggiava anche il compleanno di mia madre, era una ricorrenza. Un legame. Non ero ancora pronta a dire di no. E per troppo tempo ho pensato che dovesse essere qualcun altro a farsi quanto meno da parte. Avrei voluto che qualcuno lo capisse (o smettesse di fare finta di non capire).

Probabilmente ho provato (trovato?) inconsapevolmente attraverso l'unico canale che la sofferenza mi consentiva di percorrere, ovvero il canale alimentare, digerente e corporeo, ad essere vista, compresa, amata. Tutto il mio sentire, prorompente e dirompente era lì, bloccato tra pelle e ossa; come se non riuscisse a risalire per le vie superiori e scovare la parola, il linguaggio, la comunicazione nella e della relazione.

Invece era come se mi tornasse tutto il tormento indietro come un boomerang.

Quando ci si ammala di un disturbo "invisibile" come quello alimentare solitamente si riceve in cambio rabbia o preoccupazione e la necessità di sentirsi compresi scema sempre più, sino a finire a volte nel buio più completo.

In quelle circostanze sentivo l'addome tirato. Anche un chicco di riso faceva fatica a scendere lungo l'esofago.

In quel momento percepivo solo quella difficoltà, non l'intero iceberg di ghiaccio sottostante.

Era come una condizione di freezing. Il dolore del freddo, la paura di provare paura.

Dopo un po' di tempo subentrava il dolore muscolare, addominale:

"Mangia qualcosa... sono i crampi dello stomaco... è perché non hai mangiato niente..."

La rabbia.

Era davvero così poco intuibile?

Avrei voluto mangiare, condividere, sentire anche io l'atmosfera natalizia, sentirmi normale (come loro?!) ma non ce la facevo a fingere: avevo fame anche io, con la differenza che non potevo lasciarmi andare, sarebbe potuto essere pericoloso anche stavolta: avrebbe potuto farmi del Male... e come in tutte le altre volte in cui avrei percepito il pericolo, esattamente come accadde in passato.

BIBLIOGRAFIA

1. Damasio AR. L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano. Adelphi 1995
2. Damasio AR Alla ricerca di Spinoza. Emozioni, sentimenti e cervello. Adelphi 2003
3. Damasio AR, Grabowski TJ, Bechara A, Damasio H, Ponto LLB, Parvizi J, Hichwa RD. Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions, Nature Neuroscience 3, 2000, 1049-1056
4. Damasio AR. Emozione e coscienza. Adelphi 2000
5. Definition. Oxford Dictionary 2024

DICHIARAZIONE

L'autore dichiara l'assenza di conflitti di interesse; la stesura dell'articolo non è stata supportata da alcun finanziamento o azienda.

Corrispondenza

Alessia Carsughi C.so Mazzini 122- 60121 Ancona (AN), Italia
a.carsughi@gmail.com

Tecnologie per la chirurgia radioguidata nel trattamento delle metastasi linfonodali nel cancro alla prostata: attuali applicazioni nella chirurgia pelvica mininvasiva

SALVATORE SIRACUSANO¹, FEDERICO ROMANTINI², ANTONIO BENITO PORCARO³

1 - L'Aquila University - Department of Life, Health and Environmental Sciences. L'Aquila, Italy

2 - ASL Teramo; Mazzini Hospital, Urology dept. Teramo, Italy; 3 - Verona University; Urology dept. Verona, Italy

Riassunto: Il cancro alla prostata è il tumore più comunemente diagnosticato negli uomini e la terza causa di morte. In questo modo, la prostatectomia radicale e la radioterapia possono essere impiegate per trattare la malattia localmente confinata, ma quando ci troviamo di fronte a una malattia con metastasi linfonodali pelviche le possibilità di guarigione sono molto basse e solitamente i linfonodi sono la prima sede di diffusione sistemica. In letteratura, la rimozione dei linfonodi potrebbe comportare più complicazioni che benefici, sebbene la rimozione chirurgica delle metastasi linfatiche potrebbe comportare esiti favorevoli. In questo contesto, è stato dimostrato che la rimozione di un numero maggiore di linfonodi migliora gli esiti negli uomini con cancro alla prostata con linfonodi positivi e la conoscenza del drenaggio linfatico della prostata è di fondamentale importanza per l'applicazione della radiocirurgia. In questa revisione, abbiamo preso in considerazione gli sviluppi più recenti nell'applicazione della chirurgia radioguidata, con particolare riferimento alla chirurgia guidata dalla fluorescenza, alla chirurgia magnetica e all'uso del targeting dei biomarcatori tumorali per la guida chirurgica. Questa nuova tecnologia intraoperatoria può presentare dei limiti, ma al contempo rappresentare un elemento innovativo nel contesto della chirurgia di salvataggio robot-assistita con antigene di membrana prostatico specifico radioguidato nel carcinoma prostatico recidivante.

Parole chiave: Chirurgia radioguidata; Cancro alla prostata; Linfadenectomia.

Technologies for radioguided surgery to treat lymph nodal metastases in prostate cancer: current applications in mininvasive pelvic surgery [CLICK HERE TO READ THE FULL ARTICLE IN ENGLISH](#)

Abstract: Prostate cancer is the most commonly diagnosed cancer in men and the third cause of death. In this way radical prostatectomy and radiotherapy, can be employed to treat locally confined disease but when we are faced with a disease with pelvic lymph node metastases the chances of cure are very low and usually lymph nodes are the first location of systemic spread. In literature the removal of lymph nodes could result in more complications than benefits although the surgical removal of lymphatic metastases might result in favorable outcomes. In this context, the removal of an increased number of nodes was shown to improve outcomes in men with node-positive prostate cancer and knowledge of lymphatic drainage of the prostate is of fundamental importance for the application of radiosurgery. In this review, we have considered the most recent developments in the application of radioguided surgery, with particular reference to fluorescence-guided surgery, magnetic surgery and the use of tumor biomarker targeting for surgical guidance. Obviously, this new intraoperative holding technology may have its limitations, but at the same time it may represent an innovative element when placed in the context of robot-assisted salvage surgery with radioguided prostate specific membrane antigen in recurrent prostate cancer.

Keywords: Radioguided surgery; Prostate cancer; Lymphadenectomy.

INTRODUZIONE

Il cancro alla prostata è la forma di cancro più comune negli uomini in tutto il mondo ed è la terza causa di morte correlata al cancro negli uomini. Dopo il trattamento con prostatectomia radicale o radioterapia, fino al 50% dei pazienti sperimenta una recidiva del tumore, come indicato dall'aumento dei livelli di antigene prostatico specifico¹. Una diagnosi precoce e accurata delle metastasi è fondamentale per il trattamento e la consulenza del paziente. Una revisione sistematica ha dimostrato che l'esecuzione di una dissezione dei linfonodi pelvici durante una prostatectomia radicale non migliora la sopravvivenza². Inoltre, altri studi non hanno trovato alcun vantaggio in un approccio esteso rispetto a una dissezione limitata in termini di risultati precoci del cancro^{3,4}. Tuttavia, è ampiamente riconosciuto che una dissezione estesa fornisce informazioni importanti per la stadiazione e la prognosi che non possono essere ottenute tramite nessun'altra procedura. Questo tipo di dissezione comporta la rimozione dei linfonodi che si trovano sopra i vasi iliaci esterni, all'interno della fossa otturatoria e vicino all'arteria iliaca interna. Utilizzando questo metodo, il 94% dei pazienti viene correttamente stadato⁵. Attualmente, vengono utilizzati vari nomogrammi per prevedere l'invasione dei linfonodi, utilizzando PSA, stadio clinico, punteggio di Gleason della biopsia, percentuale di core positivi, sebbene il valore predittivo di tali strumenti non sia sempre accurato, come mostrato nella Tabella 1. Studi hanno dimostrato che le procedure di imaging come

la tomografia computerizzata e la risonanza magnetica, così come la tomografia funzionale a emissione di positroni che utilizza derivati della colina radiomarcata, non sono molto efficaci nel rilevare metastasi alla prostata e spesso sottostimano l'entità della diffusione del tumore⁶. Di recente, l'introduzione dell'imaging ibrido PET basato su 68Ga-HBED-CC-antigene di membrana prostatico specifico e 68Ga-PSMA-I&T ha migliorato significativamente i tassi di cancro alla prostata metastatico dopo prostatectomia radicale, in particolare a bassi valori di PSA⁷. L'uso dell'imaging PET (tomografia a emissione di positroni) con ligando PSMA ha rivoluzionato il rilevamento delle metastasi nel cancro alla prostata. Questo metodo di imaging utilizza ligandi PSMA radiomarcata (antigene di membrana prostatico specifico) che si legano e si accumulano nelle lesioni del cancro alla prostata che esprimono PSMA. Ciò ha portato a tassi di rilevamento significativamente migliorati rispetto ai traccianti tradizionali come la 18F-colina nei pazienti con cancro alla prostata ricorrente dopo prostatectomia radicale, soprattutto a bassi valori di PSA (antigene prostatico specifico)⁷. Con l'avvento della PET PSMA la chirurgia di salvataggio è diventata un interesse crescente nel cancro alla prostata ricorrente.

Tuttavia, nonostante i tassi di rilevamento migliorati, il rilevamento intraoperatorio delle metastasi rimane una sfida. Queste piccole metastasi linfatiche possono essere difficili da localizzare e identificare durante l'intervento chirurgico, rendendo difficile ottenere una resezione completa.

Tabella 1. Valore predittivo di vari parametri

Studi	Dimensione campione	Variabili	Stadio clinico	Tasso LN positivo, %	Precisione predittiva, %
Cagiannos et al [61]	7014	PSA, stadio clinico, biopsia Gleason score	Limitata	3.7	76
Kattan et al [62]	697	PSA, stadio clinico, biopsia Gleason score	Limitata	8	76.8
Makarov et al [63]	5730	PSA, stadio clinico, biopsia Gleason score	Limitata	1	88
Briganti et al [64]	602	PSA, stadio clinico, biopsia Gleason score	Esteso	11	76
Briganti et al [65]	278	PSA, stadio clinico, biopsia Gleason score, percentuale di nuclei positivi	Esteso	10.4	83
Batuello et al [66]	6135	PSA, stadio clinico, biopsia Gleason score	Limitata	4.6	81
Han et al [67]	5744	PSA, stadio clinico, biopsia Gleason score, età	Limitata	5	88
Poulakis et al [68]	201	PSA, stadio clinico, biopsia Gleason score, e risultati della RMI con bobina pelvica	Limitata	10	91
Karam et al [69]	425	PSA, stadio clinico, biopsia Gleason score, endoglina plasmatica preoperatoria	Limitata	3.3	97.8
Wang et al [70]	411	PSA, stadio clinico, biopsia Gleason score, e risultati della RMI con bobina pelvica	Limitata	5	89.2

Inoltre, un intervento chirurgico precedente e/o la radioterapia possono causare cambiamenti fibrotici, che possono complicare ulteriormente il processo di resezione.

Per migliorare la localizzazione intraoperatoria del cancro alla prostata ricorrente, è stata introdotta la chirurgia radioguidata. La chirurgia radioguidata che utilizza un sistema di sonda di rilevamento delle radiazioni è nata circa 60 anni fa. La prima descrizione riconosciuta di questa tecnica non prevedeva una sonda di rilevamento gamma, ma utilizzava invece un rivelatore di ionizzazione gassosa chiamato tubo Geiger-Müller⁸. Nel 1949, Selverstone et al della Harvard Medical School hanno riferito di 33 pazienti con tumore al cervello a cui era stato iniettato per via endovenosa un emettitore di radiazioni beta e che avevano localizzato i tumori durante l'intervento chirurgico utilizzando un dispositivo portatile a tubo Geiger-Müller⁹. Solo nel 1956 Harris et al dell'Oak Ridge Institute of Nuclear Studies Medical Hospital hanno riportato la prima descrizione di chirurgia radioguidata che prevedeva un sistema di sonda di rilevamento gamma¹⁰.

Da allora, il concetto di chirurgia radioguidata e le sue tecnologie di supporto si sono ampliate ed evolute, diventando una disciplina consolidata all'interno della pratica chirurgica. Il concetto generalizzato di un cosiddetto "linfonodo sentinella" nella nostra moderna letteratura medica è stato coniato per la prima volta da Ernest Gould nel 1960 nel cancro della ghiandola parotide¹¹ e in seguito è stato attribuito al lavoro di Ramon Cabañas nel 1977 nell'area del carcinoma squamocellulare del pene¹², che si basava sulla descrizione meticolosa della linfadenografia dei vasi linfatici dorsali del pene. All'interno della letteratura pubblicata, l'applicazione della sonda di rilevamento gamma nella chirurgia radioguidata per il cancro alla vescica è stata limitata a solo un piccolo numero di resoconti dalla Svezia sulla dissezione radioguidata del SLN (linfonodo sentinella)¹⁴⁻¹⁶. In tutti i casi, è stata utilizzata albumina umana colloidale ^{99m}Tc e iniettata in quattro siti peritumorali all'interno del muscolo detrusore in un intervallo di dosaggio totale da 1,4 mCi (50 MBq) a 1,9 mCi (70 MBq). Nel 1992, è stata effettuata la radioimmunodetezione durante l'intervento chirurgico per il cancro alla vescica, utilizzando anticorpi radiomarcanti contro il CEA, rilevati utilizzando una sonda radiosensibile sui linfonodi pelvici¹³. Nel 2001, Sherif et al¹⁴ sono stati i primi a segnalare 13 pazienti con cancro alla vescica in cui la localizzazione è stata osservata in 11 su

13 pazienti (85%), con quattro pazienti con SLN positivo e senza risultati falsi negativi. Nel 2003 Liedberg et al¹⁵ hanno segnalato 26 pazienti con cancro alla vescica in cui la localizzazione è stata osservata in 21 su 26 pazienti (81%), con sette pazienti con SLN positivo e con un risultato falso negativo. Nel 2006, Liedberg et al¹⁶ hanno segnalato 75 pazienti con cancro alla vescica in cui la localizzazione è stata osservata in 65 su 75 pazienti (87%). Nel 2008, Strong et al, hanno riportato due casi di carcinoma renale a cellule chiare in cui il RIGS è stato eseguito utilizzando l'anticorpo monoclonale cG250 e 124¹⁷.

Negli ultimi 20 anni sono state sviluppate altre tecniche di visualizzazione, che non coinvolgono materiali radioattivi. L'imaging molecolare si è dimostrato una tecnica preziosa per la visualizzazione e la caratterizzazione dei processi patofisiologici in generale, ma soprattutto nel campo della ricerca sul cancro¹⁸.

Negli ultimi anni, nuovi metodi applicati al cancro alla prostata utilizzano ligandi PSMA marcati con radionuclidi emettitori di C che vengono iniettati per via endovenosa. I traccianti radioattivi si legano e si accumulano nelle lesioni del cancro alla prostata che esprimono PSMA, rendendole visibili e più facili da localizzare durante l'intervento chirurgico. Il tracciante più comunemente utilizzato è il ligando marcato con ^{99m}Tc, che ha costi isotopici inferiori, minore carico di radiazioni, migliore compatibilità con i rilevatori e maggiore disponibilità.

I recenti sviluppi nell'ingegneria dei rilevatori hanno portato anche all'introduzione di sonde gamma DROP-IN collegate. Queste sonde facilitano l'implementazione della radioguida nell'ambiente robotico e consentono una resezione più efficiente delle recidive sia nodali che locali. Questi progressi nell'imaging e nella guida chirurgica hanno il potenziale per avere un impatto positivo sui risultati oncologici nei pazienti con cancro alla prostata ricorrente.

In questo contesto, abbiamo deciso di discutere gli aspetti anatomici del drenaggio linfatico della prostata, le attuali applicazioni della chirurgia radioguidata e i limiti di questa tecnologia, alla luce di una revisione della letteratura degli ultimi anni.

MATERIALI E METODI

A gennaio 2023 è stata effettuata una ricerca nel database Pubmed utilizzando una combinazione delle seguenti parole chiave: chirurgia radioguidata e cancro alla prostata e

Tabella 2. Risultati della chirurgia radioguidata e sonde utilizzate
 VPN: valore predittivo negativo; PPV: valore predittivo positivo; SLN: linfonodi sentinella;

Autori	Pazienti N	Radio-sonda utilizzata	Risultati
Lannes et al. [28]	162	99mTc-nanocolloide	Sensibilità, specificità, VPN e PPV dei linfonodi sentinella: 95,4%, 100%, 99,2% e 100%
Weckermann et al. [29]	228	99mTc-nanocolloide	Sensibilità, specificità VPN e PPV dei linfonodi sentinella: 98,5%, 97,1%, 83,5%, 98,5% e 72,3%.
Rauscher et al. [30]	60	PSMA basato su 111In o 99mTc	In tutti i 60 pazienti, sono state riscontrate lesioni positive mediante sonda γ intraoperatoria.
De Barros et al. [27]	20	99mTc-PSMA-I&S	Sensibilità, specificità, VPN e PPV dei SLN: 86%, 100%, 96% e 100%

linfadenectomia. Abbiamo incluso tutti gli articoli di ricerca sull'uomo degli ultimi 15 anni, selezionando solo manoscritti incentrati su questo argomento e caratterizzati dal loro valore scientifico. La ricerca ha recuperato 46 articoli. I tre autori hanno esaminato i record separatamente e i dissaccordi sono stati risolti con il consenso di tutti gli autori.

DRENAGGIO LINFATICO DELLA PROSTATA

Il gold standard per l'identificazione della diffusione metastatica linfonodale nel cancro alla prostata è la dissezione estesa dei linfonodi pelvici (EPLND) durante la prostatectomia radicale. Tuttavia, il template chirurgico non include i linfonodi presacrali e pararettali, che sono siti di atterraggio linfatici primari per il cancro alla prostata nel 4-8% dei pazienti. Questo perché le descrizioni anatomiche tradizionali e i modelli chirurgici non tengono conto del coinvolgimento diretto di queste stazioni linfonodali, con conseguente mancanza di congruenza con la disseminazione clinica del cancro.

Anatomicamente, ci sono tre gruppi principali di linfonodi che ricevono drenaggio dalla prostata: l'iliaco esterno, l'iliaco interno (ipogastrico) e i gruppi iliaci comuni fino alla fossa di Marçille, su cui si basa l'attuale modello di dissezione dei linfonodi pelvici⁵, figura 1. Tuttavia, studi recenti hanno dimostrato che alcuni collettori linfatici che originano dalla porzione posteriore inferiore della prostata ottengono l'accesso al pavimento pelvico e rientrano nello spazio pararettale, passando sia sul lato anteriore che posteriore del retto e attraversandone la faccia laterale, dove si mescolano con i linfatici del retto e in particolare i linfonodi pararettali¹⁹.

Da un punto di vista dinamico-funzionale, il drenaggio linfatico della prostata segue quattro diverse vie: la via laterale, la via ipogastrica (iliaca interna), la via anteriore e la via posteriore. La via laterale si forma sulla superficie posteriore della prostata e sale sulla vescica nel triangolo interdeferenziale. La via ipogastrica si forma sulla superficie posteriore della prostata e segue l'arteria prostatica, muovendosi in fuori e indietro lungo i rami viscerali dei vasi iliaci interni per raggiungere i linfonodi giunzionali situati tra i vasi iliaci interni ed esterni. La via anteriore si forma sulla superficie anteriore della prostata e scende al pavimento pelvico, seguendo l'arteria uretrale e l'arteria pudenda interna per terminare nel gruppo ipogastrico. La via posteriore è formata da due o tre collettori sulla superficie posteriore della prostata che scendono e poi tornano indietro, attraversando i lati del retto per raggiungere il plesso linfatico pararettale e risalire sul lato anteriore del sacro fino ai linfonodi sacrali laterali.

Studi su cadaveri hanno dimostrato che il drenaggio linfatico della prostata si estende oltre i modelli standard effettivamente considerati nella pratica chirurgica quotidiana, nonostante le conoscenze riportate dai trattati anatomici

storici, e anche i piccoli vasi linfatici dalla superficie posteriore della prostata, diretti al plesso linfatico pararettale (linfonodi pararettali e presacrali) sono vie di drenaggio della prostata²⁰.

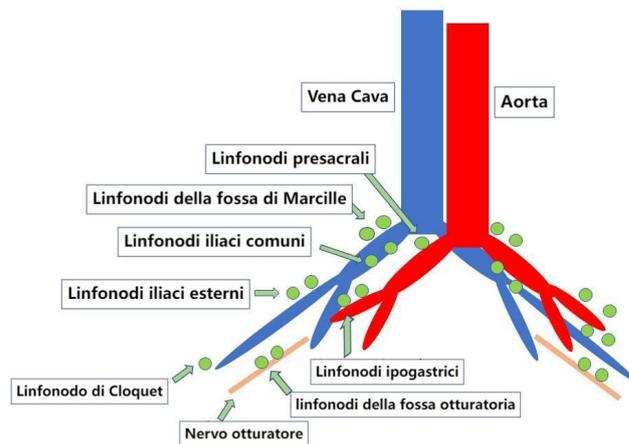
CHIRURGIA RADIO-GUIDATA

La chirurgia radioguidata è una tecnologia consolidata utilizzata nel contesto del cancro alla prostata. Questo metodo utilizza radiocolloidi, o nanoparticelle organiche o inorganiche radiomarcate, per identificare i linfonodi sentinella dopo il trasporto linfatico. Il radiocolloide più comunemente utilizzato in Europa è il 99mTc-Nanocolloide²¹. Quando utilizzato durante l'intervento chirurgico, questo radiocolloide si accumula nei linfonodi sentinella e non contamina il campo chirurgico. Questa tecnologia è stata utilizzata per il cancro del pene sin dagli anni '70, ma la sua applicazione nel cancro alla prostata è stata segnalata molto più tardi a causa della complessa anatomia dei linfonodi pelvici.

In studi recenti, l'uso della linfoscintigrafia ha aiutato nell'identificazione di SLN positivi nel 92,6% dei pazienti, con il 96,9% di questi linfonodi che potevano essere resecati sotto guida della sonda gamma²². In questo studio, il 24,7% dei pazienti aveva metastasi linfonodali e il tasso di falsi negativi era del 2,3%. Un'analisi successiva di oltre 2.000 pazienti ha rilevato che il 16,7% dei pazienti aveva metastasi linfonodali²³. Il tasso di falsi negativi per la mappatura SLN era del 5,9% in 11 su 187 pazienti e del 5,3% in 25 su 469 linfonodi.

Le modalità di imaging per la mappatura linfatica sono migliorate per includere la scintigrafia dinamica e la TC a emissione di fotoni singoli 3D (SPECT-CT) per rappresentare i SLN in 3D e nel loro contesto anatomico²⁴. Ciò ha contribuito a fornire una mappa preoperatoria più dettagliata e mezzi migliorati di identificazione nodale intra-

Figura 1. Modello di linfadenectomia pelvica estesa



operatoria. Esempi includono l'uso di un seme ^{125}I su uno strumento laparoscopico come puntatore in tempo reale, una gamma camera portatile e opzioni SPECT a mano libera²⁵. Inoltre, vengono sviluppate configurazioni di navigazione in realtà virtuale per fornire ai chirurghi un mezzo per navigare verso le lesioni basandosi sulla roadmap chirurgica preoperatoria²⁶.

Parallelamente allo sviluppo del tracciante, il campo della chirurgia guidata dalle immagini sta avanzando tramite sviluppi nell'ingegneria del rivelatore. Uno di questi miglioramenti è la recente introduzione clinica di sonde gamma DROP-IN collegate che facilitano l'implementazione della radioguida nell'ambiente robotico²⁷. A differenza delle tradizionali sonde gamma laparoscopiche, la sonda DROP-IN consente al chirurgo di posizionare autonomamente la sonda utilizzando la console del robot con manovrabilità migliorata. La chirurgia radioguidata mirata al PSMA assistita da robot utilizzando la sonda DROP-IN sembra essere fattibile, sicura e preziosa per il rilevamento intraoperatorio di recidive linfonodali.

De Barros et al. hanno incluso 20 pazienti con fino a tre recidive di PCa pelvico (nodali o locali) sulla tomografia a emissione di positroni (PET) PSMA di stadiazione dopo una precedente terapia con intento curativo e utilizzando la sonda DROP-IN, 19/21 (90%) lesioni PSMA-evidenti potevano essere reseccate roboticamente²⁷.

Uno studio di Lannes et al. mirava a valutare l'accuratezza diagnostica della dissezione dei linfonodi guidata dalla biopsia del linfonodo sentinella rispetto alla dissezione estesa dei linfonodi pelvici in pazienti con cancro alla prostata a rischio intermedio o alto²⁸. Lo studio è stato condotto in tre centri in Francia tra il 2012 e il 2019 e ha arruolato 162 uomini con cancro alla prostata clinicamente localizzato a rischio intermedio o alto. Dopo l'iniezione intraprostata di $(^{99m}\text{Tc})\text{-nanocolloide}$, le posizioni dei linfonodi sentinella sono state definite mediante linfoscintigrafia preoperatoria. Lo studio ha scoperto che il metodo della biopsia del linfonodo sentinella è un metodo molto efficace e sensibile per la stadiazione dei linfonodi pelvici in pazienti con cancro alla prostata localizzato a rischio intermedio o alto.

In questo contesto, la chirurgia radioguidata sembra essere una tecnica fattibile sia per la chirurgia di salvataggio che per la chirurgia radicale, poiché diversi studi si sono concentrati su diverse applicazioni. Weckermann et al. hanno utilizzato la chirurgia radioguidata durante le procedure di prostatectomia radicale²⁹. Una revisione sistematica di Rauscher et al. ha trovato 63 pazienti sottoposti a dissezione dei linfonodi utilizzando la chirurgia radioguidata dopo RP, per una recidiva biochimica del cancro alla prostata³⁰.

CHIRURGIA GUIDATA DALLA FLUORESCENZA

L'imaging a fluorescenza è un metodo ottico che sfrutta le proprietà dei coloranti fluorescenti, che emettono luce con un'energia inferiore rispetto alla luce utilizzata per eccitarli. Questo spostamento di energia consente l'uso di filtri ottici, consentendo una localizzazione precisa del farmaco fluorescente. Di tutti i sistemi di rilevamento ibridi utilizzati nella chirurgia radioguidata, la combinazione di gamma e fluorescenza è quella più ampiamente affrontata nella letteratura clinica. Ciò include sonde a piccole molecole, nuovi sistemi modulari e su scala nanometrica con proprietà farmacocinetiche e di rilevamento migliorate. Soprattutto negli ultimi 5-10 anni, sono stati sviluppati diversi nuovi BFCA con proprietà di complessazione migliorate che possono essere utilizzati per radiometalli classici come tecnezio- 99m e indio- 111 . Forniscono inoltre accesso a radiometalli emergenti come scandio- 44 , rame- 64 , gallio- 68 , zirconio- 89 e lutezio- 177 . Ciò fornisce un'ampia

gamma di nuovi strumenti per la medicina personalizzata e la chirurgia di precisione. Tuttavia, il solo utilizzo dell'imaging ottico, soprattutto negli esseri umani, è limitato alle regioni vicine alla superficie a causa della profondità di penetrazione piuttosto bassa della radiazione luminosa. Per questo motivo, le sonde a doppia etichettatura (nucleare e a fluorescenza) sono sempre più utilizzate per le regioni più profonde. Ciò consente di rilevare esternamente le regioni malate mediante imaging nucleare e successivamente di distinguere chiaramente il tessuto patologico macchiato dall'area sana internamente. Esempi importanti dell'uso di tali sonde ibride si possono trovare nei campi della biopsia del linfonodo sentinella³¹⁻³⁷, del cancro alla prostata³⁸⁻³⁹, dei tumori neuroendocrini⁴⁰ e del cancro al seno⁴¹ e al rene⁴². La sonda optonucleare è una versione ibrida della sonda gamma tradizionale, che fornisce sia tracciamento gamma a bassa-media energia che tracciamento fluorescente al verde indocianina (ICG) in un unico dispositivo⁴³⁻⁴⁵. Questa tecnologia ibrida di imaging e navigazione è stata utilizzata in vari tipi di chirurgia, tra cui procedure aperte e laparoscopiche per procedure SLN nei tumori della testa e del collo, cancro del pene, cancro al seno, melanoma e cancro cervicale. Di recente, è stato dimostrato che l'integrazione di questa sonda di rilevamento ibrida con un sistema di navigazione chirurgica era persino in grado di produrre ricostruzioni di tomografia a fluorescenza 3D oltre alla modalità fhSPECT⁴⁶. Altri studi hanno esaminato l'uso di modalità ibride basate su immagini in vivo e l'uso di telecamere gamma e fluorescenza ibride portatili e completamente integrate, ma l'usabilità di questi sistemi deve ancora essere determinata. Oltre a queste modalità di rilevamento ibride completamente integrate, sono stati utilizzati concetti di navigazione chirurgica ibrida per integrare con successo la guida nucleare con la guida a fluorescenza in vivo⁴⁷⁻⁴⁹. Con questo approccio, gli obiettivi chirurgici vengono definiti in base alle scansioni SPECT/CT 3D preoperatorie o fhSPECT intraoperatorie e la telecamera a fluorescenza tracciata viene guidata verso questi obiettivi, utilizzando visualizzazioni di realtà virtuale o aumentata dei risultati SPECT nel display video a fluorescenza.

CHIRURGIA MAGNETO-GUIDATA

Il tracciamento delle particelle magnetiche, una tecnologia acustica simile alle tradizionali procedure di radiotracciamento, è una recente aggiunta al campo della chirurgia di guida SLN. Utilizza procedure SLN-tPLND basate sul magnetismo per evitare le normative di sicurezza sulle radiazioni associate ai radiotraccianti. Gli SPION con un rivestimento di destrano che conferisce loro un diametro di 60 nm forniscono un'alternativa magnetica ai nanocolloidi ^{99m}Tc ⁵⁰. Gli SPION inorganici si accumulano negli SLN come depositi di ferro, alterando le proprietà magnetiche del tessuto e generando un colore marrone scuro che facilita l'identificazione visiva durante e dopo l'intervento chirurgico^{51, 52}. Le particelle magnetiche possono essere rilevate utilizzando un magnetometro quando si trovano a una distanza $<1,5\text{ cm}$ ⁵³. Dopo che due studi multicentrici internazionali sul cancro al seno hanno dimostrato la non inferiorità di questa nuova procedura magnetica per il rilevamento degli SLN, il metodo è stato esteso al cancro alla prostata⁵⁴. In uno studio pilota, 20 pazienti con cancro alla prostata hanno ricevuto un'iniezione intraprostata transrettale di SPION; di questi uomini, 19 sono stati sottoposti a SLN-tPLND ed ePLND guidati da magnetometro al momento della prostatectomia radicale⁹⁸. Nell'89,5% dei pazienti, i linfonodi sono stati rilevati dal magnetometro e rimossi chirurgicamente e ogni linfonodo magneticamente attivo è stato considerato un SLN⁵⁵. Utilizzando il modello ePLND come standard di riferimento, questo studio ha pro-

dotto una sensibilità del 100% e una specificità del 100% e non sono stati segnalati falsi negativi⁵⁵. Questi risultati sono stati confermati in uno studio prospettico di follow-up su 50 pazienti con cancro alla prostata a rischio intermedio o alto⁵⁶. In questa indagine, le metastasi linfonodali sono state confermate istopatologicamente in 18 pazienti (36%). Utilizzando il modello ePLND come standard di riferimento, l'SLN-tPLND basato sul magnetismo ha avuto un tasso diagnostico del 100%, una sensibilità del 100%, una specificità del 97,0%, un VPP del 94,4% e un VPN del 100% e non sono stati segnalati falsi negativi.

LIMITAZIONI DELLA DISSEZIONE DEI LINFONODI RADIOGUIDATA

La rimozione chirurgica dei linfonodi è una procedura comune eseguita durante la prostatectomia radicale. Tuttavia, questa rimozione di routine dei linfonodi lungo il nervo otturatore e i vasi iliaci esterni (linfadenectomia standard) ha una serie di problemi. I problemi principali sono le complicazioni associate come linfocele, danni al nervo otturatore ed edema degli arti inferiori. Inoltre, c'è la fastidiosa realtà che una dissezione dei linfonodi lungo i vasi iliaci esterni e il nervo otturatore non individua il sito metastatico in circa due terzi dei pazienti. Questi pazienti sarebbero stati rilevati da una dissezione più estesa come confermato da vari studi⁵⁷⁻⁵⁹.

Pertanto, quando si decide di dissezionare i linfonodi, è importante considerare i siti di atterraggio rilevanti delle metastasi dei linfonodi. Ciò è particolarmente cruciale nei casi di cancro alla prostata ad alto rischio, poiché questi pazienti hanno un'alta percentuale di linfonodi positivi. La chirurgia radioguidata è una tecnica che rileva queste metastasi con elevata sensibilità, ma anche nei casi di linfonodi sentinella (SLN) positivi, ci sono anche linfonodi non sentinella (NSLN) positivi al di fuori della regione di dissezione del SLN. Questo alto tasso di falsi positivi può essere spiegato dal fatto che le cellule tumorali ostruiscono i vasi linfatici e il tracciante non può essere trasportato a tutti i "linfonodi sentinella". Questo è il motivo per cui la chirurgia radioguidata spesso non riesce a rilevare tutti i linfonodi positivi nella malattia ad alto rischio.

Per superare questi problemi, alcuni ricercatori hanno proposto di utilizzare la dissezione linfonodale estesa, anche quando la chirurgia radioguidata potrebbe limitare l'estensione della dissezione²⁹. Questo metodo avrebbe rilevato tutte le metastasi linfonodali in 73 uomini²⁹ anche se c'erano linfonodi positivi al di fuori della regione della linfadenectomia estesa (23 su 96 pazienti). Pertanto, non è sufficiente eseguire una PLND estesa o solo una linfadenectomia sentinella per rimuovere tutte le metastasi linfonodali pelviche nella malattia ad alto rischio, anche quando si utilizza la chirurgia radioguidata. Il modo migliore per rimuovere tutti i linfonodi positivi nel cancro alla prostata ad alto rischio è attraverso una combinazione di dissezione estesa e del linfonodo sentinella²⁹.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

Nonostante il fatto che la rimozione di tutti i linfonodi positivi possa non curare gli uomini con malattia ad alto rischio, è possibile che la sopravvivenza libera da progressione possa essere prolungata quando la chirurgia radicale e la terapia adiuvante vengono combinate⁶⁰. Pertanto, sono necessari ulteriori studi prospettici randomizzati per determinare se gli uomini con cancro alla prostata ad alto rischio avranno una prognosi migliore dopo la rimozione dei linfonodi malati che possono essere individuati utilizzando tecniche di chirurgia radioguidata. In conclusione, la rimozione dei linfonodi durante la prostatectomia radicale è una procedura comune, ma ha una serie di

problemi. Il modo migliore per rimuovere tutti i linfonodi positivi nel cancro alla prostata ad alto rischio è attraverso una combinazione di dissezione estesa e del linfonodo sentinella, ma sono necessarie ulteriori ricerche per determinare l'efficacia di questo approccio nel migliorare la prognosi. La chirurgia radioguidata è già una tecnica comunemente utilizzata nelle procedure guidate dalle immagini come la localizzazione dei linfonodi sentinella, la localizzazione delle lesioni occulte radioguidate (ROLL) e la localizzazione dei semi radioguidati (RSL), e si prevede che il suo utilizzo aumenterà man mano che saranno disponibili più radiofarmaci specifici per la malattia. L'uso di PSMA nelle procedure di salvataggio linfatico per il cancro alla prostata ricorrente è un esempio di come i progressi nella progettazione dei radiofarmaci stiano influenzando la chirurgia radioguidata. Inoltre, lo sviluppo di radiofarmaci ibridi potrebbe portare all'uso di tecniche di multiplexing nelle procedure per il cancro alla prostata, i tumori neuroendocrini, il cancro al seno e il cancro renale.

BIBLIOGRAFIA

1. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam 2022. ISBN 978-94-92671-16-5.
2. Fossati N. The Benefits and Harms of Different Extents of Lymph Node Dissection During Radical Prostatectomy for Prostate Cancer: A Systematic Review. *Eur Urol*, 2017; 72: 84.
3. Lestingi, J.F.P., et al. Extended Versus Limited Pelvic Lymph Node Dissection During Radical Prostatectomy for Intermediate- and High-risk Prostate Cancer: Early Oncological Outcomes from a Randomized Phase 3 Trial. *Eur Urol*, 2021; 79: 595.
4. Touijer, K.A., et al. Limited versus Extended Pelvic Lymph Node Dissection for Prostate Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Eur Urol Oncol*, 2021; 4: 532.
5. Mattei A. The template of the primary lymphatic landing sites of the prostate should be revisited: results of a multimodality mapping study. *Eur Urol*, 2008; 53: 118.
6. Umbehr MH, Muntener M, Hany T, Sulser T, Bachmann LM. The role of 11C-choline and 18F-fluorocholine positron emission tomography (PET) and PET/CT in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol* 2013; 64(1):106-117
7. Lisney AR, Leitsmann C, Strauß A, Meller B, Bucerius JA, Sahlmann CO. The Role of PSMA PET/CT in the Primary Diagnosis and Follow-Up of Prostate Cancer-A Practical Clinical Review. *Cancers (Basel)*. 2022 Jul 26;14(15):3638. doi: 10.3390/cancers14153638. PMID: 35892897; PMCID: PMC9367536.
8. Turner Rc, Sinclair Wk. A mobile Geiger-Müller tube counting system and some of its medical applications. *Br J Radiol*. 1948 Dec;21(252):632-7. doi: 10.1259/0007-1285-21-252-632. PMID: 18099755.
9. Selverstone B, Sweet WH, Robinson CV. The Clinical Use of Radioactive Phosphorus in the Surgery of Brain Tumors. *Ann Surg*. 1949 Oct;130(4):643-50. PMID: 17859458; PMCID: PMC1616468.
10. Harris CC, Bigelow RR, Francis JE, Kelly GG, Bell PR: A Csi(Ti)crystal surgical scintillation probe. *Nucleonics* 1956; 14:102-108
11. Gould Ea, Winship T, Philbin Ph, Kerr Hh. Observations on a "sentinel node" in cancer of the parotid. *Cancer*. 1960; 13:77-8. doi: 10.1002/1097-0142(196001/02)13:1<77::aid-cncr2820130114>3.0.co;2-d. PMID: 13828575.
12. Cabanas RM. An approach for the treatment of penile carcinoma. *Cancer*. 1977 Feb;39(2):456-66. doi:10.1002/1097-0142(197702)39:2<456::aid-cncr2820390214>3.0.co;2-i. PMID: 837331.
13. Siracusano S, Tanda F. et al. The radioimmunodetection of CEA: a new method in the surgical treatment of bladder cancer. *Urological Research*, 1992; 20 (6): 199-207.
14. Sherif A, De La Torre M, Malmström PU, Thörn M: Lymphatic mapping and detection of sentinel nodes in patients with bladder cancer. *J Urol* 2001; 166:812-815.
15. Liedberg F, Chebil G, Davidsson T, Malmström PU, Sherif A, Thörn M, De La Torre M, Månsson W: [Bladder can-

- cer and the sentinel node concept]. *Aktuelle Urol* 2003; 34:115-118. [German]
16. Liedberg F, Chebil G, Davidsson T, Gudjonsson S, Månsson W: Intraoperative sentinel node detection improves nodal staging in invasive bladder cancer. *J Urol* 2006; 175:84-88. discussion 88-89
 17. Strong VE, Humm J, Russo P, Jungbluth A, Wong WD, Daghighian F, Old L, Fong Y, Larson SM: A novel method to localize antibody targeted cancer deposits intraoperatively using handheld PET beta and gamma probes. *Surg Endosc* 2008; 22:386-391.
 18. Kubeil, M.; Martinez, I.I.S.; Bachmann, M.; Kopka, K.; Tuck, K.L.; Stephan, H. Dual-Labeling Strategies for Nuclear and Fluorescence Molecular Imaging: Current Status and Future Perspectives. *Pharmaceuticals* 2022; 15, 432. <https://doi.org/10.3390/ph15040432>
 19. Boscolo-Berto R, Siracusanò S, Porzionato A, Polguy M, Porcaro AB, Stecco C, Macchi V, De Caro R. The underestimated posterior lymphatic drainage of the prostate: An historical overview and preliminary anatomical study on cadaver. *Prostate*. 2020; 80(2):153-161. doi: 10.1002/pros.23927. Epub 2019 Nov 20. PMID: 31746484.
 20. Mattei A, Fuechsel FG, Bhatta Dhar N, et al. The template of the primary lymphatic landing sites of the prostate should be revisited: results of a multimodality mapping study. *Eur Urol*. 2008;53(1):118-125. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2007.07.035>
 21. Giammarile F, Vidal-Sicart S, Valdés Olmos RA. Uncommon applications of sentinel lymph node mapping: urogenital cancers. *Q J Nucl Med Mol Imaging*. 2014 Jun; 58(2):161-79. PMID: 24835291.
 22. Wawroschek, F. et al. Prostate lymphoscintigraphy and radio-guided surgery for sentinel lymph node identification in prostate cancer. Technique and results of the first 350 cases. *Urol. Int.* 2003; 70, 303-310
 23. Holl G. Validation of sentinel lymph node dissection in prostate cancer: experience in more than 2,000 patients. *Eur. J. Nucl. Med. Mol. Imaging* 2009; 36: 1377-1382.
 24. Vermeeren L. Paraaortic sentinel lymph nodes: toward optimal detection and intraoperative localization using SPECT/CT and intraoperative real-time imaging. *J. Nucl. Med.* 2010; 51: 376-382.
 25. Fuerst B. First robotic SPECT for minimally invasive sentinel lymph node mapping. *IEEE Trans. Med. Imaging* 2016; 35: 830-838.
 26. Mishra R, Narayanan MDK, Umama GE, Montemurro N, Chaurasia B, Deora H. Virtual Reality in Neurosurgery: Beyond Neurosurgical Planning. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 2;19(3):1719. doi: 10.3390/ijerph19031719. PMID: 35162742; PMCID: PMC8835688.
 27. De Barros HA, van Oosterom MN, Donswijk ML, Hendriks JJMA, Vis AN, Maurer T, van Leeuwen FWB, van der Poel HG, van Leeuwen PJ. Robot-assisted Prostate-specific Membrane Antigen-radioguided Salvage Surgery in Recurrent Prostate Cancer Using a DROP-IN Gamma Probe: The First Prospective Feasibility Study. *Eur Urol*. 2022 Jul;82(1):97-105. doi: 10.1016/j.eururo.2022.03.002. Epub 2022 Mar 24. PMID: 35339318.
 28. Lannes F, Baboudjian M, Ruffion A, Rouy M, Giammarile F, Rousseau T, Kraeber-Bodéré F, Rousseau C, Rusu D, Colombié M, Brenot-Rossi I, Rossi D, Mottet N, Bastide C. Radioisotope-guided Lymphadenectomy for Pelvic Lymph Node Staging in Patients With Intermediate- and High-risk Prostate Cancer (The Prospective SENTINELLE Study). *J Urol*. 2023 Feb;209(2):364-373. doi: 10.1097/JU.0000000000003043. Epub 2022 Nov 4. PMID: 36331157
 29. Weckermann D, Dorn R, Holl G, Wagner T, Harzmann R. Limitations of radioguided surgery in high-risk prostate cancer. *Eur Urol*. 2007 Jun;51(6):1549-56; discussion 1556-8. doi: 10.1016/j.eururo.2006.08.049. Epub 2006 Sep 11. PMID: 16996201.
 30. Rauscher I, Horn T, Eiber M, Gschwend JE, Maurer T. Novel technology of molecular radio-guidance for lymph node dissection in recurrent prostate cancer by PSMA-ligands. *World J Urol*. 2018 Apr;36(4):603-608. doi: 10.1007/s00345-018-2200-3. Epub 2018 Jan 25. PMID: 29372353.
 31. Brouwer, O.R.; van den Berg, N.S.; Mathéron, H.M.; van der Poel, H.G.; van Rhijn, B.W.; Bex, A.; van Tinteren, H.; Valdés Olmos, R.A.; van Leeuwen, F.W.B.; Horenblas, S. A Hybrid Radioactive and Fluorescent Tracer for Sentinel Node Biopsy in Penile Carcinoma as a Potential Replacement for Blue Dye. *Eur. Urol.* 2014; 65, 600-609. [CrossRef]
 32. Christensen A., Juhl, K., Charabi B., Mortensen J., Kiss K., Kjær A., von Buchwald C. Feasibility of Real-Time Near-Infrared Fluorescence Tracer Imaging in Sentinel Node Biopsy for Oral Cavity Cancer Patients. *Ann. Sur. Oncol.* 2016; 23, 565-572. [CrossRef]
 33. KleinJan, G.H.; van den Berg, N.S.; Brouwer, O.R.; de Jong, J.; Acar, C.; Wit, E.M.; Vegt, E.; van der Noort, V.; Valdés Olmos, R.A.; van Leeuwen, F.W.B.; et al. Optimization of Fluorescence Guidance During Robot-assisted Laparoscopic Sentinel Node Biopsy for Prostate Cancer. *Eur. Urol.* 2014; 66, 991-998. [CrossRef] [PubMed]
 34. KleinJan, G.H.; vanWerkhoven, E.; van den Berg, N.S.; Karakullukcu, M.B.; Zijlmans, H.J.M.A.A.; van der Hage, J.A.; van de Wiel, B.A.; Buckle, T.; Klop, W.M.C.; Horenblas, S.; et al. The best of both worlds: A hybrid approach for optimal pre- and intraoperative identification of sentinel lymph nodes. *Eur. J. Nucl. Med. Mol. Imaging* 2018; 45, 1915-1925. [CrossRef] [PubMed]
 35. Paredes, P.; Vidal-Sicart, S.; Campos, F.; Tapias, A.; Sánchez, N.; Martínez, S.; Carballo, L.; Pahisa, J.; Torné, A.; Ordí, J.; et al. Role of ICG-99mTc-nanocolloid for sentinel lymph node detection in cervical cancer: A pilot study. *Eur. J. Nucl. Med. Mol. Imaging* 2017; 44, 1853-1861. [CrossRef] [PubMed]
 36. Schaafsma, B.E.; Verbeek, F.P.R.; Rietbergen, D.D.D.; Hiel, B.; Vorst, J.R.; Liefers, G.J.; Frangioni, J.V.; Velde, C.J.H.; van Leeuwen, F.W.B.; Vahrmeijer, A.L. Clinical trial of combined radio- and fluorescence-guided sentinel lymph node biopsy in breast cancer. *Br. J. Surg.* 2013; 100, 1037-1044. [CrossRef]
 37. Stoffels, I.; Leyh, J.; Pöppel, T.; Schadendorf, D.; Klode, J. Evaluation of a radioactive and fluorescent hybrid tracer for sentinel lymph node biopsy in head and neck malignancies: Prospective randomized clinical trial to compare ICG-99mTc-nanocolloid hybrid tracer versus 99mTc-nanocolloid. *Eur. J. Nucl. Med. Mol. Imaging* 2015; 42, 1631-1638. [CrossRef]
 38. Hensbergen, A.W.; vanWilligen, D.M.; van Beurden, F.; van Leeuwen, P.J.; Buckle, T.; Schottelius, M.; Maurer, T.; Wester, H.-J.; van Leeuwen, F.W.B. Image-Guided Surgery: Are We Getting the Most Out of Small-Molecule Prostate-Specific-Membrane-Antigen-Targeted Tracers? *Bioconj. Chem.* 2020; 31, 375-395. [CrossRef]
 39. Schottelius, M.; Wurzer, A.; Wissmiller, K.; Beck, R.; Koch, M.; Gorpas, D.; Notni, J.; Buckle, T.; van Oosterom, M.N.; Steiger, K.; et al. Synthesis and Preclinical Characterization of the PSMA-Targeted Hybrid Tracer PSMA-I&F for Nuclear and Fluorescence Imaging of Prostate Cancer. *J. Nucl. Med.* 2019; 60, 71-78. [CrossRef]
 40. Santini, C.; Kuil, J.; Bunschoten, A.; Pool, S.; de Blois, E.; Ridwan, Y.; Essers, J.; Bernsen, M.R.; van Leeuwen, F.W.B.; de Jong, M. Evaluation of a Fluorescent and Radiolabeled Hybrid Somatostatin Analog In Vitro and in Mice Bearing H69 Neuroendocrine Xenografts. *J. Nucl. Med.* 2016; 57, 1289-1295. [CrossRef]
 41. Wang, X.; Aldrich, M.B.; Marshall, M.V.; Sevcik-Muraca, E.M. Preclinical characterization and validation of a dual-labeled trastuzumab-based imaging agent for diagnosing breast cancer. *Chin. J. Cancer Res.* 2015; 27, 74-82. [CrossRef]
 42. Hekman, M.C.; Rijpkema, M.; Muselaers, C.H.; Oosterwijk, E.; Hulsbergen-Van de Kaa, C.A.; Boerman, O.C.; Oyen, W.J.; Langenhuijsen, J.F.; Mulders, P.F. Tumor-targeted Dual-modality Imaging to Improve Intraoperative Visualization of Clear Cell Renal Cell Carcinoma: A First in Man Study. *Theranostics* 2018; 8, 2161-2170.
 43. Van Den Berg NS, Simon H, Kleinjan GH, et al. First-in-human evaluation of a hybrid modality that allows combined radio- and (near-infrared) fluorescence tracing during surgery [Article]. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2015 Oct;42(11):1639-1647.
 44. Vidal-Sicart S, Seva A, Campos F, et al. Clinical use of an opto-nuclear probe for hybrid sentinel node biopsy guidance: first results. *Int J Comput Assist Radiol Surg*. 2019 Feb;14(2):409-416. DOI: 10.1007/s11548-018-1816-5.
 45. Poumellec M, Dejode M, Figl A, et al. Sentinel node detection using optonuclear probe (gamma and fluorescence) after green indocyanine and radio-isotope injections. *Gynecol Obstet Fertil*. 2016;44(4):207-210.

46. Van Oosterom MN, Meershoek P, Welling MM, et al. Extending the hybrid surgical guidance concept with freehand fluorescence tomography. *Ieee Transactions on Medical Imaging* 2019. DOI: 10.1109/TMI.2019.2924254
47. Van Oosterom MN, Meershoek P, KleinJan GH, et al. Navigation of fluorescence cameras during soft tissue surgery—is it possible to use a single navigation setup for various open and laparoscopic urological surgery applications?. *J Urol.* 2018;199(4):1061–1068.
48. KleinJan GH, van Den Berg NS, van Oosterom MN, et al. Toward (hybrid) navigation of a fluorescence camera in an open surgery setting. *J Nucl Med.* 2016;57(10):1650–1653.
49. Van Oosterom MN, Engelen MA, van Den Berg NS, et al. Navigation of a robot-integrated fluorescence laparoscope in preoperative SPECT/CT and intraoperative freehand SPECT imaging data: a phantom study. *J Biomed Opt.* 2016;21(8):086008.
50. Thill, M. et al. The Central- European SentiMag study: sentinel lymph node biopsy with superparamagnetic iron oxide (SPIO) versus radioisotope. *Breast* 2014; 23, 175–179
51. Ahmed, M., de Rosales, R. T. & Douek, M. Preclinical studies of the role of iron oxide magnetic nanoparticles for nonpalpable lesion localization in breast cancer. *J. Surg. Res.* 2013; 185, 27–35.
52. Johnson, L., Pinder, S. E. & Douek, M. Deposition of superparamagnetic iron- oxide nanoparticles in axillary sentinel lymph nodes following subcutaneous injection. *Histopathology* 2013; 62, 481–486.
53. Sekino, M. et al. Handheld magnetic probe with permanent magnet and Hall sensor for identifying sentinel lymph nodes in breast cancer patients. *Sci. Rep.* 8, 1195 (2018)
54. Douek M. Sentinel node biopsy using a magnetic tracer versus standard technique: SentiMAG Multicentre Trial. *Ann. Surg. Oncol.* 2014; 21, 1237–1245.
55. Winter, A., Woenkhaus, J. & Wawroschek, F. A novel method for intraoperative sentinel lymph node detection in prostate cancer patients using superparamagnetic iron oxide nanoparticles and a handheld magnetometer: the initial clinical experience. *Ann. Surg. Oncol.* 2014; 21, 4390–4396.
56. Winter A. Magnetometer guided sentinel lymphadenectomy after intraprostatic injection of superparamagnetic iron oxide nanoparticles in intermediate- and high- risk prostate cancer patients [abstract PD42-01]. *J. Urol.* 2016; 195 (Suppl. 4), e987
57. Wawroschek F, Vogt H, Weckermann D, Wagner T, Harzmann R. The sentinel lymph node concept in prostate cancer—first results of gamma probe-guided sentinel lymph node identification. *Eur Urol* 1999;36:595–600.
58. Wawroschek F, Vogt H, Wengenmair H, et al. Prostate lymphoscintigraphy and radioguided surgery for sentinel lymph node identification in prostate cancer. *Urol Int* 2003;70:303–10.
59. Wengenmair H, Kopp J, Vogt H, et al. Sentinel lymph node diagnostic in prostate carcinoma. Part II: biokinetics and dosimetry of ^{99m}Tc-nanocolloid after intraprostatic injection. *Nuklearmedizin* 2002;41:102–7.
60. Serni S, Masieri L, Minervini A, Lapini A, Nesi G, Carini M. Cancer progression after anterograde radical prostatectomy for pathologic Gleason score 8 to 10 and influence of concomitant variables. *Urology* 2006;67:373–8.
61. Cagiannos I, Karakiewicz P, Eastham JA, et al. A preoperative nomogram identifying decreased risk of positive pelvic lymph nodes in patients with prostate cancer. *J Urol* 2003;170:1798–803.
62. Kattan MW, Stapleton AM, Wheeler TM, Scardino PT. Evaluation of a nomogram used to predict the pathologic stage of clinically localized prostate carcinoma. *Cancer* 1997;79:528–37.
63. Makarov DV, Trock BJ, Humphreys EB, et al. Updated nomogram to predict pathologic stage of prostate cancer given prostate-specific antigen level, clinical stage, and biopsy Gleason score (Partin tables) based on cases from 2000 to 2005. *Urology* 2007;69:1095–101.
64. Briganti A, Chun FK-H, Salonia A, et al. Validation of a nomogram predicting the probability of lymph node invasion among patients undergoing radical prostatectomy and an extended pelvic lymphadenectomy. *Eur Urol* 2006;49:1019–27.
65. Briganti A, Karakiewicz PI, Chun FK-H, et al. Percentage of positive biopsy cores can improve the ability to predict lymph node invasion in patients undergoing radical prostatectomy and extended pelvic lymph node dissection. *Eur Urol* 2007;51:1573–81.
66. Batuello JT, Gamito EJ, Crawford ED, et al. Artificial neural network model for the assessment of lymph node spread in patients with clinically localized prostate cancer. *Urology* 2001;57:481–5.
67. Han M, Snow PB, Brandt JM, Partin AW. Evaluation of artificial neural networks for the prediction of pathologic stage in prostate carcinoma. *Cancer* 2001;91:1661–6.
68. Poulakis V, Witzsch U, De Vries R, et al. Preoperative neural network using combinedmagnetic resonance imaging variables, prostate specific antigen and Gleason score to predict prostate cancer stage. *J Urol* 2004;172:1306–10.
69. Karam JA, Svatek RS, Karakiewicz PI, et al. Use of preoperative plasma endoglin for prediction of lymph node metastasis in patients with clinically localized prostate cancer. *Clin Cancer Res* 2008;14:1418–22.
70. Wang L, Hricak H, Kattan MW, et al. Combined endorectal and phased-array MRI in the prediction of pelvic lymph node metastasis in prostate cancer. *Am J Roentgenol* 2006;186:743–8

DICHIARAZIONE

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitti di interesse; la stesura dell'articolo non è stata supportata da alcun finanziamento o azienda.

Corrispondenza
salvatore.siracusano@univaq.it

Guarire l'intimità. Una storia di violenza e di endometriosi

STELLA DE CHINO

Fisioterapista, educatrice professionale, consulente sessuale e sino-naturopata, Schio (Vicenza)

Riassunto: L'autrice esplora il mondo dell'intimità, ponendosi e ponendo molti interrogativi su come la scienza si rapporta con questa sfera dell'essere umano. Attraverso lo sguardo della medicina cinese ri-legge l'endometriosi in chiave somato-emozionale e il disturbo del desiderio in chiave somato-emozionale.

Parole chiave: Mancanza di desiderio; Endometriosis; Trauma; Freezing; Campane tibetane; Ri-sensibilizzazione.

Abstract: The author explores the world of intimacy, asking herself and asking many questions about how science relates to this sphere of the human being. Through the gaze of Chinese medicine she re-reads endometriosis in a somato-emotional key and the desire disorder in a somato-psycho key.

Keywords: Lack of desire; Endometriosis; Trauma; Freezing; Tibetan bells; Re-sensitization.

INTRODUZIONE

Mi occupo da più di vent'anni di riabilitazione del pavimento pelvico e fin da subito è stato evidente per me che questa parte del corpo era inscindibile da una delle sue funzioni più importanti, la sessualità, ed era inscindibile anche dall'addome e dall'area lombo sacrale. Interessandomi di discipline orientali cercavo costantemente un confronto e un'integrazione fra la visione "alternativa" e quella convenzionale.

Ho sempre pensato che è vero che "l'unione fa la forza" ma deve esserci un dialogo e un reciproco rispetto fra questi due modi di guardare la realtà, il corpo, l'essere umano.

Carico di emozioni e di reazioni, il nostro "core" (Fig.1) ossia quel corsetto muscolare che comprende la regione lombare, pelvica e delle anche e comprende numerosi muscoli, quali il diaframma, gli addominali, il trasverso profondo dell'addome, gli obliqui, la porzione profonda del quadrato dei lombi, grande e medio gluteo, non è solo un'area da "tonificare".

Nella medicina cinese si parla di Dantian inferiore (fig.2), descrivendo un'area energetica più che anatomica. La medicina cinese infatti ha moltissima attenzione alla componente "percepita" dall'interno e sentita dall'esterno più che a quella "vista" in sezione sul cadavere. Il nostro sempre maggior sforzo "di vederci dentro" ci ha resi spesso ciechi alla dimensione più sottile e raffinata del corpo, quella che entra poi in gioco nella sessualità che non è mai solo questione di muscoli e organi.

Ma torniamo al Dantian inferiore.

Si trova tre pollici sotto l'ombelico e raccoglie le "essenze" dell'energia umana.

Dal sito "Salute migliore" leggiamo: "per i taoisti il Dantian è localizzabile tra il Mingmen (che si trova nella zona sotto la seconda vertebra lombare) e l'ombelico, esso sta quindi al centro tra questi due spazi; quando il Dantian è "gonfio" di energia vera (zhen qi), si scalda e come una sfera alimenta

sia l'ombelico che il Mingmen diffondendosi per tutto il corpo attraverso i meridiani. Il Qigong (pratica di movimento definibile come una sorta di ginnastica cinese) deve favorire il flusso dell'energia dal e verso il Dantian. Il Qi è come l'acqua che scorre, solo grazie alle differenze di potenziale essa non si ferma e non ristagna: il lavoro del Qigong sul Dantian favorisce il libero fluire delle energie per tutto il corpo. Abbiamo detto che si trova tra il Mingmen e l'ombelico, ma dobbiamo aggiungere una terza zona, la cavità del perineo che corrisponde al punto CV1 huiyin, dove può bloccarsi il fluire del Qi e quindi rallentare il suo scorrere".

Cerco di spiegare in un linguaggio più occidentale il senso di questo passaggio.

Quando la nostra vitalità trabocca, vedi ad esempio sotto l'effetto di un innamoramento o di una forte attrazione sessuale o anche mentre stiamo vivendo uno stato di forte creatività, (mi ricordo di una pittrice che riferiva di sentire "scaldarsi" tutta l'area sotto ombelicale quando dipingeva) sentiamo nel basso addome una sorta di "calore". Quest'area, che i cinesi chiamano Dan Tien (o dantian) è quella che noi definiamo come "le farfalle nello stomaco" (ma se fossimo onesti diremmo che non è nello stomaco che sentiamo l'eccitazione ma più in basso!) deve essere mantenuta vitale e "calda".

Un accenno al perineo, ove troviamo il punto uno del meridiano che viene chiamato di vaso concezione e zona dove il qi (energia vitale) può bloccarsi. Lo scorrere del flusso di vitalità trova spesso nell'area pelvica zone di eccessiva contrazione muscolare come ben sanno i fisioterapisti che si occupano di pavimento pelvico. Quindi...anche solo per questo, guarire l'intimità passa attraverso una vera e profonda riconnessione con il corpo.

Accompagnare le persone a "sentire" non è sempre semplice. Molto spesso infatti sciogliere quello che si può definire un freezing, ossia un congelamento somato-emozionale porta a

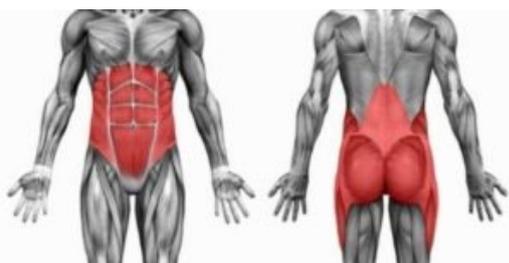


Fig. 1. Il "core" <https://epteinertialconcept.com/it/core-cosa-e-perche-importante-forte/>

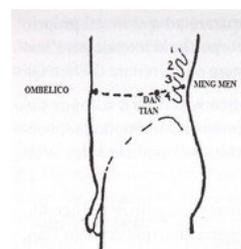


Fig. 2. Dan Tian inferiore, http://www.salutemigliore.it/il_dantian.html¹

galla emozioni dimenticate o occultate dall'insensibilità. Per poter comprendere meglio questi concetti mi avvarrò di un caso clinico da me seguito, Maria.

MARIA, UNA STORIA DI RABBIA E DOLORE

Maria giunge al mio studio dopo un intervento di isterectomia per endometriosi. Mi racconta che l'area è molto dolente e ha moltissime aderenze. Mi chiede di "tonificare" il pavimento pelvico, vista la sua ancor giovane età (46 anni) e di lavorare su un altro suo grande problema, la mancanza di desiderio, che la accompagna da sempre.

Alla valutazione funzionale il tono pelvico è buono e non ci sono disfunzioni particolari. Decidiamo quindi di lavorare sulla cicatrice e sull'addome che lei definisce "dolente e insensibile".

Il mio approccio iniziale è sempre attraverso l'utilizzo della vibrazione della campana tibetana per fare un micromassaggio non invasivo. Maria percepisce subito sia la vibrazione che una sorta di cambio di stato emotivo. Sente molto freddo e mi chiede di coprirla.

Al suo ritorno a casa si addormenta profondamente e fa un incubo: sogna che il marito la tradisce.

Nel secondo incontro mi confida che a causa dell'endometriosi la sua vita sessuale è molto sporadica e che questa paura che suo marito si stufi la perseguita in quanto lui è un punto fisso nella sua vita. Il dolore addominale in compenso è pressoché sparito e la sta tornando la voglia di fare thai box, pratica che adora.

Maria è però destabilizzata da un'emotività improvvisamente fuori controllo che riferisce di non avere da quando era molto piccola. Mi racconta, spontaneamente, un po' della sua storia personale. Padre alcolista, ha assistito a scene di violenza domestica durante tutta l'infanzia e adolescenza.

Mi è capitato spesso nella storia di donne con endometriosi di ascoltare simili narrazioni. Secondo la medicina cinese l'endometriosi è la conseguenza della "stasi di sangue di fegato". In pratica il fegato, connesso con l'emozione della rabbia va incontro ad un'alterazione della sua funzione primaria che è quella di "muovere il sangue" nel corpo e provoca una "stasi" a livello uterino. Giovanni Maciocia nel suo manuale "Ostetricia e ginecologia in medicina cinese"², afferma, a proposito della dismenorrea e dell'endometriosi: "La collera, la frustrazione, il risentimento, l'odio possono causare una stasi del qi di fegato. Nelle donne la stasi del qi di fegato provoca una stasi del sangue nell'utero, che a sua volta determina mestruazioni dolorose". In pratica una sorta di "freezing" caratterizzato da un "ristagno" di sangue. Come sappiamo la lamina dell'endometrio detta anche lamina propria, o stroma, è formata da tessuto connettivo lasso povero di fibre e ricco di vasi e ghiandole - per la maggior parte tubulari e semplici - che producono un secreto ricco di glicoproteine e glicogeno. È uno strato funzionale altamente vascolarizzato, che varia di spessore durante le varie fasi del ciclo mestruale e può fornire il letto di impianto per la cellula uovo fecondata (blastocisti). Quindi la componente vascolare fondamentale in questo tessuto che nell'endometriosi prolifera in maniera anomala causando mestruazioni abbondantissime e dolorose. Vediamo quindi come l'interpretazione della malattia della medicina cinese trova un parallelo in quella convenzionale per quanto riguarda il ristagno di un tessuto altamente irrorato di sangue.

Maria si addentra nella foresta delle sue emozioni intimorita ma anche curiosa di vedere cosa la attende. Lavorare sul corpo non è mai solamente un intervento "fisico". Spesso si stanano emozioni e si finge di non vedere la metamorfosi del paziente. Molto, molto meglio invece ascoltare i suoi vissuti, integrarsi con la figura dello psicoterapeuta ed es-

sere aperti ad accogliere anche le emozioni che emergono durante la terapia.

Nella terza seduta Maria apre le chiuse della diga della sua anima: fiumi di lacrime silenziose mentre la campana tibetana vibra nella sua pancia scorrono copiosi. La rassicuro, le propongo anche di riprendere con la psicoterapia già fatta in passato, ma rifiuta. Dice "voglio farcela da sola...so cosa mi sta accadendo". E così mi parla del suo essere "fredda, forte e razionale" da una vita.

Mi racconta che a casa e nel lavoro tutti la considerano "una roccia" e mi confessa di essere stanca di sembrare forte e di aver bisogno di "mollare" questa maschera. Mi parla della sua paura e del suo desiderio di cambiamento.

Essere ascoltatrice attenta e testimone empatica è il mio ruolo di terapeuta somato-emozionale. Accolgo e favorisco l'intimità emotiva che cura attraverso uno "spazio di vicinanza" silenziosa e partecipante. Intimità infatti non è parola da connettersi solo alla sessualità. Il vocabolario Treccani a proposito dell'intimità afferma: "Talora si riferisce piuttosto ad ambienti dove uno si trovi fra persone intime, tra familiari, o dove si senta perfettamente libero e a suo agio, lontano da qualsiasi indiscrezione di estranei". Nel caso di Maria la fuga dall'intimità era soprattutto una fuga da se stessa. Focalizzata sul lavoro, mai soddisfatta di sé, fuggiva dall'ascolto delle emozioni e quindi anche della sessualità. Krishnananda e Amana, nel loro libro "Sesso e intimità"³ affermano: "Tuttavia la paura può presentarsi come un'assenza di sensibilità, o come una disfunzione. Potremmo renderci conto che non sentiamo i nostri corpi o le nostre emozioni, o che qualcosa non funziona come vorremmo... Qualunque sia il tipo di pressione che cerchiamo di esercitare su noi stessi per sentire qualcosa o per cercare di fare in modo che il nostro corpo funzioni come dovrebbe non fa altro che peggiorare le cose. Le disfunzioni derivano da shock profondi. Quando si esercita pressione lo shock peggiora, come le disfunzioni". Ecco perché la guarigione di Maria non inizia sotto la spinta della volontà ma spontaneamente, dopo l'intervento e la terapia di ri-sensibilizzazione.

L'intimità di Maria sta iniziando a guarire poiché si è generato uno spazio interiore di accoglienza di emozioni anestetizzate per decenni. Riaffiorano paure ma anche nuovi desideri e Maria alla mia domanda: "Ma nel complesso pensi che sia stato positivo sciogliere il tuo ghiaccio o preferivi prima quando magari avevi più equilibrio?" risponde: "Prima non avevo più equilibrio. Non provavo nulla. Ora accetto i sentimenti. Tristi o meno, ma li accetto. Ho re-iniziato a guardare mio marito. Non è facile ma potrei tornare a sentirmi umana".

UNA LETTURA SOMATO-EMOZIONALE DELLA STORIA DI MARIA

Il Dantian, centralina dell'energia sessuale e vitale, luogo che ci connette con l'eccitazione e che ci attiva a desiderare di fare l'amore, può risentire di shock e traumi e diventare sede di freezing.

Il freezing è una particolare risposta di paura che si manifesta attraverso bradicardia e immobilizzazione, appare come un totale o parziale "congelamento" della persona in situazioni di emergenza. La definizione di "stasi di sangue" fatta dalla medicina cinese si integra molto bene con quella occidentale. Bradicardia, rallentamento della circolazione e del flusso sanguigno.

Spesso gli animali ricorrono al freezing nelle circostanze in cui non vi è altra possibilità di salvezza. Negli uomini esso è stato poco studiato, ma vari ricercatori, tra cui Schmidt⁴ nel 2008 ne hanno comprovato l'esistenza. Hagenaars⁵ ha mostrato come si manifesti anche utilizzando da stimolo la visione di film spiacevoli, oppure, secondo Roelofs

in risposta a stimoli sociali di minaccia, come espressioni facciali che esprimono rabbia.

Il protrarsi di situazioni di freezing mette le basi per uno stato di rallentamento e anestesia chiamato "sindrome post traumatica".

Nadezhda Teplova⁷, biologa, psicologa, psicoterapeuta, membro dell'Istituto Svizzero di Micropsicoanalisi, direttore esecutivo del Centro Studi micropsicoanalitici del Kazakistan afferma: "Le bambine testimoni di conflitti tra i genitori, o sottoposte a molestie e violenza fisica e psicologica, con un'esperienza acuta di isolamento perché ignorate dai genitori, sono più spesso oggetto di violenza e abuso sessuale nell'età puberale. Le varie patologie ginecologiche riportate da queste ragazze, in particolare riguardanti l'irregolarità del ciclo mestruale, ci permettono di ipotizzare che vi sia una correlazione tra traumi esperiti e sintomi psicosomatici".

La dottoressa aggiunge inoltre: "In base alla mia esperienza clinica posso presumere che una caratteristica comune alle donne vittime di violenza e affette da endometriosi, malattia policistica, fibromi, sia l'incapacità di distinguere la normalità dalla patologia. Le donne parlano della loro sofferenza e della violenza vissuta come qualcosa di ordinario, normale e casuale".

La descrizione che la dottoressa fa del temperamento delle donne vittime di traumi corrisponde perfettamente a quella di Maria. Ed è proprio nel passaggio dove afferma "Si vergognano di tutto quello che è successo loro e si incolpano per questo - nel profondo sono fermamente convinte che tutto questo incubo sia successo a loro perché sono persone terribili" che riconosco la frase di Maria: "Potrei tornare a sentirmi umana".

Il senso di colpa verso il marito, l'anestesia emotiva, la mancanza di desiderio, la vita incentrata sulla carriera professionale e la sensazione di non essere mai "abbastanza brava" si inscrivono nello stesso quadro emotivo e fisico.

L'asportazione dei noduli endometriali, dell'utero e delle tube, la terapia di "risensibilizzazione" con le campane tibetane hanno aperto un vaso di Pandora e Maria ha ricominciato a sentire.

Ribaltare il paradigma da psico-somatico a somato-psichico è fondamentale: come la psiche può modificare il corpo, il corpo, modificandosi può trasformare la psiche. Ma anche questa visione risente del paradigma occidentale dove psiche e corpo vengono separati e studiati da discipline diverse.

Guarire l'intimità passa necessariamente attraverso un lavoro sul corpo che si affianchi sicuramente all'intervento dello psicosessuologo ma che lo completi. Maria infatti lamenta da sempre un disturbo del desiderio ma soltanto dopo l'intervento vive un "risveglio" emozionale. Sembra quasi che l'asportazione delle masse endometriali si sia portata via anche le pesantezze subite lasciando spazio ad una nuova donna, tutta da scoprire. Chirurgia, psicoterapia e fisioterapia somato-emozionale dovrebbero integrarsi e comunicare in modo costruttivo al fine di dare l'opportunità a queste donne di rinascere davvero a nuova vita.

La loro storia merita davvero di essere riscritta.

BIBLIOGRAFIA

1. http://www.salutemigliore.it/il_dantian.html
2. Maciocia G. Ostetricia e ginecologia in medicina cinese, 2002, Casa editrice Ambrosiana
3. Krishnananda, Amana. Sesso e Intimità. 2010, Feltrinelli
4. Schmidta, N.B., Richeya, J.A., Zvolenskyb, M.J., Maner, J. K. Exploring human freeze responses to a threat stressor. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2008; 39: 292-304.
5. Hagensars, M.A., Roelofs, K., Stins, J.F. Human freezing in response to affective films. *Anxiety, Stress, & Coping: An International Journal*, 2014; 27(1), 27-37.
6. Roelofs, K., Hagensars, M.A., Stins, J. Facing freeze: social threat induces bodily freeze in humans. *Psychological Science* 2010; XX (X), 1-7.
7. Teplova N. Endometriosi, mioma, fibrosi policistica come possibili conseguenze della violenza. Atti Convegno "La psicanalisi di fronte alla violenza sociale" Bergamo, 30-9-2023, Centro Giovanni XXIII.

Corrispondenza

stelladechino@gmail.com, www.stelladechino.net



L'AisFinVeneto è l'associazione regionale che fonde in un'unica entità di volontariato la missione e la visione dell'Aistom e della Fincopp nazionali. Il tema comune è rappresentato dall'incontinenza stomale e dall'insufficienza sfinterica urinaria e anale, lo scopo è di risolvere o alleviare le conseguenze sulla disabilità. Per agevolare nella regione veneta la realizzazione dei progetti più sentiti e urgenti, l'AisFinVeneto programma ogni anno una serie di riunioni provinciali ove gli iscritti all'associazione, i pazienti, i professionisti della sanità e tutte le persone interessate possono esprimere le loro esigenze e le loro potenzialità.

L'AisFinVeneto a Treviso: approccio multidisciplinare all'incontinenza e alle stomie in un centro di terzo livello

GIULIO A. SANTORO

Centro per l'incontinenza, IV Divisione di Chirurgia, Ospedale di Treviso

Il 27 Settembre u.s. si è svolto presso l'Ospedale di Treviso il Convegno: "L'approccio multidisciplinare nel Centro di III° Livello Incontinenza e Stomie: 5 anni dopo, tempo di bilanci e prospettive future" organizzato dalla ULSS 2 Marca Trevigiana e dalla associazione pazienti AISFIN Veneto, in collaborazione altre associazione pazienti (FAIS, FINCOPP, AISTOM, AISVE, LILT) ed il Comune di Treviso. Il Convegno è stato l'occasione per presentare la attività del Centro di III° Livello di Treviso per la Prevenzione, Diagnosi e Cura della Incontinenza e Stomie, diretta dal Dr.Giulio Santoro. Nei suoi primi 5 anni di attività, iniziata il 5 agosto del 2019, si sono svolte presso le strutture del Centro una media annua di 8000 prestazioni, tra prime visite, controlli, esami diagnostici, trattamenti riabilitativi e chirurgici. I lavori, introdotti dalla Presidente della V° Commissione Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto, sono stati incentrati sulle relazioni di tutte le figure professionali (chirurghi coloretali, chirurghi pediatrici, ginecologi, urologi, gastroenterologi, psicologi, fisiatristi, fisioterapisti, specialisti infermieristici) coinvolti nei vari percorsi diagnostico-terapeutici e che garantiscono un approccio multispecialistico e multidisciplinare ai pazienti affetti da incontinenza o portatori di stomie.

Il Dr.Santoro ha ribadito che il problema incontinenza urinaria coinvolge a livello regionale 55.200 uomini e 378.757 donne nella fascia d'età 20-80 anni (prevalenza del 3% della popolazione maschile e del 20% in quella femminile). L'incontinenza è una patologia in grado di compromettere severamente la qualità di vita di chi ne è affetto, condizionandone la sfera familiare, relazionale e lavorativa. Nella maggior parte dei casi è vissuta con grande imbarazzo e come un tabù, portando molto spesso all'isolamento ed anche a forme di depressione le persone che ne soffrono. Meno del 20% ne parla con il proprio Medico di Medicina Generale e solo lo 0.4% si rivolge a cure specialistiche anche per mancanza di una adeguata informazione. Per garantire la uniformità di accesso alle cure e di trattamento sul territorio regionale, nonché appropriatezza delle prestazioni e razionalizzazione delle risorse, la Giunta Regionale del Veneto il 22.11.2017 ha costituito la "Rete Regionale dei Centri per la incontinenza e stomie". Mettendo in rete le professionalità esistenti si garantisce l'efficacia clinica nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, perseguita attraverso percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali condivisi sul territorio regionale. L'adeguatezza gestionale-organizzativa consente un corretto utilizzo delle risorse, bilanciando tempi di attesa e modalità di erogazione delle prestazioni in base al bisogno, garantendo equità ed accessibilità alle cure ed evitando un uso inappropriato delle risorse. Il modello organizzativo della "Rete" prevede tre livelli di assistenza: Primo Livello – Assistenza Primaria: rappresentato dal medico di medicina generale/pediatra di libera scelta che ha un ruolo primario nella rilevazione e diagnosi della incontinenza e nell'orientamento verso i livelli superiori; Secondo Livello – Ambulatorio Multidisciplinare Strutturale: presente in ogni Distretto e volto a garantire l'assistenza specialistica sia ambulatoriale che ospedaliera, attraverso un primo inquadramento diagnostico e la attivazione di un iniziale percorso di cura; Terzo Livello – Centro di Riferimento: si caratterizza per l'alta specializzazione e la capacità di eseguire esami diagnostici ed interventi chirurgici di alta complessità. Gli aspetti fondamentali della presa in carico sono "la Centralità



Fig. 1 - La Sala Riunioni dell'Ospedale di Treviso.

del Paziente" e la "Multidisciplinarietà". Le diverse figure professionali svolgono attività di consulenza nel Centro. La Dr.ssa Tocco, urologa, ha spiegato l'importanza dell'esame urodinamico per la definizione del tipo e della severità della incontinenza urinaria, che coinvolge non solo le donne, ma anche gli uomini che hanno subito interventi di prostatectomia. La dr.ssa Salmeri, ginecologa, ha sottolineato la importanza della prevenzione delle lesioni ostetriche, prima causa di incontinenza fecale. Ha inoltre presentato la procedura aziendale delle riparazioni degli sfinteri anali postpartum che prevede la collaborazione tra ginecologo e chirurgo coloretale. Il Dr.Santoro ha spiegato le diverse tecniche chirurgiche miniinvasive per il trattamento della incontinenza anale quali la neurostimolazione sacrale e le iniezioni intersfinteriche di agenti volumizzanti. Tali procedure vengono attuate in regime di ricovero giornaliero o Day-Surgery. Un'altra importante figura è quello del gastroenterologo, come ribadito dalla Dr.ssa Pinese, per la diagnosi e la terapia medica della stipsi e della incontinenza. I pazienti affetti da tali disturbi presentano spesso un importante disagio psicologico e per questo un ruolo di grande importanza è svolto dallo psicologo, come ha confermato la dr.ssa Busiol. La incontinenza può interessare anche i neonati ed i bambini affetti da malformazioni anorettali o dell'apparato urogenitale. La Prof.ssa Mirdio ha illustrato la presa in carico dei pazienti pediatrici. Un ruolo centrale nel trattamento di tali patologie è rappresentato dalla riabilitazione pelviperineale che si svolge presso il Centro con tecnologie sempre più innovative, come presentato dalla collega fisiatra dr.ssa Mazzariol e dalle fisioterapiste. L'attività del Centro e della Rete è resa possibile grazie ad una complessa organizzazione che è gestita da un coordinatore infermieristico, come illustrato dalla dr.ssa Cian. La recente figura del Counselor nella scelta dei prodotti di assorbenza e nella definizione dei piani terapeutici è stata presentata dalla dr.ssa Formigaro. La Dr.ssa Scarabellin ha infine parlato del ruolo degli enterostomisti nella gestione pre, intra e postoperatorie dei pazienti portatori di stomie e nella gestione delle complicanze. La attività multidisciplinare svolta presso il Centro di Terzo Livello di Treviso si avvale dell'importante contributo dei volontari delle Associazioni Pazienti, che organizzano gruppi di auto-mutuo-aiuto all'interno degli ambulatori del Centro. Altre attività svolte in collaborazione con la associazione AISVE sono state le campagne informative per la cittadinanza "INCONT...riamoci" svolte mediante serate in vari Comuni o con il Camper che ha girato varie piazze cittadine della Provincia di Treviso.

Corrispondenza
giulioasantoro@yahoo.com

L'incontro di Feltre-Belluno: incontinenze e stomie, conoscere per capire, capire per affrontare

LUCA AMADIO

U.O.C. Chirurgia Generale Ospedale di Feltre (BL)-ULSSI Dolomiti

Il 6 dicembre 2024 si è tenuto presso la Sala Convegni dell'Ospedale di Feltre (ULSS 1 Dolomiti) l'ultimo incontro Ais.Fin.Veneto per il 2024. L'incontro vedeva il patrocinio A.I.STOM, FINCOPP, A.I.S.VE e A.I.S Dolomiti.

Il programma è stato strutturato pensando alle domande che abitualmente i pazienti con incontinenza o stomia ci pongono o si pongono. Sulla base di questa indicazione i vari relatori hanno contribuito alla creazione di un evento divulgativo che potesse rispondere ai dubbi delle persone presenti, fossero loro sanitari, pazienti o semplici spettatori. Anche il format voleva essere il più coinvolgente possibile consentendo e stimolando le domande al termine di ogni singola relazione.

L'incontro ha avuto un'ottima risposta da parte degli utenti (pazienti e non), dei medici di base e di altre figure quali medici ospedalieri, infermieri ed oss. Particolare interesse è stato dimostrato dai parenti degli stomizzati.

L'evento ha visto l'introduzione del Prof Giuseppe Dodi che in qualità di presidente AisFinVeneto ha sottolineato l'importanza delle associazioni di pazienti. Tali associazioni consentono l'interazione tra i soggetti favorendo lo scambio di vissuti e problematiche e rappresentano l'unica via attraverso la quale i pazienti possono farsi sentire a livello istituzionale al fine di promuovere azioni migliorative. Sono quindi fondamentali per la rappresentanza ai tavoli decisionali.

L'intervento dei due *enterostomisti* operanti nell'ULSSI Dolomiti *Menuela Ceconello* e *Michele Reveane* ha descritto i diversi tipi di stomie. Nella loro relazione i due professionisti hanno utilizzato l'esperienza maturata dal contatto quotidiano con i soggetti con stomia portando nell'aula le difficoltà, i timori e soprattutto le piccole conquiste degli stomizzati e di come la presenza di una stomia, un tempo considerata una sorta di condanna, oggi sia diventata una condizione il cui impatto sulla qualità di vita, vita di relazione e sessualità, sia andato progressivamente riducendosi. Questa conquista, impensabile fino ad una decina di anni fa, è stata raggiunta grazie all'evoluzione dei presidi ed alla presa in carico del soggetto da parte dell'enterostomista sin dall'inizio del suo percorso di cura: colloquio pre-intervento, individuazione della sede ottimale della stomia, educazione del soggetto e dei familiari, gestione delle possibili problematiche.

Il *Dr Alessandro Iannetti* (Urologia-Feltre) ha affrontato l'incontinenza urinaria focalizzandosi sui disturbi minzionali e della continenza nel maschio post-prostatectomia spiegando come sia possibile la ripresa della continenza nella maggior parte dei pazienti (più dell'80%) indicando i fattori di rischio che possono sfavorire tale percorso tra i quali diabete ed obesità.

La *Dr.ssa Chiara De Zordo* (Ginecologia ed Ostetricia-Feltre) ha spiegato l'incontinenza urinaria nella donna e la frequente coesistenza di alterazioni del pavimento pelvico (prolasso de-

gli organi pelvici) e la loro valutazione dell'ambito della visita uroginecologica sottolineando gli eccellenti risultati nel trattamento della incontinenza urinaria da sforzo.

Altra relazione che ha trovato particolare interesse da parte dei presenti è stata quella della *Dr.ssa Arianna Pasquali* che ha affrontato i disturbi della defecazione nei pazienti sottoposti a resezione anteriore del retto +/- radioterapia. La "Sindrome da resezione anteriore bassa del retto" detta LARS (Low Anterior Resection Syndrome) interessa la quasi totalità dei pazienti operati con asportazione del retto per motivi neoplastici e si manifesta con un ampio ventaglio di sintomi (incontinenza, defecazione frazionata, tenesmo, difficoltà nell'espulsione delle feci). L'effetto sulla qualità di vita può essere tale che un 20% dei pazienti, spesso ex-portatori di una ileostomia temporanea, possa richiedere il riconfezionamento di una stomia. Attualmente l'unica terapia conservativa che si è dimostrata efficace nella LARS è rappresentata dal Peristeen (Covidien). Tale presidio è mutuabile in Veneto e l'educazione al suo utilizzo viene svolta, presso la nostra ULSS, degli enterostomisti. L'ampio capitolo della riabilitazione pelvica è stato trattato dalla *Dr.ssa Elena Maccagnan* (Fisiatra-Feltre) che ha presentato i vari programmi riabilitativi offerti dalla U.O.C. Riabilitazione Funzionale di Feltre dove è presente un gruppo di lavoro che si occupa di pavimento pelvico. In tale ambito la discussione si è concentrata sulla difficoltà da parte della Sanità Pubblica di far fronte alle richieste degli utenti. Tali difficoltà sono dovute in parte all'assenza di fisiatristi/fisioterapisti specializzati nel pavimento pelvico e soprattutto da liste di attesa lunghissime. Tali condizioni determinano la migrazione dei pazienti dal pubblico al privato soprattutto in altre province venete. Contrariamente a tali realtà descritte dai partecipanti, la nostra Unità di Riabilitazione Funzionale si dimostra in grado di offrire agli utenti risposta in tempi giusti rappresentando quindi una piccola eccellenza nella realtà pubblica spesso martirizzata.

Nell'ultima relazione la *Dr.ssa Silvia Spada* del servizio di dietetica ha fornito ai presenti utili indicazioni sulle diete da seguire e possibili nuovi effetti che lo studio del microbioma intestinale potrebbe avere in futuro.

L'unico limite dell'incontro è stato rappresentato dall'assenza di relatori stomizzati/incontinenti. Questo sarà la sfida che ci siamo posti per l'incontro 2025: creare una sessione nella quale persone che vivono quotidianamente tali realtà possano comunicare apertamente e direttamente problemi, difficoltà ma anche, e soprattutto, conquiste.

Fig. 1 - La Sala Convegni dell'Ospedale di Feltre.



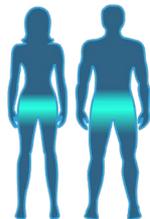
Fig. 2 - Comoda feltrina

Corrispondenza
luca.amadio@aulssl.veneto.it



Pelvishop

LA PELVI SICURA



DILATAN Plus I dilatatori, nelle misure 18, 20, 23 e 27 mm, sono indicati nelle stenosi del canale anale e nello spasmo doloroso dell'ano associato ad ipertono sfinterico indotto da ragade anale o crisi emorroidaria. Sono utili in caso di sanguinamento emorroidario e di stipsi per difficile espulsione delle feci. Spalmare il dilatatore con la crema indicata per ragade, emorroidi o altro, possibilmente priva di anestetico locale che è spesso irritante.



SAPIGENK Detergente intimo ad azione lenitiva con estratto di capperò ed aloe vera. Per l'igiene intima, la prevenzione della candidosi e delle infezioni batteriche vaginali in generale. Decongestionante, antiarrossante e dermoprotettiva.



CREMA EMORAUS Crema a base di centelloside, calendula, allantoina, escina, elianto, cardiospermum halicacabum; astringente, antiossidante. Migliora la vascolarizzazione e la riepitelizzazione, il trofismo tissutale e allevia il prurito/fastidio/dolore anale. Applicare 2 volte/dì sulla zona interessata.



LAXAUS integratore alimentare a base di estratti vegetali con vari principi attivi e attraverso una fitoterapia olistica mira a correggere i numerosi elementi responsabili dei sintomi della stitichezza. Assumere 20 cc di sciroppo (2 cucchiari) al dì.



REGOLAUS RABARBARO integratore alimentare; regola la funzione intestinale in caso di stipsi svolgendo coi suoi principi attivi naturali un'azione efficace ed equilibrata anche sulle prime vie digestive. Il contenuto di senna e frangula è dosato al fine di limitarne l'aggressività sulle mucose, facendo rientrare il prodotto nella categoria dei lassativi non irritanti. Come digestivo: 1 grano dopo i pasti; come blando lassativo: 3 grani prima di coricarsi la sera.



IGIET dispositivo meccanico, un solo gesto, un maggior benessere e un occhio di riguardo alla natura, evitando inutili sprechi di carta. È di particolare beneficio in quelle situazioni di problemi anali (emorroidi, ragadi, dermatiti con prurito, fistole, ferite di vario tipo, ecc.) in cui è preferibile evitare lo sfregamento della carta igienica con l'ano. Inoltre induce il riflesso ano-colico per completare lo svuotamento del retto nei casi in cui c'è la sensazione di defecazione incompleta.



PULSACLIS il clisma a getto pulsante, dotato di cannula lunga e morbida, svuota e pulisce l'ultimo tratto dell'intestino (retto e sigma) e con le pulsazioni stimola la peristalsi per una corretta gestione sia della stipsi che dell'incontinenza anale.



TIME MARKERS marcatori radiopachi per lo studio dei tempi di transito intestinale. Metodo consigliato: assumere 10 marcatori al giorno (1 busta) per 10 giorni (con dieta regolare e nessuno stimolo per la defecazione); effettuare una radiografia diretta dell'addome l'11° giorno.



VENOCIRCOLAUS integratore alimentare naturale contiene diosmina, esperidina e centella. Migliora il microcircolo e previene la fragilità capillare nelle gambe e favorisce la circolazione del plesso emorroidario. Assumere 2 capsule al dì.



PERAUSSETTA peretta indicata per effettuare piccoli clisteri e lavaggi del tratto finale dell'intestino (retto e canale anale, ano) e della vagina. L'applicazione è consigliata per lo stimolo iniziale alla defecazione oppure, nei casi di sensazione di incompleto svuotamento, per indurre, dopo il primo passaggio delle feci, l'emissione successiva e concludere in due sole volte la defecazione.



CREMA RAGADAUS crema naturale a base di calendula, vit. A, E, cardiospermum. Migliora la vascolarizzazione e la riepitelizzazione dell'anoderma e predispone alla rapida riduzione del prurito e del dolore anale. Applicare 2 volte/dì sulla zona interessata.



TEST DEL MICROBIOTA nell'arco di alcune settimane analizza in coltura un campione di feci. Considera le condizioni generali del paziente e identifica gli squilibri (disbiosi) tra le colonie microbiche responsabili di varie malattie. Un professionista qualificato fornisce consigli sull'alimentazione e l'eventuale assunzione di integratori o farmaci.



RELAXER dispositivo wireless studiato per lo svolgimento degli esercizi mirati al rilassamento dei muscoli pelvici a livello anale, urinario e sessuale. Permette di visualizzare sullo smartphone la contrazione e il rilasciamento dei muscoli del perineo e dello sfintere anale, in modo piacevole e rilassante, con la possibilità di avere un riscontro (feedback) in tempo reale sul corretto svolgimento dell'esercizio.



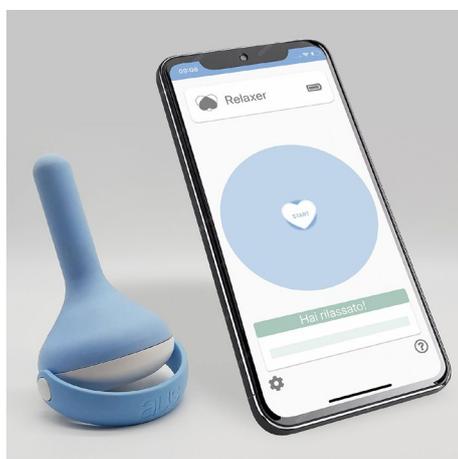
INTELLISTIM dispositivo professionale ad uso domiciliare per il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale con l'elettrostimolazione perineale.

LA PELVI SICURA



PULSACLIS Kit Irrigazione Trans Anale

L'Irrigazione Trans Anale (TAI) è la risposta alle situazioni più fastidiose collegate alla stitichezza (intestino irritabile/"colite") e all'incontinenza anale. Il clisma a getto pulsante, dotato di cannula lunga e morbida, svuota e pulisce l'ultimo tratto dell'intestino (retto e sigma) e stimola la peristalsi per una corretta gestione della stipsi e dell'incontinenza. Molti fattori, comprese le emozioni, possono impedire una soddisfacente defecazione. Nelle forme che maggiormente disturbano la qualità della vita il problema si supera in modo semplice col clistere pulsante, approccio innovativo di facile uso a domicilio, economico rispetto ad altri dispositivi, utile nella stitichezza con transito rallentato. All'effetto meccanico dell'acqua si possono aggiungere prodotti con azione emolliente e lenitiva sulle mucose irritate.



RELAXER biofeedback®

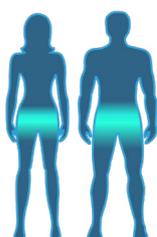
È un dispositivo wireless studiato per lo svolgimento degli esercizi mirati al rilassamento dei muscoli pelvici a livello anale, urinario e sessuale. La sonda, di 6 x 1,5 cm, è elasticamente deformabile e sensibile alla pressione sfinterica. Contiene un sensore di pressione che emette un segnale audio attraverso lo smartphone con cui è collegato per mezzo di una app. È alimentato da una batteria ricaricabile al suo interno. Il Relaxer® permette di visualizzare sullo smartphone il rilasciamento dei muscoli del perineo e dello sfintere anale, in modo piacevole, con la possibilità di avere un riscontro (feedback) in tempo reale sul corretto svolgimento dell'esercizio.



IGIET getto igienico

Dispositivo meccanico, un solo gesto, un maggior benessere e un occhio di riguardo alla salvaguardia della natura, evitando inutili sprechi di carta. L'Igiet va collegato al rubinetto del bidè o del lavandino accanto al wc. Oltre che per una normale igiene personale, l'Igiet è di particolare beneficio in quelle situazioni di problemi anali (emorroidi, ragadi, dermatiti con prurito, fistole, ferite di vario tipo, ecc.) in cui è preferibile evitare lo sfregamento della carta igienica con l'ano. È inoltre adatto alle persone con disabilità fisiche, con difficoltà nell'utilizzo delle mani, soggetti molto anziani, obesi, poiché non richiede alcuno sforzo fisico.

Pelvishop
LA PELVI SICURA



A.U.S. Srl

Sede legale e Amministrativa:
Via Croce Rossa, 42 Padova
Tel. 393 85 795 61 - P.Iva 04616290286

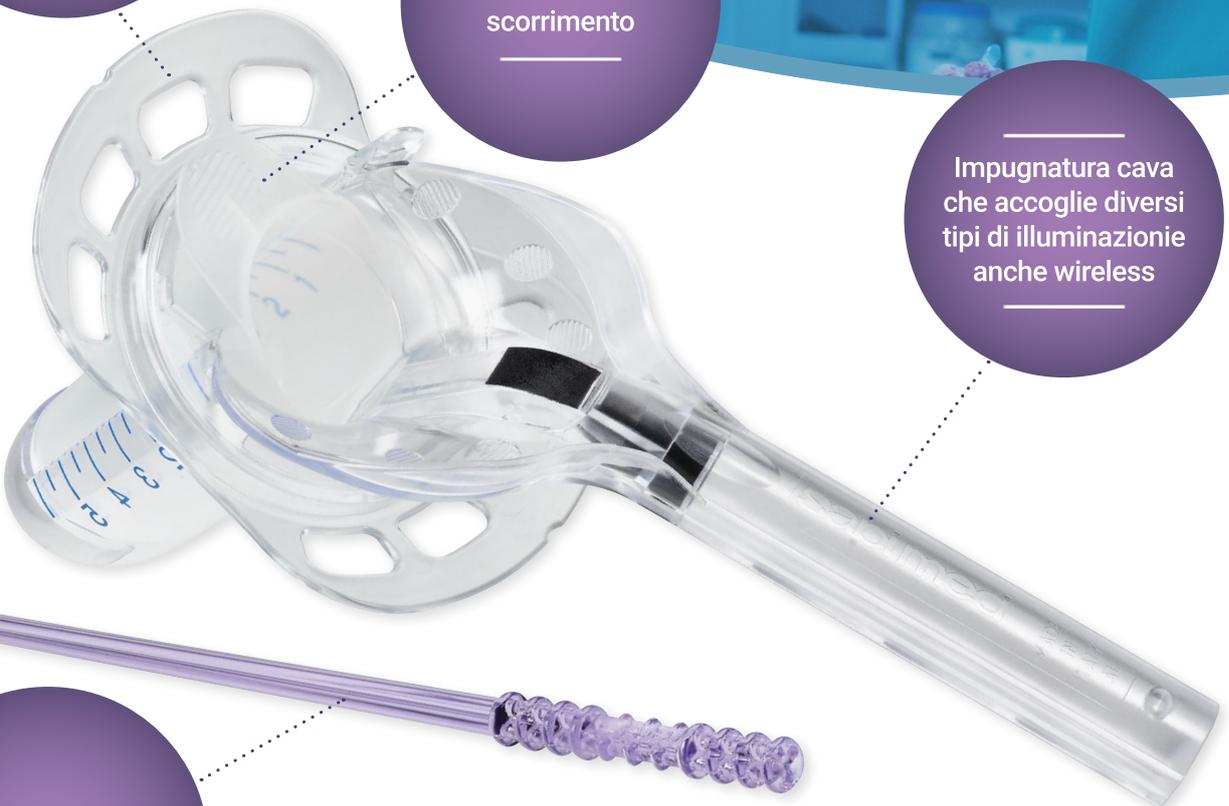
pelvishop.com
info@pelvishop.com



Flangia di fissaggio
per operatività
hands-free

Slider di
scorrimento

Impugnatura cava
che accoglie diversi
tipi di illuminazione
anche wireless



Spinginodo

ERODe

ENDORECTAL OPERATIVE DEVICE

Abbinabile a sonda
doppler pluriuso

ERODe è un dispositivo chirurgico versatile che si presta a diverse tipologie di interventi proctologici per l'ampia visuale e il comodo spazio di manovra.

sapi med

via della Chimica, 6 - Alessandria
www.sapimed.com

