

PELVIPERINEOLOGIA

RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

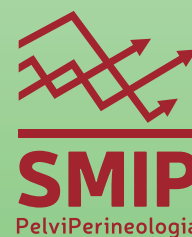
Comitato editoriale

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**

www.pelviperrineologia.it



AI GEF

I segreti del pavimento pelvico: una congiura del silenzio

Un nuovo approccio per sbloccare il pavimento pelvico femminile

PETER PETROS, JOAN MCCREDIE, PATRICIA SKILLING

Traduzione a cura di Francesca Rolli *Piccole Figlie Hospital*, Parma
e di Luisa Marcato *Clinica Ostetrica Ginecologica*, Università di Padova,
redazione di M. Paula Di Silvestro



Sulle ali del pavimento pelvico: la farfalla Ulisse o "Blue Mountain" si trova in Australia e simboleggia la libertà provata dalle donne quando i loro problemi di dolore pelvico ed incontinenza sono risolti grazie alle terapie basate sulla Teoria Integrata di cui parla questa pubblicazione

Indice

- 3 Editoriale Presentazione all'edizione italiana G.DODI
- 3 La congiura del silenzio J. MCCREDIE
- 4 Gli Autori
- 4 In cosa è diversa questa pubblicazione? B. LIEDL
- 5 L'orchestra del pavimento pelvico P. PETROS
- 6 1. Le cause dell'incontinenza e del prolasso
- 7 2. Come e perché le cose vanno male
- 8 3. Una breve panoramica sulle varie cure
- 11 4. È questo il tuo problema? Danni ai legamenti del comparto anteriore
- 13 5. Danni ai legamenti centrali
- 15 6. Danni ai legamenti del comparto posteriore
- 18 7. Stipsi, incontinenza fecale, emorroidi e ragadi anali D.GOLD
- 22 8. Dieta e stile di vita per l'incontinenza
- 22 9. Un caso tipico: valutazione e intervento alla clinica "Kvinno"
- 25 10. Conclusione: "Cosa faccio, dove vado?"
- 30 Glossario

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-VESICALE

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.

Presentazione dell'edizione italiana

GIUSEPPE DODI

Presidente ISPP (Società Internazionale Pelvi Perineologia)

Il Professor Peter Petros mi ha invitato a curare l'edizione Italiana di questo scritto utile a diffondere presso il *pubblico non medico* importanti principi della *pelviperineologia* ossia di quella specialità trasversale che studia le soluzioni per i problemi funzionali della vescica, dell'apparato genitale femminile e dell'ano-retto. Petros è un uro-ginecologo molto famoso nel mondo per aver rivoluzionato la chirurgia dell'incontinenza urinaria femminile inventando l'uso delle sling TVT, bendarelle che dagli anni 90 sono state applicate in milioni di donne. Ha affidato la sezione di proctologia al suo collega australiano chirurgo coloretale Darren Gold.

Alcuni aspetti urologici descritti nella donna possono interessare anche il *maschio* seppure non si parli di prostata né di sessualità maschile. Poiché in Italia la *Teoria Integrata* è poco nota, ritengo che una lettura, anche critica, di questo particolare numero del giornale possa essere utile, oltre che ai pazienti e alle persone comuni, anche a *tutti i professionisti che si occupano di pavimento pelvico*. Una serie di articoli per chi voglia approfondire gli argomenti qui descritti sommariamente si può trovare online open access in *Pelviperineology 2008; 27 (3): 85-124* ove tutte le procedure diagnostiche e gli interventi riferiti alla *Teoria Integrata* sono presentati in dettaglio.

Questa pubblicazione è stata possibile col contributo di Epitech, di SapiMed e di AUS, azienda che opera nel settore del pavimento pelvico, oltre che dell'IPG che gestisce il giornale *Pelviperineologia* (www.pelviperineologia.it, open

access online) alla cui versione inglese www.pelviperineology.org Petros ha dato un importante contributo. La ginecologa Luisa Marcato di Padova e l'ostetrica riabilitatrice della pelvi Francesca Rolli di Parma grazie alle loro competenze ne hanno curato la traduzione, consapevoli della necessità di usare un linguaggio per non addetti ai lavori in un settore molto complesso e specialistico.

Dopo il successo planetario della sua tecnica chirurgica con la sling TVT per l'incontinenza urinaria femminile Petros dedica tutte le sue energie alla diffusione nel mondo della *Teoria Integrata* che vede nel danno ai legamenti della pelvi la causa sia della maggior parte delle disfunzioni di questa parte del corpo che del dolore pelvico cronico, condizioni estremamente comuni e tutt'altro che facili da trattare con le terapie tradizionali, come ben illustrato nel diagramma diagnostico della figura 17 a pagina 23. Propone di curare prolapsi, ritenzioni, incontinenze e dolori nei tre comparti con tecniche chirurgiche (TFS) minimamente invasive e relativamente semplici che sono utilizzate nel mondo nei centri più avanzati per questa chirurgia, soprattutto in Germania, in Giappone e in Cina. Personalmente, avendo coniato nel 1990 la parola *perineologia* e avendo cercato di diffondere durante la mia vita professionale la visione multidisciplinare e interdisciplinare di questa nuova disciplina medica, non posso che invitare lettrici e lettori ad una proficua consultazione.

La congiura del silenzio

JOAN McCREIDIE

Sono una donna che ha sofferto di dolore pelvico cronico e di incontinenza urinaria e che ha dovuto affrontare la necessità di una consulenza professionale. Successivamente sono divenuta parte dello staff della prima clinica al mondo i cui metodi si basano sulla teoria integrale qui descritti ed ho avuto l'opportunità di osservare e discutere con altre donne con problemi vescicali, intestinali e di dolore pelvico. Tali sintomi non avevano solo peggiorato la loro qualità di vita, ma anche modificato la vera essenza del loro essere. Quello che ho sentito ha confermato l'opinione che mi ero fatta, che il problema dell'incontinenza è stato tenuto nascosto dalle donne per generazioni, una passiva **congiura del silenzio**. Durante la mia permanenza alla clinica mi sono resa conto che non vi è alcuna fascia di età esente dall'incontinenza. Essa può verificarsi nelle bambine, nelle giovani donne durante l'attività sportiva, nel corso della gravidanza e dopo il parto. Ma l'incontinenza è molto più che una questione meccanica che riguarda la funzionalità vescicale o intestinale come viene descritto nel libro.

Comporta un forte coinvolgimento emotivo. Essa provoca imbarazzo, compromissione della fiducia in sé stessi e riduzione dell'autostima. Anche la donna meno accorta sa che l'odore potrebbe essere percepito da altre persone. Questo porta ad una certa riluttanza a socializzare e ciò impoverisce ulteriormente l'immagine di sé. Si deve far fronte, costantemente, ad un elevato livello di ansia, ad esempio dovendo essere consapevoli della disponibilità di toilette lungo il proprio percorso. Alcune pazienti accettano il loro destino con rassegnazione, altre con amarezza. Molte pazienti che sono venute alla clinica avevano già esaurito tutti i trattamenti standard. Esse sono state indirizzate a noi perché offrivamo loro la speranza di guarigione per condizioni che erano state considerate incurabili. Questa pubblicazione è dedicata a chi ha bisogno di capire come funzionano i propri organi pelvici e perché i metodi descritti abbiano successo. Ciò rappresenta un punto importante nel tentativo di sollevare il velo da questa congiura del silenzio.

Gli Autori

Professor Peter Petros: leader a livello internazionale nel campo dell'incontinenza e del prolasso sia nella ricerca di base che nella chirurgia ricostruttiva del pavimento pelvico. Negli anni '90 presso l'Università di Uppsala, in Svezia, ha inventato l'intervento di posizionamento della bendarella (sling) medio-uretrale per la cura dell'incontinenza urinaria da stress in base al Sistema Integrato, un metodo rivoluzionario che costituisce la base di questa pubblicazione. Vive e lavora a Sydney.

Dr Patricia M. Skilling Direttore del servizio di Riabilitazione del Pavimento Pelvico (PFR) presso il Centro Kvinno, ha avviato l'utilizzo del Sistema Integrato per l'urgenza minzionale, l'incontinenza da stress, la nitturia, il dolore pelvico e i sintomi da svuotamento.



Joan McCredie, un'avvocata che ha tenuto conferenze nel campo dell'incontinenza e delle cure palliative a gruppi di donne e associazioni ha lavorato a stretto contatto con il Professor Petros e la Dottoressa Skilling come consulente presso la clinica offrendo supporto prezioso grazie alla capacità di comprensione, l'empatia e il particolare interesse per gli effetti psicologici profondi che incontinenza e dolore provocano nella vita delle donne.

In cosa è diversa questa pubblicazione?

BERNHARD LIEDL

Presidente ICOPF (Collaborazione Internazionale Chirurghi del Pavimento Pelvico), Presidente ISPP (Società Internazionale Pelvi Perineologia), Dpt Chirurgia Urogenitale, Beckenboden- Zentrum Denningerstr 44, Monaco di Baviera

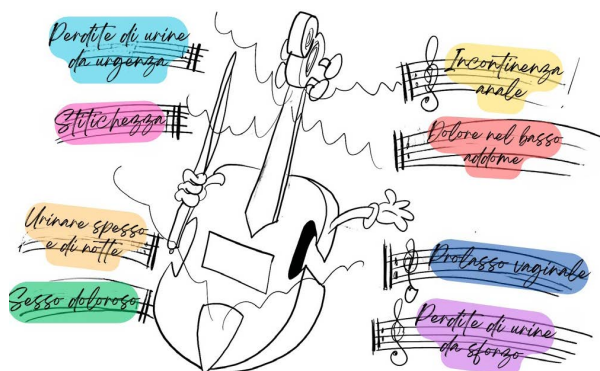
Questo testo si basa su una grande scoperta scientifica, il **Sistema Integrato**. Tale teoria proposta dal Professor Petros (Australia) e dal Professor Ulmsten (Svezia) prevede che le problematiche funzionali del pavimento pelvico (prolassi, incontinenze, disturbi dell'alvo e della minzione, dolore) derivino principalmente dal danno dei legamenti che sostengono utero e pareti vaginali e non dagli organi stessi. La sling medio-uretrale rappresenta un'applicazione di tale sistema, ed ha cambiato la vita di milioni di donne a partire dal 2000, modificando un intervento chirurgico doloroso, con una lunga degenza ospedaliera che costringeva a mantenere il catetere urinario a permanenza, in una operazione eseguibile in regime di day-hospital e praticamente indolore. La mia esperienza e quella di altri chirurghi confermano

anche la cura o il miglioramento di altri sintomi quali urgenza, nicturia, dolore pelvico e incontinenza fecale, a seguito di simili interventi di riparazione di altri legamenti con ricoveri brevi. Ci vorranno molti anni affinché un cambiamento così radicale nel modo di pensare si diffonda e diventi ampiamente conosciuto. Questa pubblicazione con tempestività informa le donne su come i legamenti vaginali danneggiati possano essere responsabili di sintomi specifici e come tali problemi possano essere curati o migliorati con una chirurgia mininvasiva del pavimento pelvico in tempi rapidi. In più il Dott. Gold ha aggiunto una parte interessante sui sintomi colo-rettali da lassità legamentosa, stipsi, incontinenza fecale, emorroidi, ragadi anali e altre condizioni intestinali.

L'orchestra del pavimento pelvico

PETER PETROS

Messaggi chiave. La pelvi va considerata nel suo insieme. Pensate a perineo e pelvi come ad un'orchestra. Vescica, intestino e utero rappresentano gli strumenti musicali. Il cervello è il direttore che coordina gli strumenti al fine di produrre un suono armonioso. Nello stesso modo i **legamenti** sono essenziali per il buon funzionamento degli strumenti. Proprio come una corda allentata può distorcere il suono emesso da uno strumento e rovinare la musica di tutta l'orchestra, così un legamento danneggiato può causare il prolasso dell'utero e molteplici sintomi apparentemente non correlati. I muscoli, i nervi e i diversi legamenti del pavimento pelvico lavorano in armonia, come gli strumenti dell'orchestra. Ognuno contribuisce in modo diverso al suono finale e quando tutti gli strumenti sono in sintonia la musica scorre. Se uno strumento è rotto, il suono prodotto è stonato. Così è con il pavimento pelvico. Ogni struttura danneggiata può causare problemi, in particolare i legamenti perché da essi dipende il corretto funzionamento dei visceri. Come ogni strumento ha un proprio suono, così ogni legamento compromesso esprime un sintomo diverso. I sintomi sono come note sbagliate: stipsi, urgenza minzionale, dolore addominale, alzarsi di notte per urinare (nitturia), dolore o perdita di urina durante i rapporti sessuali, sensazione di ingombro vaginale, dolore genitale, minzioni frequenti (pollachiuria). Anche se i sintomi sembrano venire dalla vescica e dall'intestino, la reale causa è l'allentamento dei legamenti che



li sostengono. Le storie delle pazienti ci dimostrano come una vasta gamma di sintomi e i prolassi possano essere migliorati o curati mediante il rafforzamento dei legamenti danneggiati con la chirurgia in day-hospital, o nei casi meno gravi, con semplici esercizi riabilitativi del pavimento pelvico.

Come gli strumenti in un'orchestra, i legamenti sono raggruppati in *tre compartimenti*: anteriore, centrale e posteriore. Ogni gruppo di legamenti ha i suoi sintomi e prolassi specifici, esemplificati in una serie di storie tipiche di pazienti nei capitoli 4, 5 e 6. Ne risulta una semplice filosofia: ripara i legamenti e curerai i sintomi e i prolassi. Procediamo spiegando il motivo per cui, ad esempio, i **legamenti anteriori** allentati possono causare incontinenza urinaria da sforzo (perdita di urina con il colpo di tosse), perché **legamenti centrali** lassi possono causare cistocele (prolasso della vescica) e infezioni urinarie

croniche o perché *legamenti posteriori* danneggiati possano provocare dolore cronico/persistente, urgenza minzionale (incapacità di resistere al desiderio di mingere) e nicturia (alzarsi di notte per urinare). Poiché le figure sono essenziali alla comprensione, si consiglia di studiarle attentamente in modo da ottenere una conoscenza sufficiente a *discutere il proprio problema specifico con il medico*.

I nostri obiettivi. Uno degli obiettivi di questo testo è quello di far avvenire nelle donne un *cambiamento nel modo di pensare*: la causa dei loro sintomi non risiede nei singoli organi ma nei legamenti che li sostengono. Per trattare queste condizioni usiamo un metodo scientifico basato sul *Sistema Integrale* che funziona attraverso il rafforzamento dei legamenti vaginali con esercizi speciali o con una nuova chirurgia mininvasiva. Un secondo più importante obiettivo è quello di *responsabilizzare* le donne e di dar loro una *conoscenza sufficiente per discutere con il proprio medico* in modo più significativo dei loro problemi. Spieghiamo come lavorano la vescica e l'intestino e come possono essere trattati.

Questo metodo non si limita ai problemi delle incontinenze e dei prolassi. Ecco cosa ha detto una paziente di 34 anni, dopo che il suo dolore pelvico è guarito: *"Stavo quasi per suicidarmi a causa degli interminabili attacchi di dolore alla parte destra del mio bacino. Ora mi sento come un coniglio rilasciato da una trappola. La mia mente continua a scansionare il mio corpo alla ricerca del dolore che per tanto tempo è stato l'oggetto della mia attenzione."* Questa non è la proposta di un esperimento. La sling sub-uretrale tension-free (TVT) ha rivoluzionato il trattamento dell'incontinenza urinaria da stress per milioni di donne. Storie personali di pazienti forniscono ulteriori informazioni utili a persone con problemi simili. Viene inoltre dato risalto al profondo turbamento emotivo che spesso accompagna queste condizioni.

Breve storia dell' incontinenza. Dall'inizio dei tempi l'incontinenza è stata accettata come una conseguenza dell'invecchiamento. Le donne non ne parlano. I medici non chiedono. Le donne, molte fin dall'età giovanile, hanno subito una *congiura passiva del silenzio*. Le conoscenze sulle problematiche del pavimento pelvico non hanno subito modifiche negli ultimi 100 anni. Sono basate sui sintomi. Se una paziente non può "resistere" (urgenza) e durante il giorno va alla toilette frequentemente (pollachiuria) o si alza di notte per urinare (nicturia) la sua vescica è descritta come "instabile" e non curabile. Viene trattata con farmaci marginalmente efficaci, se pur molto commercializzati e costosi. Non vi sono trattamenti considerati efficaci e possibili per alcuni tipi di dolore pelvico cronico e per l'incontinenza fecale. L'unica condizione considerata chirurgicamente curabile è l'incontinenza urinaria da stress (perdita di urina con la tosse e gli sforzi).

Nel 1991 il trattamento dell'incontinenza urinaria seguiva principalmente le raccomandazioni dell'International Continence Society (ICS). Queste erano basate sui principi dell'*urodinamica*, durante la quale si misura la pressione vescicale. Qualora la pressione oltrepassasse un certo livello veniva fatta diagnosi di "vescica instabile" e raccomandato un trattamento di tipo medico. Tuttavia, la maggior parte delle donne cessava spontaneamente tale terapia a causa degli effetti collaterali o dei costi. Molte donne che riferivano urgenza minzionale, senza evidenza di una vescica instabile al test urodinamico venivano indirizzate a psicologi e psichiatri. Al loro sintomo veniva attribuita una causa psicologica perché i test usati nella fase diagnostica erano ritenuti obiettivi e quindi infallibili. La chirurgia per l'incontinenza era raccomandata solo quando non c'era diagnosi di vescica instabile. In ogni caso, l'intervento chirurgico era doloroso, comportava estese cicatrici addominali, sino a due settimane di ricovero in ospedale e lunghi periodi con cateteri vescicali. L'intervento chirurgico per prolasso genitale non è stato modificato per un periodo di 100 anni. Sintomi come alzarsi di notte per urinare (nicturia), la difficoltà (urgenza) e l'incapaci-

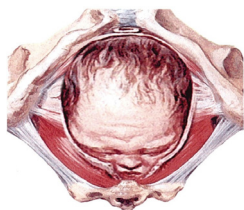
tà di trattenere l'urina (incontinenza), andare al bagno spesso (frequenza) e il dolore pelvico cronico erano tutti considerati incurabili e trattati con farmaci prevalentemente inefficaci. Il *Centro Kvinno* era una clinica privata, la prima clinica al mondo basata sul metodo del *Sistema Integrale*. È stata la fonte delle informazioni scientifiche e delle storie di questo testo. Fondata nel 1991, sulla riva sud del fiume Swan a Perth, Western Australia, si è evoluta successivamente in seguito al lavoro svolto da me e John Papadimitriou, docente di Patologia presso il Royal Perth Hospital. Abbiamo scoperto un metodo per creare dei legamenti artificiali in modo da rinforzare quelli danneggiati nella regione pelvica. Questa tecnica è stata applicata alle prime operazioni di sling medio-uretrale eseguite tra il 1988 e il 1989. Questi interventi hanno avuto successo nella cura sia dell'incontinenza da stress che da urgenza, richiedendo solo un giorno di permanenza in ospedale e hanno portato poi al metodo "Sistema Integrale". Nel 1990, il professor Ulf Ulmsten, un importante professore presso l'Università di Uppsala, in Svezia, ha visitato il Royal Perth Hospital per rivalutare i pazienti ed i risultati dei primi interventi effettuati. Negli anni successivi vi è stata una ricca collaborazione scientifica tra me e il Professor Ulmsten il cui prodotto è stato l'intervento di TVT (Tension free Vaginal Tape) che ha rivoluzionato la cura dell'incontinenza urinaria da stress (perdita di urina con la tosse e gli sforzi). Nel 1995 il Sistema Integrale ha inoltre consentito di rilevare significativi miglioramenti ed elevati tassi di guarigione per molti dei sintomi precedentemente considerati incurabili dalla maggior parte degli specialisti del settore. Tutto questo ha prodotto una situazione conflittuale, come sintetizzato dal filosofo austriaco Schopenhauer: ogni verità attraversa tre fasi. In un primo tempo è considerata *ridicola*, poi ci si *oppone* violentemente e alla fine è accettata come *ovvia*. A dispetto di questa emarginazione, si è verificato un rapido progresso. Nell'intervallo tra 1991 ed il 2009, il Centro è diventato un punto di riferimento, come ultima speranza, per le donne di tutte le età a cui era stato detto che non vi erano cure disponibili per la loro condizione. Molte delle loro storie sono raccontate più avanti nel testo. Molti chirurghi nazionali e internazionali sono venuti a Perth per osservare le pazienti, il metodo e gli interventi. Molti articoli scientifici pionieristici sono stati prodotti in quegli anni. Entro il 2009, l'operazione di TVT era diventata lo standard mondiale per la cura dell'incontinenza urinaria da stress. Molti chirurghi, inizialmente critici, adottarono tale tecnica e divennero leader nel settore. Le parti più controverse del Sistema Integrale, la cura chirurgica dei sintomi della vescica instabile e del dolore pelvico cronico hanno progredito più lentamente e devono ancora ottenere l'approvazione generale.

Nel 2009 importanti richieste accademiche internazionali hanno fatto sì che si creasse un conflitto: continuare il mio lavoro in clinica a Perth o accettare i numerosi inviti provenienti da Europa, Asia, Nord e Sud America per viaggiare e insegnare gli aspetti più ampi del Sistema Integrale e i suoi interventi chirurgici. Dopo 18 anni, la clinica è stata chiusa. A quel punto, il mio libro di testo, "Il pavimento pelvico femminile," di PEP Petros, Springer Heidelberg, era stato ampiamente diffuso, tradotto in 8 lingue, tra cui spagnolo, tedesco, cinese, giapponese. Anche se il Centro Kvinno non funziona più a Perth, il mio lavoro nell'insegnamento del Sistema Integrale continua a livello internazionale, molte migliaia di medici in tutto il mondo seguono i suoi principi in tutto o in parte.

Abbiamo applicato il "Sistema Integrale" nel corso degli ultimi 10 anni presso il Centro Kvinno, Hannover, a pazienti provenienti da tutte le parti della Germania. Confermiamo risultati eccezionali per i trattamenti non chirurgici e chirurgici dell'incontinenza urinaria e fecale, prolasso e di sintomi come urgenza, nicturia, dolore pelvico. Dr Med. Bettina Rushmeier MD, Prof. Dr. Med Klaus Goeschen MD PhD, Kvinno Center, Hannover, Germania.

1. Le cause dell'incontinenza e del prolasso

Questa immagine mostra come la testa del bambino dilata notevolmente la vagina stirandone i legamenti, ciò può causare degli allentamenti delle strutture di sostegno che sono la causa principale del prolasso genitale, vescicale e a volte rettale, dell'incontinenza e del dolore pelvico.



Come capisco di avere un certo problema?

Se si risponde affermativamente a una delle seguenti situazioni significa che si ha un problema.

1. Perdo urina durante lo sforzo o la tosse. Questo si chiama incontinenza da stress.
2. Non è possibile "trattenere" l'urina quando si ha lo stimolo percepito come impellente. Questo si chiama incontinenza da urgenza.
3. Non si può svuotare completamente o correttamente la vescica (ritenzionismo).
4. Ci si sporca di feci. Questo si chiama incontinenza fecale.
5. Si sente una sensazione di ingombro in vagina. Questo si chiama prolasso.
6. Si avverte un dolore al basso ventre, nella zona vaginale anale, rettale (dolore pelvico).

Quanto grave è il mio problema?

Auto valutazione della paziente. A questa domanda non è così facile rispondere, in quanto i sintomi variano e così le percezioni delle pazienti. Una regola semplice è quella di chiedersi se vi sono interferenze con la qualità della vita. Se il problema è lieve, non è necessaria alcuna azione correttiva del proprio comportamento. *Valutazione da parte della clinica.* Il medico ha una prospettiva diversa: a) valutare quali legamenti sono stati danneggiati; b) valutare la gravità del problema. Una valutazione accurata è fondamentale. Il medico utilizza vari test per decidere quale trattamento consigliare. Più avanti dedichiamo un capitolo a questo argomento, *Una tipica visita alla Clinica*, con l'esperienza di una paziente che passa attraverso l'intero processo: valutazione, consenso e decisione per il trattamento.

Capire la propria vagina, la vescica, l'intestino e come dovrebbero funzionare

L'allentamento dei legamenti vaginali è la causa ultima del prolasso genitale, vescicale e dei sintomi intestinali e di alcuni tipi di dolore pelvico: Teoria Integrata.

Sintomi

Un sintomo è un campanello d'allarme dal cervello che qualcosa non va in una certa parte del corpo. Per quanto riguarda la vescica e l'intestino ci sono 2 tipi di sintomi, l'incapacità di trattenere l'urina o le feci (incontinenza), o i disturbi dello svuotamento vescicale (ritenzione) o intestinale (stipsi). Un terzo tipo di sintomo è il dolore pelvico cronico.

Prolasso genitale

Un prolasso si manifesta con una sensazione di ingombro nella vagina o con la fuoriuscita dell'utero dall'orificio vaginale. Un rigonfiamento della parete anteriore della vagina è detto **cistocele**. Un rigonfiamento della parete posteriore della vagina è detto **rettocele**. La discesa dell'utero nel canale vaginale è chiamato **prolasso uterino**. I sintomi possono verificarsi in caso di prolassi voluminosi ma anche minimi.

Fig 1. I diversi tipi di prolassi. Vescica, utero e intestino spingono sulle pareti vaginali provocando un rigonfiamento delle stesse perché le strutture (legamenti) che li sospendono sono indebolite.

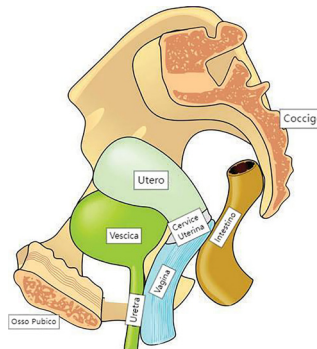
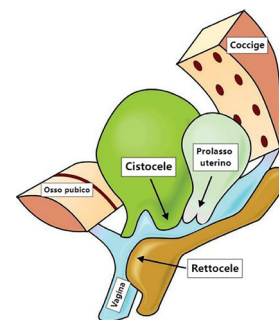


Fig 2. Vescica, vagina, utero, intestino e i loro condotti. Visti in posizione laterale e in posizione eretta. Pensate a questi organi come contenitori in cui si accumulano urine e feci.

La **vescica** immagazzina l'urina ed è collegata con l'esterno mediante un piccolo condotto, l'uretra.

L'**utero** contiene il feto ed è collegato con l'esterno mediante il canale vaginale.

Il **retto** raccoglie e contiene le feci e comunica con l'esterno attraverso il canale anale e l'orifizio anale.

Il sangue mestruale e il bambino alla nascita passano attraverso la vagina. Urina e feci passano attraverso l'uretra e l'ano. I muscoli comprimono questi condotti per chiuderli e li allungano aprendoli per lo svuotamento. L'osso che sta al davanti della vescica si chiama pube mentre le ossa che si trovano dietro il retto si chiamano sacro e coccige.

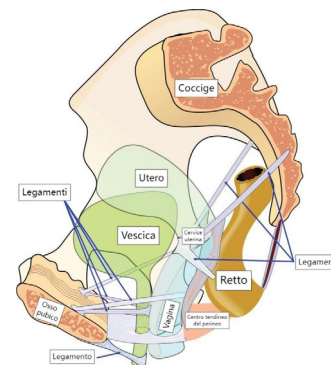
La **vagina** sostiene la vescica anteriormente e il retto posteriormente, quindi tutto ciò che danneggia la vagina o i suoi legamenti può interessare anche la vescica e il retto.

L'**utero** ha una struttura molto importante. Le pareti della vagina e i loro legamenti si inseriscono sull'utero. La parte inferiore dell'utero è detto **collo dell'utero o cervice** e si trova proprio sul fondo della vagina. La cervice è dove viene eseguito il prelievo per il Pap test.

Il **centro tendineo del perineo** (corpo perineale) è una solida struttura che separa la parte inferiore della vagina dall'ano. Supporta la vagina dal basso. Se questo è allungato si crea una sacca bassa (perineocele) e se è danneggiato il retto può protrudere in avanti dentro la vagina. In tal caso si manifesta il rettocele.

I **legamenti** sono come delle corde. Alcuni sospendono la vagina e l'utero dall'alto, esattamente come un ponte sospeso, figura 3.

Figura 3. I legamenti sospendono gli organi dall'alto come un ponte sospeso.



Il centro tendineo del perineo

supporta la vagina dal basso e separa la vagina dal retto. L'utero agisce come la chiave di volta di un arco e quindi ha un ruolo di fondamentale importanza nel sostenere vagina, vescica e retto. La sua rimozione può predisporre al prolasso vaginale, vescicale e rettale e a una sintomatologia dolorosa la cui insorgenza può essere ritardata fino a dopo la menopausa.

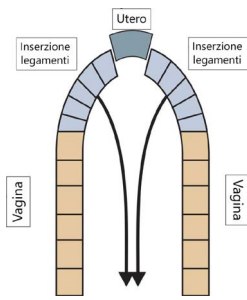


Fig 4. L'utero agisce come la chiave di volta di un arco

Fig 5. I muscoli pelvici (rosso scuro) avvolgono e sostengono la vagina (celeste), la vescica (verde), e l'intestino (marrone) da sotto. La contrazione in avanti (freccie) chiude l'uretra e l'ano; la contrazione verso il compartimento posteriore (freccie) apre l'uretra e l'ano. Le freccie rosse indicano le direzioni lungo le quali i muscoli si contraggono, indietro per aprire l'uretra e l'ano, avanti per chiuderle. Alcuni muscoli sono facili da sentire. Se si posizionano le dita nella vagina e appena dietro l'osso pubico e si preme con forza o si danno alcuni colpi di tosse si è in grado di percepire la contrazione muscolare.

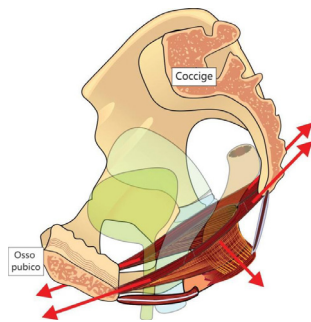


Fig. 6. Questa figura mostra una donna che stringe il suo utero che è venuto fuori dalla vagina (prolasso).

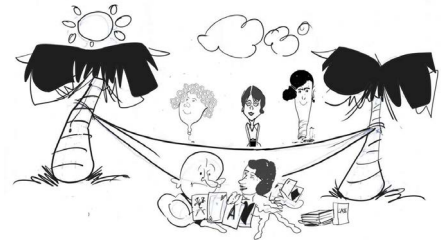
Vuole enfatizzare gli effetti potenzialmente catastrofici dell'isterectomia (asportazione dell'utero). C'è una cultura moderna di *togliere*



l'utero sulla base del fatto che l'organo ha ormai svolto la sua funzione. Molte donne accettano questo punto di vista consapevoli che in questo modo si libereranno dalla ciclicità mestruale. Molti medici che si occupano di prolasso vedono l'utero come un ostacolo per una corretta riparazione del prolasso stesso e tendono a rimuoverlo. Tuttavia l'utero è un organo molto importante, la sede del concepimento e del primo nutrimento dei figli. Per molte donne è la base della loro femminilità e alcune vivono gravi reazioni psicologiche quando viene rimosso. Dal punto di vista strutturale poi l'utero è molto importante, in quanto è il punto di ancoraggio per quasi tutti i legamenti della pelvi. L'**isterectomia** comporta la sezione di questi legamenti. A lungo termine, ciò può causare prolasso delle pareti vaginali, stipsi, incontinenza urinaria e fecale. La nostra opinione è che l'utero è al centro di qualsiasi ricostruzione che coinvolga i legamenti e non deve essere rimosso senza un buon motivo, per esempio, gravi emorragie o il cancro.

Fig.7. Tutto normale, stretto e in equilibrio.

Gli alberi rappresentano lo scheletro della pelvi. La vagina è attaccata allo scheletro da forti legamenti e tutto è messo in tensione dai muscoli pelvici senza che ce se ne renda conto. In questa situazione, le nostre piccole caricature della vescica, del retto e dell'utero convivono in modo perfetto con la vagina come se questa fosse un'amaca che li sostiene e che funge da trampolino. Il cervello gestisce muscoli e legamenti come se fossero posizionati con un ruolo tipo "pilota automatico", in modo che la loro attività avvenga in modo inconsapevole.



2. Come e perché le cose vanno male

L'enorme stiramento che si verifica al momento del parto può danneggiare il collagene della vagina e i suoi legamenti causando prolasso e vari sintomi.



Fig.8. Nesso di causalità. Muscolo e legamento vengono intrappolati, allungati, schiacciati e non hanno nessun posto dove andare. La testa fetale durante il suo passaggio attraverso il canale del parto provoca un enorme allungamento della vagina e dei suoi legamenti. Il diametro di una testa normale è 9,4 centimetri, mentre il

diametro pelvico è solo di 12-13 cm. Le strutture muscolari e legamentose sono necessariamente compresse, strappate o danneggiate.

Anche quando la testa si presenta con il suo diametro minore perché è completamente flessa, come in questa immagine, ci sono solo 1,5 centimetri per lato in cui tutti i tessuti devono adattarsi. I legamenti ed i muscoli sono intrappolati, allungati, stirati, a volte schiacciati, ed è un miracolo che i muscoli e i tessuti di ogni donna non vengano distrutti. La spiegazione è data dall'effetto di un ormone placentare che scioglie i legami molecolari tissutali in modo che si indeboliscano: l'aumento di elasticità che ne consegue rende i tessuti molto meno vulnerabili alle lacerazioni. Entro 24 ore dalla nascita, questo ormone scompare, i tessuti tornano quasi integralmente nel loro stato normale. In molte donne, tuttavia, i legamenti e le pareti vaginali rimangono allungati o strappati e ciò porterà allo sviluppo di prolassi, incontinen-

ze, sintomi funzionali e dolori. Anche un prolasso lieve può avere sintomi significativi. Le due figure che seguono mostrano l'effetto della sovraestensione della sommità, parete anteriore e posteriore della vagina, ciò può causare prolasso e sintomi che verranno di seguito descritti in dettaglio.

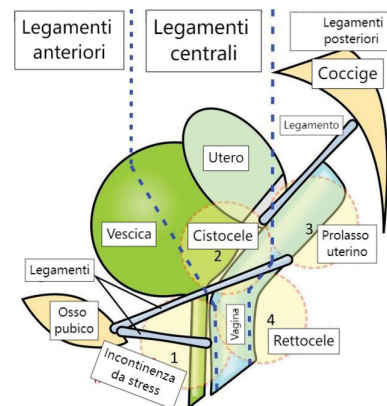
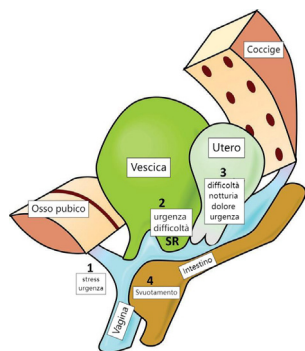


Fig. 9a. Danni da parto, vista laterale: la testa attraversando il canale del parto può stirare eccessivamente la vagina. Parete vaginale anteriore, danni ai legamenti anteriori: incontinenza urinaria da stress "1"; Parete vaginale anteriore, danni ai legamenti centrali: cistocele "2". Apice vaginale: prolasso dell'utero "3". Parete vaginale posteriore: rettocele "4". Chiarimento: i sintomi riguardano solo danni a legamenti specifici dei compartimenti anteriore, centrale e posteriore.

Fig. 9b. Prolassi e sintomi derivanti dai danni causati nei siti 1-4 della fig. 9a



I danni ai legamenti anteriori della vagina '1' Non provocano prollasso. Il problema principale è la perdita di urina con la tosse (incontinenza da stress), seguono la elevata frequenza delle minzioni e l'urgenza minzionale.

Danni alla parete anteriore della vagina, danni ai legamenti centrali '2' Può causare protrusione della vescica nella vagina (cistocele). Vi può essere stiramento dei recettori di parete quando la vescica è piena. I problemi principali sono difficoltà di svuotamento della vescica, infezioni croniche vescicali e urgenza minzionale.

Danni alla parte superiore della vagina '3', danni ai legamenti posteriori. Ciò provoca la discesa dell'utero nella vagina (prolasso dell'utero). I sintomi principali sono il senso di ingombro vaginale, il dolore pelvico cronico, alzarsi di notte per urinare (nicturia), difficoltà a svuotare la vescica, la frequenza e l'urgenza

Danni alla parete posteriore della vagina, il corpo perineale '4' Possono causare una sporgenza del retto nella vagina (rettocele). Il problema principale è la difficoltà a svuotare l'intestino. A volte può essere necessario, per la paziente, premere verso il basso con le dita in quella zona per facilitare l'evacuazione.

I legamenti allentati compromettono il lavoro dei muscoli causando sintomi e prollasso. I muscoli pelvici hanno bisogno di un attacco mediante un legamento forte per funzionare correttamente. Legamenti deboli possono portare a sintomi e prollasso.



Fig. 10. Nesso di causalità. I legamenti e la vagina sono troppo deboli per sostenere gli organi. Se le corde sono allentate, l'amaca (vagina) cede, e dunque vescica, utero e retto scendono e spingono in vagina rigonfiandola. La donna percepisce una sensazione di ingombro vaginale. E 'chiaro dall'immagine

che solo asportando la parte inferiore in eccesso (riparazione dei tessuti nativi ossia naturale e non artificiali con materiali protesici) si migliorerà l'aspetto anatomico per un po', ma non si curerà il problema. Questo è ciò su cui si basano le riparazioni vaginali tradizionali. Le corde (legamenti) che fissano l'amaca all'albero rimangono comunque allungate e deboli. Per curare il problema, i legamenti devono essere accorciati e rafforzati. Questo è esattamente ciò che è stato fatto con il nuovo sistema *Tissue Fixation System* utilizzato per curare i prollassi nei casi clinici descritti nel testo.

3. Una breve panoramica sulle varie cure

Questa sezione discute brevemente le principali possibilità di vari trattamenti, sia tradizionali che innovativi.

Prevenzione

Il parto cesareo può prevenire il prollasso, l'incontinenza e il dolore? Può prevenirli solo parzialmente. L'utero deve prepararsi al parto. Durante la gravidanza un ormone chiamato *relaxina* allenta i legami che uniscono i ponti di collagene all'interno dei legamenti e della vagina, in modo che queste strutture si preparino allo stiramento prima dell'inizio del travaglio di parto. Questo spiega perché le donne in gravidanza possano sviluppare sintomi a carico di vescica, intestino e dolore ben prima dell'avvio del parto. Tuttavia le varie fasi del travaglio sottopongono muscoli e legamenti ad un ancora maggior stiramento e potenziali danni. Fortunatamente, la maggior parte dei sintomi o degli episodi di incontinenza e di dolore che si sviluppano durante la gravidanza migliorano o scompaiono dopo il parto.

Come i legamenti allentati causano sintomi. L'incontinenza, ovvero la perdita involontaria di urine e feci si verifica quando i legamenti sono allentati e deboli, in modo che i muscoli diventano ipotonici e incapaci con la loro contrazione di chiudere l'uretra e l'ano. Vescica e intestino possono manifestare **difficoltà di svuotamento** con gocciolamento, svuotamento incompleto e stipsi, in quanto coi legamenti allentati i muscoli deboli divengono incapaci di aprire correttamente l'uretra e l'ano. Urinare frequentemente (*frequenza, pollachiuria*) e incapacità di resistere al desiderio di mingere si verificano quando particolari terminazioni nervose della parete vescicale chiamati recettori di stiramento (SR) si disattivano prematuramente, rispetto ad una vescica che si riempie normalmente, perché i legamenti sono troppo rilassati per sostenere la vescica. In condizioni normali i recettori di stiramento inviano al cervello un segnale che la vescica è piena. Se per qualsiasi motivo la vagina è discesa e allentata, i recettori di stiramento inviano il segnale di avvenuto riempimento a volumi vescicali più bassi, così la paziente va più frequentemente ad urinare durante il giorno (*frequenza, pollachiuria*) e durante la notte (*nicturia*). Poiché non può controllare il riempimento, riferisce frequentemente una voglia irrefrenabile di urinare (*urgenza*).

Fig. 11. Nesso di causalità. Tutto è allungato e fuori equilibrio. Il legamento su un lato dice "non posso più tener su". Il muscolo dall'altro lato dice: "non riesco ad allungare più nulla!". Una volta che i legamenti sono danneggiati, la vagina si allenta, quindi la vescica, l'intestino e l'utero scendono. Il legamento non può reggere l'amaca vaginale, così prollassano la vescica (cistocele), l'utero (prolasso uterino) e l'intestino (rettocele) provocando un rigonfiamento ed un senso di ingombro vaginale. Il muscolo non può allungare la vagina, perché i muscoli hanno bisogno di un legamento forte a cui inserirsi per potersi contrarre. Così il muscolo contraendosi non riesce a chiudere le uscite della vescica o dell'intestino, e la donna perde urina o feci. Infine, i nervi che corrono lungo i legamenti non possono più essere sostenuti e questo comporta diversi tipi di dolore.



Il *dolore pelvico* può essere causato dalla lassità dei legamenti che sostengono l'utero. Questi legamenti contengono nervi. Il prolasso uterino può stirare questi nervi causando un dolore gravativo con senso di peso. Perché in una paziente si verificano allo stesso tempo una molteplicità di sintomi e più prollassi? Come è evidente dalla figura 9a è improbabile che durante il parto venga danneggiata un'unica struttura. È per questo che molti problemi si manifestano contemporaneamente.

Buone abitudini intestinali e vescicali. La natura è sempre la miglior guida. Il sistema di svuotamento intestinale e vescicale è così ben organizzato e sviluppato e noi dovremmo ascoltarlo. C'è una semplice regola per bambini e adulti: "andare quando la vescica e l'intestino ti dicono di farlo". Ciò è particolarmente vero per l'intestino. Non è bene sforzare eccessivamente la fuoriuscita delle feci, meglio aspettare se possibile lo stimolo spontaneo. Se il problema si ripete nonostante una dieta ricca di fibre liquidi è opportuno parlarne col medico.

Terapia sostitutiva ormonale. I principali cambiamenti si verificano in menopausa. Le ovaie cessano di produrre estrogeni, i ponti del collagene si rompono, i tessuti vagina-

li si indeboliscono, possono iniziare i sintomi e il prolasso. Molte pazienti sperimentano vampate, alcune sviluppano depressione, molte aumentano di peso, accumulando tessuto adiposo in diverse parti del corpo. Sembrerebbe ragionevole sostituire gli estrogeni mancanti, ma ci sono effetti collaterali come una maggiore incidenza di carcinoma della mammella (dal 4% al 5%), anche se questo timore non è stato pienamente motivato. Gli estrogeni vaginali, somministrati 2-3 volte alla settimana, sono efficaci e considerati sicuri. Gli estrogeni assunti per via sistemica (orale o transdermica) in modo continuativo possono prevenire l'osteoporosi e, in alcune pazienti, la depressione. C'è una evidenza crescente che i tumori ovarici provengano dalle tube di Falloppio, quindi è ragionevole rimuovere solo le salpingi, in caso di isterectomia e conservare le ovaie. La carenza di vitamina D agisce sulle ossa e forse sui legamenti, come probabilmente il testosterone. Il testosterone è un ormone importante per le donne, per metà è prodotto dalle ovaie e in menopausa cala lentamente a differenza del calo improvviso di estrogeni. La rimozione delle ovaie durante l'isterectomia non porta ad un improvviso calo dei livelli di testosterone. I sintomi più comuni includono compromissione del desiderio sessuale, riduzione della sensazione di benessere, perdita di tono ed energia, depressione e perdita di tessuto osseo. I colleghi specialisti in endocrinologia parlano di risultati positivi circa l'uso di testosterone nelle donne in menopausa che presentano questi sintomi. L'argomento della sostituzione ormonale è complesso e controverso. È consigliabile la consultazione di un medico specializzato nel somministrare terapie ormonali.

Pessario

Anelli di gomma o silicone sufficientemente grandi chiamati pessari inseriti in vagina impediscono al prolasso di uscire dalla vagina stessa. Questo è il trattamento più antico per il prolasso, ed è ancora oggi un'opzione, soprattutto per le donne che sono in cattive condizioni generali o che desiderano ritardare o evitare l'intervento chirurgico. Il posizionamento del pessario richiede una manovra esperta, i pessari spesso cadono, possono causare erosioni e ulcere della parete vaginale con l'uso a lungo termine. Il pessario non è ben accettato dalle donne sessualmente attive.

L'utilizzo del pessario non si limita al prolasso. In Germania, nelle pazienti con sintomi significativi e prolapsi di piccole dimensioni, alcuni medici inseriscono un *tampone di 6x3cm* simile ad un cilindro con un filo attaccato chiamato "ProDry" (disponibile in rete). Questo sostiene la vescica ed i legamenti della parte superiore della vagina, può essere molto efficace nel breve termine, nel migliorare l'urgenza, la nicturia e altri sintomi. Anche se è essenzialmente un grande tampone, qualsiasi uso del pessario ProDry dovrebbe avvenire sotto controllo medico. Un effetto simile, con miglioramento dei sintomi di ingombro, nicturia, dolore pelvico spesso può essere ottenuto inserendo *un grande tampone assorbente in profondità nella parte posteriore della vagina, ma solo a breve termine e solo come un test*, perché l'uso a lungo termine di un tampone può favorire le infezioni. Anche se un pessario può essere ancora una scelta utile nelle pazienti più anziane, i moderni metodi chirurgici mininvasivi consegneranno questo trattamento alla storia.

Il **pessario cubico** è un dispositivo in silicone medicale costituito dalla peculiare forma a cubo, le cui quattro facce corrispondono a ventose che si adattano perfettamente alle pareti vaginali, posizionandosi in modo stabile e sostenendo i vari organi endopelvici in sede. Ricrea meccanicamente la statica pelvica perduta. Purtroppo non è fisso come potrebbe essere un pessario ad anello ed è necessario un adeguato addestramento con un'ostetrica esperta per poterlo poi autogestire a domicilio. È molto utile anche come forma di prevenzione: i prolapsi nel tempo tendono a peggiorare, il pessario cubico abbinato ad una buona rieducazione muscolare perineale, se applicato durante le attività che aumentano le pressioni in addome (salti, sollevamento pesi ecc...), può rallentare tale peggioramento.

Farmaci

Anticolinergici, beta-adrenergici, ecc. agiscono impedendo alla muscolatura liscia della vescica di contrarsi. Il problema è che agiscono anche su altri muscoli lisci in altre sedi del corpo dando molti effetti collaterali come secchezza della mucosa orale, stipsi, difficoltà di svuotamento, tanto che, entro 4 settimane, la stragrande maggioranza delle donne interrompe l'assunzione delle compresse.

Neurostimolazione sacrale

Questo metodo assai costoso richiede una notevole esperienza. Si tratta di un trattamento di ultima istanza di solito è riservato a casi gravi estremamente selezionati di dolore pelvico cronico, incontinenza e stipsi. Gli elettrodi vengono applicati in prossimità dei nervi sacrali e una batteria impiantata sottocute nella regione glutea invia gli impulsi al sistema nervoso.

La chirurgia tradizionale per cistocele e rettocele

La riparazione chirurgica è un metodo noto da più di 100 anni. Il tessuto vaginale allentato e ridondante viene asportato ed i due lembi residui avvicinati e cuciti insieme. In questo modo tessuto danneggiato è unito ad altro tessuto danneggiato. Questo spiega il motivo per cui il tasso di guarigione di questi interventi è basso e la percentuale di recidive elevato. Inoltre la vagina è un cilindro, in modo che qualsiasi rimozione di tessuto potrà solo restringerlo o accorciarlo, peggiorando potenzialmente la qualità dei rapporti sessuali. Abbiamo visto una vagina stretta come un dito dopo tre interventi del genere. Per questo che la maggior parte dei chirurghi raccomandano di asportare la minor quantità di vagina possibile e se i legamenti sono intatti il loro utilizzo può dare dei risultati soddisfacenti. Purtroppo di solito sono danneggiati e questo spiega il basso tasso di successo di questo tipo di chirurgia che asporta i tessuti.

Chirurgia tradizionale per prolasso uterino

L'utero può essere conservato (intervento riparativo di Manchester) o rimosso (isterectomia). Poiché crediamo che l'utero svolga un ruolo importante nel supporto agli organi pelvici e che l'isterectomia sia un'operazione maggiore con possibili complicanze, raccomandiamo di non rimuoverlo ove possibile. Inoltre, dopo la rimozione dell'utero, la parte superiore della vagina spesso sporge verso il basso, come un guanto rovesciato, perché i legamenti che la supportano sono compromessi dall'isterectomia stessa.

Chirurgia vaginale per prolasso con uso di reti

Negli ultimi anni, molti chirurghi hanno impiantato reti di materiale inerte (polipropilene) sotto la parete vaginale. Tali materiali non riparano i legamenti danneggiati, agiscono impedendo alla vescica e al retto di sporgere in vagina. Il problema con l'impianto di un foglio di materiale protesico è che il corpo può reagire con vari gradi di intensità, che vanno dall'infiammazione, al dolore e alla formazione di tessuto cicatriziale, come avviene con una scheggia, ossia un corpo estraneo. I successi sono migliorati nel tempo, ma complicanze come dolore ai rapporti sessuali, perdite vaginali maleodoranti, perforazioni intestinali e vescicali (fistole) sono descritte e la Food and Drug Administration (FDA), l'agenzia di controllo americano, ha lanciato avvertimenti sull'uso di queste protesi per le complicanze che possono derivare da un loro uso improprio. Se si utilizza materiale appropriato e vengono applicate da un chirurgo esperto sono tuttavia affidabili nella correzione specifica del prolasso.

Le reti nella chirurgia laparoscopica o robotica

Queste operazioni sono eseguite all'interno della cavità addominale (peritoneale). La chirurgia robotica è essenzialmente uguale alla chirurgia laparoscopica, tranne che è più costosa e richiede tempi più lunghi di esecuzione. Lungherie strisce di polipropilene, larghe 4-5 cm, equivalenti per dimensioni alle reti vaginali, vengono attaccate tra l'osso

sacro e la parte superiore della vagina. Solitamente l'utero deve essere rimosso, causando potenzialmente altri problemi, come descritto in precedenza. La rete crea un legamento posteriore artificiale. Se correttamente applicata, i risultati in termini di correzione del prolasso e risoluzione dei sintomi possono essere abbastanza soddisfacenti. Tuttavia, come in qualsiasi materiale estraneo, una reazione tissutale grave si verifica in circa il 2% dei casi. Tali complicazioni possono a volte essere severe come l'occlusione intestinale e la formazione di aderenze. Se la rete viene posizionata con eccessiva tensione può causare problemi vescicali e di svuotamento intestinale.

La chirurgia nell'incontinenza urinaria da sforzo

Tra il 1960 e il 2000 l'incontinenza urinaria da stress veniva curata con interventi che richiedevano grandi incisioni addominali. Tali operazioni ottenevano buoni risultati ma nel periodo postoperatorio le pazienti avevano difficoltà a urinare, sentivano dolore e dovevano restare in ospedale per due settimane. Nel 1995 la bendarella (sling) medio uretrale ha rivoluzionato la chirurgia dell'incontinenza urinaria da stress (sforzo). Una sottile benderella viene inserita intorno ai legamenti anteriori in sede sub uretrale con un intervento praticamente indolore e con una permanenza in ospedale di un giorno. La percentuale di guarigione supera il 90%. La FDA non ha dato alcun avvertimento per le sling suburetrali.

L'uso della minisling TFS per prolasso e incontinenza

Nelle operazioni con 'minisling' vengono inserite piccole strisce di nastro protesico per rinforzare i legamenti danneggiati e indeboliti. Esse sono sempre più utilizzate per il trattamento dell'incontinenza urinaria da stress. Quelle regolabili sembrano più efficaci rispetto alle varietà standard e richiedono solo una certa trazione a fine intervento. Il **Tissue Fixation System (TFS)**, un sistema di bendarella aggiustabile, è stato la prima 'minisling', usata per la prima volta nel 2003 nelle pazienti del Centro Kvinno. È diventato disponibile in commercio dal 2009, avendo affrontato rigorosi test per la sicurezza e l'efficacia per un periodo di 5 anni prima della commercializzazione. È l'unica minisling in grado di riparare anche i prolassi oltre a curare a lungo termine l'incontinenza urinaria da sforzo. Essa utilizza infatti la medesima filosofia della TVT: piccole strisce di nastro protesico danno supporto ai legamenti danneggiati per curare cistocèle, rettocele e prolasso dell'utero. Ciò che è rivoluzionario per il TFS è che accorciando e rinforzando i legamenti allentati e deboli ripristina la forza muscolare e questa duplice azione guarisce o migliora molti sintomi che non sono stati precedentemente considerati curabili come urgenza, nicturia, frequenza, dolore pelvico, disturbi dello svuotamento, incontinenza fecale e stipsi.

Anche se minimamente invasivo e significativamente più sicuro delle precedenti operazioni, le minisling del TFS non sono completamente esenti da complicanze. Durante la dissezione per l'inserimento delle sling gli organi pelvici possono essere danneggiati e inoltre vi possono essere le tipiche complicanze legate al materiale protesico tra cui il dolore, la reazione tissutale in eccesso sino al rigetto nel 3% dei casi.

Riabilitazione (training vescicale) per i sintomi d'urgenza

L'obiettivo della rieducazione vescicale è quello di insegnare al cervello a trattenere e ritardare la minzione per periodi sempre più lunghi. Si è visto che una contrazione del pavimento pelvico mantenuta per almeno 8 secondi consecutivi è in grado di inibire le contrazioni del muscolo detrusore della vescica (riflesso di Maoni) e quindi si riesce a inibire lo stimolo impellente a urinare e ad arrivare tranquillamente in bagno senza perdere.

Esercizi del pavimento pelvico

Sottolineiamo che lo scopo di questa parte della pubblicazione è quello di informare, non di consigliare un tipo di

trattamento. Se correttamente eseguiti, gli esercizi descritti sono efficaci, ma è sempre consigliabile che tale lavoro per la muscolatura del pavimento pelvico venga eseguito sotto la supervisione di personale esperto.

Gli esercizi tradizionali per il pavimento pelvico sono stati introdotti dal Dottor Kegel nel 1946. Questi esercizi allenano un muscolo del pavimento pelvico, il puborettale, a contrarsi verso l'alto per chiudere l'uretra immediatamente prima di un colpo di tosse o di uno starnuto. In questo modo la paziente consapevolmente evita perdite durante lo sforzo. Se questo è fatto in tempo, la manovra è efficace e controlla le fughe di urina. Idealmente, la donna deve dedicare del tempo a questi esercizi, sedersi o sdraiarsi con calma e concentrazione e sollevare i muscoli pelvici più volte. Il lavoro deve essere svolto per settimane e questo è il principale motivo per cui le donne abbandonano questo tipo di trattamento: l'impossibilità ad essere costanti e continue in questo lavoro. Gli *esercizi di Kegel* rafforzano soprattutto il muscolo che interrompe la fuoriuscita di urina, il puborettale. Essi non rafforzano la contrazione verso l'indietro e i legamenti che controllano altri sintomi come dolore, urgenza, nicturia (alzarsi di notte), lo svuotamento vescicale e intestinale. Questi muscoli possono essere rafforzati con esercizi di squatting (accovacciamento) come indicato di seguito.

Nuovi esercizi per il pavimento pelvico basati sul Sistema Integrato lavorano in modo diverso. La "**cultura dell'accovacciamento**" su cui si basano, rafforza i muscoli e legamenti e nessuno sforzo volontario è necessario per chiudere l'uretra prima di un colpo di tosse. Anche altri sintomi come dolore pelvico, urgenza, disturbi dello svuotamento vescicale migliorano nel 60% delle donne più giovani che utilizzano questi metodi in cui si rafforzano sia i muscoli che i legamenti. Nelle donne più anziane questa terapia è meno efficace perché i loro legamenti sono spesso compromessi. In una piccola percentuale di casi (5%), i sintomi da incontinenza da stress possono peggiorare con questi metodi, ma una sling suburetrale ripristina la continenza. L'uso dello squatting è semplice e efficace, la donna deve solamente concentrarsi, nella routine quotidiana, e accovacciarsi per raccogliere le cose. Lo si può fare usando degli oggetti moderatamente pesanti o anche giocando con i bambini. Una soluzione ottimale è anche quella di utilizzare una *pallone di gomma* al posto di una sedia sul posto di lavoro. Queste manovre permettono un migliore utilizzo dei muscoli e sono efficaci nelle donne più giovani, meno nelle pazienti anziane.

Fig. 12. Tempo zero speso per gli esercizi del pavimento pelvico per lo sviluppo di una cultura dell'accovacciamento.

Gli esercizi del sistema integrato si basano sullo squatting. Il bambino accovacciato a raccogliere una palla indica che lo squatting è una postura umana fondamentale. In culture diverse le persone si accovacciano a mangiare, preparare i pasti, partorire, defecare e urinare. È provato che lo squatting rafforza i muscoli e legamenti naturali, quelli necessari alla defecazione, minzione e al controllo della continenza. Questi movimenti muscolari sono molto diversi da quelli degli esercizi "Kegel" che non sono naturali e hanno bisogno di essere insegnati. Non stiamo sostenendo di ripetere continuamente esercizi di squatting. Piuttosto consigliamo di piegare le ginocchia per raccogliere qualcosa, invece di piegare la schiena e mantenere diritte le gambe. Questo è un esercizio a tempo zero che dovrebbe entrare a far parte della vita quotidiana. Se è possibile svolgere le attività quotidiane in posizione accovacciata (come alcune donne tribali fanno), tanto meglio.



Fig. 13. Tempo quasi zero speso per esercizi addominali - prima di alzarsi dal letto.

Nel feto in via di sviluppo, i muscoli addominali e pelvici provengono dalla stessa regione. Pertanto qualsiasi esercizio che rafforza i muscoli addominali rafforza anche i muscoli



pelvici. Per 2 o 3 flessioni addominali quando si inizia bastano pochi secondi. Tuttavia, il progresso è rapido e l'effetto sui sintomi del pavimento pelvico e sul dolore lombare cronico è spesso notevole. È saggio consultare il medico prima di iniziare questo tipo di esercizio.



Fig. 14. Un po' di più che tempo zero ... per gli esercizi del pavimento pelvico che aiutino anche la schiena... Il pavimento pelvico è composto da due tipi di muscoli, a contrazione veloce e a contrazione lenta. I muscoli a contrazione lenta sono di gran lunga i più rappresentati. I muscoli a contrazione rapida sono importanti per sollecitazioni improvvise quali starnuti. Stare sedute su una palla di

gomma invece che una sedia al lavoro o a casa rafforza automaticamente i muscoli a contrazione lenta che sono quelli che impediscono perdite dalla vescica o dal retto con una contrazione di base continua. Si rafforzano insieme anche gli addominali, la schiena e muscoli del pavimento pelvico.

Quali pazienti hanno i maggiori benefici dagli esercizi del pavimento pelvico?

Più la paziente è giovane, minore è il danno inflitto a muscoli e legamenti dai parti e dai successivi processi d'invecchiamento, e migliore sarà il risultato. Detto questo, abbiamo visto buoni risultati anche in pazienti anziane. La nostra opinione è che vale la pena per qualsiasi paziente motivata provare questi metodi, a prescindere dalla sua età.

Cosa succede se non riesco ad accovacciarmi?

Gli esercizi sono possibili, come in genere anche l'uso della palla di gomma, solo se la donna ha mantenuto un buon senso dell'equilibrio.

Durante la gravidanza

In gravidanza gli esercizi di Kegel (contrazione verso l'alto) vengono normalmente eseguiti. Anche la seduta sulla palla di gomma non impone alcun sforzo e può essere eseguita.

Per ulteriori informazioni sui trattamenti chirurgici e non chirurgici si veda il sito www.integraltheory.org o i capitoli 4 e 5 del testo di medicina "Il pavimento pelvico femminile. La funzione, la disfunzione e la gestione secondo il Sistema Integrale", P Petros, edizione in lingua italiana Springer.

Stimolazione percutanea o transcutanea del nervo tibiale (TTNS/PTNS)

È un tipo di *elettrostimolazione* estremamente semplice e poco invasiva che porta ad una riduzione dei sintomi di urgenza e frequenza minzionale posizionando due elettrodi sopra il malleolo e sul calcagno.

Tecniche ipopressive

Sono esercizi che riducono la pressione endoaddominale, consentendo agli organi pelvici di riposizionarsi nella posizione corretta, molto utilizzati nel post partum dove i legamenti ancora sono allungati ed è necessario favorire un corretto riposizionamento uterino.

Storie di pazienti curate nella Clinica

I tre capitoli che seguono descrivono una serie di casi di pazienti che sono state trattate con la riparazione dei legamenti nella parte anteriore, centrale e posteriore della pelvi, principalmente con il sistema TFS. Questi capitoli sono tutti basati sull'esperienza degli autori. *Se in uno dei casi descritti nei capitoli che seguono trovate una somiglianza con il vostro problema, vi consigliamo di rivolgervi al vostro medico portando con voi la stampa di questa pubblicazione.*

4. È questo il tuo problema? Danni ai legamenti anteriori

In questa sezione descriviamo una serie di testimonianze di pazienti che sono venute alla nostra clinica con particolari problemi causati dalla lassità dei legamenti anteriori.

L'incontinenza da stress (perdita di urina durante la tosse, starnuti, sforzi) è il sintomo principale dell'indebolimento dei legamenti anteriori.

Altri sintomi includono *urgenza* quando associato con incontinenza da sforzo e incontinenza fecale, e la perdita di urina durante il rapporto sessuale.

IL CASO 1: incontinenza da stress da danneggiamento dei legamenti anteriori.

Sig.ra CYL, 55 anni, 3 parti normali. Affetta da bronchite cronica. Ha raccontato questa storia:

"Ero a un cocktail party con mio marito. Era un'occasione speciale e indossavo il mio nuovo abito lungo. Ho iniziato a tossire. È stato terribilmente imbarazzante. L'urina è scesa lungo le gambe e non si fermava. Ho lasciato una scia di urina sul tappeto. Avrei voluto che la terra si aprisse per ingoiarmi. In precedenza, non avevo voluto andare dal medico, perché mia sorella ha avuto una grande operazione per la stessa cosa. Aveva problemi di ogni genere dopo l'intervento. Non ha potuto urinare per un mese e ha dovuto imparare ad auto-cateterizzarsi. Anche adesso lei deve piegarci in avanti per urinare e aspettare, e talvolta farlo in più tempi. Ha ancora l'incontinenza. In precedenza ero riuscita a gestire il mio problema andando molto spesso in bagno per svuotare la vescica. Dopo l'episodio del cocktail, mio marito mi ha suggerito almeno di andare a parlare con il mio medico. L'ho raccontato al medico di mia sorella. Ha detto che c'era una nuova tecnica che non causava molto dolore o problemi con la minzione, e che mi avrebbe riferito a una clinica specializzata in questo metodo".

La signora CYL è stata sottoposta ad una valutazione standard che ha confermato il danno ai legamenti anteriori. Siamo stati sorpresi di scoprire che lei stava perdendo quasi un terzo della sua normale produzione di urina in grandi pannoloni per incontinenti. L'ecografia ha dimostrato che la sua vescica e l'uretra erano diventate un grande imbuto e quando lei tossiva si verificava la perdita di urina.

Le abbiamo spiegato che l'incontinenza da stress si manifesta in caso di allentamento dei legamenti anteriori. L'operazione è stata semplice. Un nastro di polipropilene è stato inserito attraverso una piccola incisione nella parete vaginale e collocato nella posizione esatta del legamento anteriore. La paziente è andata a casa il giorno dopo, completamente asciutta. Prima dell'intervento tutti i potenziali problemi che si possono verificare sono stati discussi in dettaglio. Abbiamo spiegato che il problema principale di queste operazioni è il rigetto del nastro, nel 2-5% dei casi, come se fosse un corpo estraneo. Abbiamo spiegato che più comunemente vi sono delle complicanze minori, che possono essere trattate senza ricovero, come l'asportazione di piccole porzioni di nastro che protrudono in vagina.

IL CASO 2: incontinenza da stress e da urgenza da allentamento dei legamenti anteriori

Quando l'urgenza si manifesta contemporaneamente all'incontinenza da sforzo, si parla di "incontinenza mista". L'urgenza si può verificare in caso di lassità in ogni parte della vagina, anteriore, centrale o posteriore. Nel caso che segue la causa dell'urgenza e dell'incontinenza da stress sta nell'indebolimento dei legamenti anteriori.

Signora JC, 38 anni, una vita impegnata con 2 bambini, un marito, una casa e un lavoro part-time. Riferiva incontinenza urinaria da stress ed episodi di urgenza, 2-3 volte al

giorno, con incontinenza da urgenza prima dell'arrivo al bagno. Ha detto:

“Sono andata da un altro medico che ha affermato di non potermi operare perché l'urodinamica dimostrava che avevo una “vescica instabile”. Mi è stato detto che la mia urgenza sarebbe peggiorata con l'intervento chirurgico. Mi è stato prescritto un trattamento farmacologico, che ho dovuto interrompere a causa degli effetti collaterali. La mia bocca è diventato molto secca. Sono diventato stitica e non ho potevo più svuotare la vescica in modo corretto”.*

La precedente valutazione medica a cui si era sottoposta le aveva sconsigliato il trattamento chirurgico. Siamo stati in grado di convincere la signora JC che il suo legamento anteriore stava causando sia l'incontinenza da stress che da urgenza. Premendo leggermente, durante la visita, con un dito verso l'alto, proprio dietro l'osso pubico, ha controllato la sua perdita di urina con la tosse e notevolmente ridotto i sintomi da urgenza. È stata curata mediante il posizionamento di un nastro di polipropilene posto intorno alla parte intermedia della sua uretra per rafforzare il legamento anteriore.

* Il test urodinamico misura le pressioni nella vescica

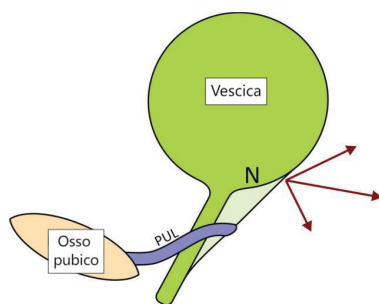


Fig. 15. Come avviene che un legamento anteriore allentato causi incontinenza da stress e da urgenza nella Sig.ra JC. Un legamento pubo-uretrale (PUL), che è anteriore, se indebolito non può sostenere il canale dell'uretra, accade perciò che il condotto venga aperto dalla contrazione dei

muscoli pelvici (freccie) durante la tosse, provocando perdita di urina, ovvero incontinenza da stress. L'allentamento del legamento anteriore è anche responsabile della stimolazione di terminazioni nervose “N” (recettori di stiramento), dai quali partono segnali al cervello interpretati come sintomi da urgenza. Un nastro/bendarella/sling posto in corrispondenza del legamento anteriore fornisce il supporto per l'uretra e anche per i recettori nervosi, curando sia l'incontinenza da urgenza che da stress.

Nelle donne come la signora JC, ci si può aspettare una possibilità di guarigione del 90% per l'incontinenza da sforzo e del 50-60% per i sintomi da urgenza. La paziente che continuano a riferire urgenza dopo la riparazione dei legamenti anteriori, molto probabilmente presentano indebolimenti anche di altri legamenti. Ad esempio, se hanno anche dolore pelvico o si alzano di notte un paio di volte per urinare oppure non possono vuotare correttamente la vescica, è probabile che i loro legamenti posteriori siano danneggiati (vedi capitolo 6).

Commento sull'urgenza associata all'incontinenza da stress Abbiamo visto molte pazienti, come la signora JC, in cui a causa della presenza di urgenza minzionale è stato loro rifiutato anche il trattamento dell'incontinenza da stress. Si tratta di un atteggiamento legato a conoscenze passate. Fortunatamente un numero crescente di medici sta accettando che sia l'incontinenza da stress che l'urgenza possano essere curate con un unico intervento che rafforza i legamenti anteriori.

IL CASO 3: la perdita di urina durante i rapporti sessuali Sig.ra DB, 28 anni, si è recata presso la nostra clinica raccontando questa storia:

“Eravamo innamorati dall'infanzia. Ci siamo sposati presto e abbiamo lavorato sodo per comprare la nostra piccola casa. Tre mesi fa è arrivato un bellissimo bambino a riempire la nostra vita. Eravamo così felici. Mio marito ed io abbiamo avuto sempre una buona vita sessuale e lui non vedeva l'ora di ricominciare. Sei settimane dopo il parto abbiamo avuto un primo rapporto. Subito dopo aver iniziato ho sentito un fluido caldo scorrere sulle cosce e poi nel letto. Mio marito si è immediatamente fermato e ha detto: “Che cos'è questo?”. Era urina. E 'successo di nuovo la notte successiva e ogni volta che abbiamo provato. Siamo tornati dal nostro ginecologo, il quale ignorava di che tipo di problema si trattasse, mi ha con-

sigliato di eseguire degli esercizi del pavimento pelvico. Sono andata da un fisioterapista che mi ha insegnato a contrarre i muscoli del pavimento pelvico. Ho continuato per un mese. Ha funzionato a volte, ma ero così ansiosa, che non riuscivo più ad avere un rapporto sessuale”.

Abbiamo visto molte di queste donne, sono state tutte guarite dall'inserimento di una sling per riparare il legamento anteriore. Una preoccupazione della Sig.ra DB era la possibilità di un'altra gravidanza dopo l'intervento. L'abbiamo rassicurata sul fatto che non avrebbe avuto la necessità di un parto cesareo. Sei settimane dopo l'operazione, la signora DB e suo marito hanno avuto il loro primo rapporto sessuale. Ci chiamò il giorno dopo per dirci che tutto era andato bene e che era guarita.

Commento La perdita di urina durante il rapporto sessuale può avere conseguenze gravi sul rapporto di coppia. Questa condizione può verificarsi anche in giovani donne che non hanno avuto figli. Un metodo che funziona spesso è quello di contrarre verso l'alto i muscoli pelvici durante il rapporto (analogamente alla spinta del pene). Questa azione spinge in alto la vagina e impedisce al pene di aprire il tubo della vescica (uretra). Inoltre migliora anche piacere per entrambe le parti. Se ciò non è sufficiente, una bendarella, come quella utilizzata per l'incontinenza da stress può risolvere il problema. Se durante il rapporto sessuale c'è anche dolore, le conseguenze per il rapporto di coppia possono essere peggiori. Con gli accertamenti diagnostici spesso non viene rilevato nulla di anomalo e la donna cerca di evitare il rapporto sessuale. Alcune donne scelgono di sopportare il dolore senza dirlo: un'altra congiura del silenzio.

IL CASO 4: incontinenza da urgenza nell'infanzia da indebolimento dei legamenti anteriori

In alcuni casi dei legamenti anteriori deboli possono causare urgenza minzionale durante l'infanzia.

Miss AB, 21 anni, single, è venuta alla clinica con la madre, in un atteggiamento di chiusura e in lacrime ha raccontato la sua storia:

“Fin da bambina, non sono stata in grado di controllare la mia vescica. Ho sempre dovuto indossare pannolini e ho sempre avuto odore di urina. Ogni volta che esco per un appuntamento sono terrorizzata che il mio compagno senta odore di urina. Sono sicura di aver perso diversi amici per questo motivo. Il tutto è estremamente stressante e umiliante. Preferirei stare a casa che uscire e sentirmi in imbarazzo”.

Il nostro sistema diagnostico ha individuato in un legamento anteriore debole la causa principale dei problemi di questa ragazza. La lassità del legamento era evidenziabile con l'ecografia. Quando abbiamo premuto delicatamente verso l'alto sulla vagina subito dietro l'osso pubico, tutti i sintomi da urgenza sono scomparsi, confermando il nostro sospetto. Una sling di polipropilene è stata inserita in sede suburetrale per rafforzare il legamento anteriore. Subito dopo l'intervento chirurgico l'incontinenza da urgenza è scomparsa e all'ultimo controllo, 4 anni più tardi, il quadro non si era modificato, se non per la sicurezza acquisita dalla ragazza e il suo cambiamento di personalità.

Commento sul motivo per cui donne che non hanno avuto gravidanze possono sviluppare incontinenza

Nei capitoli 1 e 2 abbiamo discusso di come durante il parto vengano stirati in modo eccessivo i legamenti e i muscoli pelvici e come questo possa provocare incontinenza e prolasso. Alcune donne nascono con dei legamenti particolarmente lassi, è una loro caratteristica congenita e pertanto possono soffrire degli stessi problemi sin dall'infanzia.

IL CASO 5: bagnare il letto (enuresi notturna) fin dall'infanzia per debolezza dei legamenti anteriori

Miss MN, 25 anni, è venuta da noi, su suggerimento di un medico che l'ha informata sui nuovi metodi usati nella nostra clinica. Ha dichiarato:

“Bagno il letto fin da bambina. Mi avevano portata dal medico e aveva detto che era un problema “comportamentale”.

Ogni volta che mi facevo la pipì addosso a letto i miei genitori dicevano che lo facevo apposta. Con la pubertà non ho più bagnato il letto, ma avevo perdite con la tosse e con l'esercizio fisico e non riuscivo ancora a controllare la vescica quando avevo lo stimolo a mingere.

A 19 anni ho avuto un'operazione di sospensione della vescica. Non sono riuscita ad urinare per settimane, ho avuto molto dolore anche dopo la dimissione e una grande cicatrice sulla pancia. L'operazione non ha funzionato. Perdevo ancora urina con la tosse e durante il giorno. Ero continuamente alla ricerca di un gabinetto”.

C'era qualcosa di oscuro nella personalità di Miss MN, una cupa determinazione nel descrivere le difficoltà della sua condizione e la durezza della sua vita. Era in sovrappeso, non sorrideva ma non era aggressiva, nè esigente. L'ecografia ha dimostrato che i suoi legamenti anteriori erano lassi. Analogamente a Miss AB i suoi sintomi sono stati curati con il posizionamento di una sling per rafforzare i legamenti anteriori. A differenza di AB non vi è stato però alcun cambiamento significativo nel suo stato d'animo. La problematica psicologica era troppo profonda. Lei ha gentilmente declinato l'offerta per una consulenza professionale, dicendo che avrebbe deciso da sola per la sua vita e che avrebbe iniziato un programma di fitness appena completato il periodo di recupero postoperatorio.

Commento I bambini che perdono urina o che bagnano il letto spesso hanno un problema psicologico con aspetti comportamentali. Il problema comportamentale può essere all'origine del disturbo ma anche rappresentarne la conseguenza e in tal caso il disturbo si risolve una volta raggiunta la pubertà in quanto l'incremento ormonale rafforza le strutture legamentose.

IL CASO 6: incontinenza urinaria e fecale nell'infanzia da debolezza del legamento anteriore

Al contrario, GH, 18 anni, ha avuto una madre comprensiva che l'ha accompagnata alla clinica. La paziente era scontenta, risentita e aggressiva con il personale. Aveva bagnato il letto sin dall'infanzia e aveva anche incontinenza fecale. Alla visita, la sua perdita di urina è stata controllata esercitando una leggera pressione verso l'alto nella vagina, appena dietro l'osso pubico. Ha accettato di sottoporsi ad una ecografia che ha indicato la presenza di legamenti anteriori lassi. Fortunatamente ha accettato e compreso le nostre spiegazioni: i suoi legamenti anteriori erano lassi, il posizionamento della sling (bendarella) per ripararli un'operazione mininvasiva praticamente priva di rischi con buona possibilità di guarire. Alla visita di controllo, 6 settimane dopo l'intervento, abbiamo visto una notevole trasformazione. Un'affascinante giovane donna ci ha annunciato sorridendo la sua guarigione.

Abbiamo visto molti pazienti come GH e MN, anche di sesso maschile, affetti da enuresi notturna (bagnare il letto di notte), a cui si aggiungono sintomi diurni di urgenza e spesso incontinenza da sforzo. All'interno della famiglia spesso vi è la madre, la zia o uno zio che hanno avuto lo stesso problema da bambini. I sintomi di solito scompaiono o migliorano dopo la pubertà, probabilmente perché l'incremento ormonale rafforza i legamenti anteriori.

Commento sulle cause dell'enuresi L'enuresi è un argomento complesso, con molte possibili cause. Non stiamo sostenendo che in ogni caso di enuresi vi siano legamenti anteriori deboli. La nostra esperienza riguarda quelle donne in cui tale lassità è stata diagnosticata da adulte. Qualunque

sia la causa, la maggior parte dei problemi di enuresi si risolve durante la pubertà. Tuttavia, abbiamo visto molte giovani donne nelle quali continuano i problemi vescicali diurni, anche dopo la pubertà.

In queste pazienti abbiamo ottenuto un tasso di cura molto elevato riparando i legamenti anteriori mediante il posizionamento di una bendarella sottouretrale.

IL CASO 7: incontinenza urinaria e fecale causate da legamenti anteriori deboli

La cura dell'incontinenza fecale dopo la ricostruzione dei legamenti anteriori è stato all'inizio un riscontro occasionale. Nei primi tempi di attività della clinica, non eravamo a conoscenza di questa possibile associazione. Un giorno una paziente di 65 anni, la signora KH, che aveva subito un'operazione per la cura dell'incontinenza da stress è tornata sorridendo. Le abbiamo chiesto se la sua vescica fosse "guarita", lei scuotendo lentamente la testa ci ha detto "mi dispiace deludervi, sto ancora perdendo un po' di urina, ma avete sistemato il mio intestino". Abbiamo ribattuto dicendo di non aver fatto alcun trattamento per l'intestino (ecco un altro esempio di "congiura passiva del silenzio", lei non aveva nemmeno riferito al medico di soffrire di incontinenza fecale). La signora KH ha continuato a sostenere che qualunque cosa avessimo fatto le avevamo risolto il problema intestinale. Questo è stato un risultato inaspettato ma, ovviamente, benvenuto. Non è stato l'unico. Successivamente, molte altre pazienti con incontinenza urinaria e fecale sono state curate con la stessa procedura. Il rapporto tra l'incontinenza fecale e i danni ai legamenti è stato stabilito scientificamente solo nel Settembre 2008, quando sono stati pubblicati una serie di articoli scientifici sull'argomento. Tutti questi documenti possono essere visualizzati gratuitamente online: www.pelvipiperineology.org, Settembre 2008.

IL CASO 8: l'incontinenza fecale da stress causata dalla lassità dei legamenti anteriori

La Signora TU, 45 anni, è venuta a trovarci perché ha perso urina e feci solide con la tosse. Anche in questo caso, la presenza di incontinenza urinaria da stress ci ha suggerito la presenza di un danno ai legamenti anteriori. Era una golfista appassionata, ma ha dovuto smettere di praticare questo sport e tutte le altre attività sociali. La sua valutazione clinica ha indicato un danno ai legamenti anteriori che abbiamo riparato con una sling in polipropilene. Abbiamo stentato a riconoscerla quando è tornata per la visita postoperatoria. Invece di una donna scarmigliata e curva, abbiamo visto una donna piena di vitalità, ben vestita, con un grande mazzo di fiori per ringraziarci, che aveva già ricominciato a giocare a golf.

Commento sulle caratteristiche dell'incontinenza fecale I sintomi tipici, in ordine di gravità, sono la perdita incontrollata di aria, perdite di feci liquide e successivamente solide. Ci sono due categorie principali di incontinenza fecale: da danno sfinterico (generalmente da parto) e idiopatica (in cui nessuna causa evidente può essere trovata). Quest'ultimo tipo può essere associato a un danno ai legamenti anteriori o posteriori.

Commento sulla causa dell'incontinenza fecale L'intestino funziona in modo simile alla vescica. Questo spiega perché i sintomi della vescica e dell'intestino si manifestino spesso simultaneamente. Se un legamento è allentato, i muscoli che chiudono l'ano non possono funzionare correttamente e il paziente può perdere aria, feci liquide o anche solide.

5. È questo il tuo problema? I legamenti centrali

Danni ai legamenti centrali

Il sintomo principale è un ingombro che scende attraverso la vagina, noto come prolasso della vescica o cistocele. Spesso vi è difficoltà a svuotare la vescica e a volte urgenza.

Cistiti ricorrenti - Relazione con disturbi dello svuotamento, cistocele e prolasso dell'utero

Cistite significa infezione nella vescica. Ci sono molte cause di cistite. Il nostro interesse specifico è per quelle pazienti

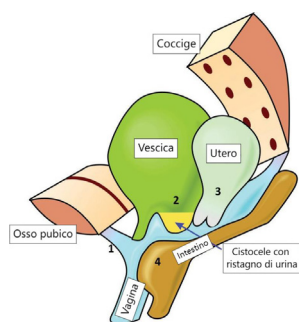
che hanno cistiti recidivanti perché non possono svuotare la vescica in modo adeguato a causa dei legamenti danneggiati nelle parte centrale o posteriore della vagina. Nella nostra esperienza il cistocele e il prollasso dell'utero sono le principali cause dello svuotamento anomalo e delle infezioni vescicali croniche. L'infezione della vescica viene diagnosticata ponendo in coltura un campione di urina raccolto in modo sterile.

Le donne sono molto più vulnerabili rispetto agli uomini, perché l'uretra è breve, e consente un facile ingresso dei batteri. Nelle giovani donne l'uretra si chiude meglio, bloccando l'ingresso dei batteri. Il rivestimento della loro uretra è spugnoso, con molti vasi sanguigni e cellule chiamate macrofagi, che la ripuliscono dai batteri vaganti. Dopo la menopausa, la mancanza di ormoni induce le cellule e vasi sanguigni a ridursi di spessore (atrofia). Anche il collagene si riduce con l'età. Tutti questi cambiamenti facilitano l'ingresso dei batteri.

Se la paziente non può svuotare adeguatamente la vescica, l'urina che vi ristagna incoraggia i batteri a moltiplicarsi senza essere ostacolati dai meccanismi di difesa dell'organismo.

Fig 16 Cistocele con ristagno di urina.

Il cistocele (2, giallo) scende verso il basso formando un "cul de sac" e rendendo difficoltoso lo svuotamento. L'urina trattentata ristagna e si infetta portando alla cistite.



La prima linea di difesa nella donna in postmenopausa è quella di eseguire una terapia ormonale locale inserendo a livello vaginale una crema o degli ovuli a base di estrogeni ogni giorno per due settimane poi sono sufficienti tre somministrazioni alla settimana. Gli estrogeni ripristinano la spugnosità e il turgore delle pareti vaginali e uretrali. Gli estrogeni somministrati in questo modo agiscono principalmente a livello locale e non causano problemi in caso di pregressa diagnosi di cancro alla mammella. Consigliamo inoltre un adeguato introito di liquidi e di svuotare la vescica in due tempi (tecnica del doppio svuotamento): svuotarla una prima volta; aspettare un pò, alzandosi e sedendosi nuovamente per svuotarla una seconda volta. L'estratto di mirtillo notoriamente agisce alterando l'acidità delle urine, ciò fornisce un ambiente meno favorevole alla moltiplicazione batterica. Il rapporto sessuale può facilitare l'ingresso di batteri, probabilmente per la frizione e l'attrito del pene sulle pareti dell'uretra. L'uso di un lubrificante prima della penetrazione e lo svuotare la vescica immediatamente dopo il rapporto può aiutare a sciacquare i batteri dall'uretra.

Che altro può causare cistiti ricorrenti?

Tutto ciò che irrita l'interno della vescica, come un polipo (di natura benigna), una calcolosa vescicale o l'erosione da parte di una rete protesica posizionata durante un intervento chirurgico per incontinenza può causare cistiti ricorrenti. L'inserimento di un sottile endoscopio (cistoscopio) nella vescica è il metodo migliore per fare diagnosi di polipo, calcolo o erosione della parete vescicale, senza dimenticare che molto spesso le infezioni delle vie urinarie sono legate a disbiosi riscontrabili con l'esame del microbiota intestinale (vedi pagina 30).

Che altro può causare lo svuotamento anomalo?

Tutto ciò che ostacola i messaggi che dal cervello vanno alla vescica può causare questo problema. Una malattia spesso ritenuta responsabile è il diabete. Tuttavia abbiamo scoperto che pazienti in cui è stata fatta diagnosi di neuropatia diabetica (danni ai nervi della vescica causati dal diabete) inve-

ce nella parte posteriore della vagina hanno dei legamenti danneggiati che impediscono ai muscoli di funzionare correttamente dato che contraendosi aprono il passaggio. Tali pazienti hanno anche altri sintomi quali nicturia, urgenza e dolore pelvico, che indicano l'esistenza di un problema a carico dei legamenti posteriori.

IL CASO 9: un cistocele con svuotamento anomalo

Sig.ra VA, 53 anni, 4 figli adolescenti, ha raccontato questa storia: "Ogni volta che mi alzo una cosa carnosa e umida esce dalla vagina. È così scomoda e sgradevole. Quando guido devo stare seduta in una posizione buffa. Non posso svuotare correttamente la mia vescica. Soffro di 6-7 episodi di infezione vescicale all'anno. Devo recarmi spesso dal medico. Mio marito trova ripugnante questa masserella carnosa durante i rapporti, mi ha accompagnata dal medico di famiglia per chiedere che cosa potevamo fare al riguardo. Ci è stato suggerito un pessario, ma l'idea non ci è piaciuta in quanto eravamo ancora sessualmente attivi. Due anni fa il medico mi ha indirizzato ad eseguire un intervento di riparazione vescicale ma due mesi dopo il prollasso è recidivato e anche provando il pessario continuava a cadere fuori. Il medico sosteneva che il pessario cadeva perché la mia vagina era stata accorciata dall'operazione. Ho sentito il parere di un altro chirurgo che ha spiegato che avrebbe avuto bisogno di rimuovere ulteriore tessuto vaginale con un 60% circa di probabilità di riuscita perché i tessuti erano molto compromessi".

Abbiamo constatato che il tessuto vaginale che ricopriva il cistocele era molto sottile e la lunghezza vaginale risultava ridotta dalla precedente chirurgia. Chiaramente nessun ulteriore tessuto doveva essere rimosso. La paziente è stata sottoposta ad un intervento TFS per supportare la vescica con una sola notte di ricovero senza asportazione di tessuto vaginale. Il TFS è un metodo che inserisce segmenti orizzontali sottili di bendarella per sostenere la parete anteriore della vagina come travetti del soffitto. Nessun tessuto vaginale viene mai asportato. Quando ho rivisto la paziente un anno dopo, il cistocele era scomparso e non ci sono stati ulteriori episodi di infezione o di svuotamento anomalo.

IL CASO 10: perdita importante di urina alzandosi dal letto al mattino causato da esiti cicatriziali di chirurgie precedenti - un problema sinora non riconosciuto

La presenza di cicatrici nelle pareti vaginali come esiti degli interventi chirurgici precedenti, la cosiddetta **vagina "legata"** (tethered), è una condizione piuttosto grave, ma assai poco nota anche ai medici specialisti. Il suo sintomo caratteristico è la perdita massiccia e improvvisa di urina immediatamente dopo essersi alzate dal letto la mattina.

La signora EM, 68 anni, si è presentata alla nostra clinica con una storia di incontinenza ingravescente negli ultimi 2 anni. Aveva avuto 4 operazioni precedenti per prollasso e incontinenza alcuni anni prima.

"La mia vescica si svuota in maniera incontrollata immediatamente dopo che il piede tocca il pavimento alzandomi dal letto la mattina. Perdo anche urina alzandomi da una sedia o chinandomi. Solo che non posso rischiare di uscire più, nemmeno per incontrare i miei amici. Mio marito va a fare la spesa." La paziente ha negato la perdita di urina con la tosse o con gli sforzi e questo è stato confermato in sede di valutazione clinica. La grande quantità di urina misurata con il test del pannolino nelle 24 ore ha confermato la gravità del problema di questa donna. Durante le manovre di sforzo in corso di ecografia il collo della sua vescica era piuttosto fisso, in accordo con gli ispessimenti cicatriziali presenti nella parte anteriore della sua vagina. Un innesto di **muco-sa vaginale** (skin graft) inserito in quest'area anelastica ha normalizzato la parete vaginale e notevolmente migliorato la sua incontinenza.

Commento sulla eccessiva cicatrizzazione della vagina da precedenti interventi chirurgici

Questa condizione

non è stata riconosciuta in precedenza come la causa di una “*vagina fissa/legata*” (tethered). Molti credevano che il sintomo riferito dalla paziente fosse dovuto a cause di tipo vescicale. Molte pazienti sono state trattate con farmaci, che, ovviamente, non possono avere successo, il problema è che le cicatrici provocano una perdita di elasticità della vagina. L’innesto di mucosa elastica ha corretto la parete vaginale ridonandole l’elasticità e curando la paziente. Questa è una delle molte condizioni cosiddette “incurabili” che possono essere affrontate applicando il sistema Integrale.

6. È questo il tuo problema? Danno ai legamenti posteriori

Quando si danneggiano i legamenti posteriori, si può verificare il prollasso dell’utero, che scivola all’interno della vagina come una massa compatta. Se il tessuto danneggiato è nella parte centrale o inferiore della vagina, la paziente può lamentare la presenza di una massa soffice chiamata rettocele. Tuttavia, non tutti i prollassi provocano sintomi.

Sintomi principali del rilassamento dei legamenti posteriori

I sintomi principali sono urgenza, nicturia (alzarsi di notte più di due volte per urinare), dolore persistente nel basso addome, dolore causato dalla penetrazione profonda durante i rapporti sessuali, vulvodinia (ipersensibilità o bruciore all’ingresso della vagina), incapacità di svuotare completamente la vescica e talvolta incontinenza fecale. Tuttavia, alcuni sintomi gravi possono presentarsi anche con un lieve prollasso uterino.

IL CASO 11: nicturia, urgenza, svuotamento anomalo e dolore pelvico causati da rilassamento dei legamenti posteriori

La Signora LM di 53 anni ha dichiarato: *“Mi alzo 4-5 volte a notte. È molto faticoso perché il giorno dopo devo andare al lavoro. Ho un dolore persistente al lato destro che mi disturba. Al lavoro vado in bagno continuamente. Qualche goccia di urina continua a uscire anche dopo che mi sono alzata e spesso bagno la seduta della toilette. Ho problemi di infezioni urinarie. Il mio primo medico di base mi ha fatto fare una serie completa di raggi X, TAC ed esami del sangue per il dolore. Sono andata da una ginecologa che mi ha inserito una sonda nella pancia ma non ha trovato niente. Mi ha detto che non c’era nessun problema e mi ha spedita da uno psichiatra perché riteneva che il dolore fosse solo nella mia testa. Lo psichiatra non ha riscontrato alcun problema psicologico. Mi sono recata da altri medici di base e specialisti della vescica. Mi hanno prescritto delle medicine per rallentare il funzionamento della vescica ma la situazione è peggiorata perché le medicine mi impedivano di svuotare la vescica completamente e avevo anche la bocca secca, quindi ho dovuto smettere di prenderle. Mi hanno detto che non c’era niente da fare. Un medico ha anche detto che forse era tutto solo nella mia testa. Molti mi hanno suggerito di rassegnarmi a convivere con questi sintomi perché erano incurabili. Sono venuta qui perché ho sentito una massa che stava per fuoriuscire”*.

La signora LM aveva i sintomi tipici da rilassamento dei legamenti posteriori. Quando l’abbiamo visitata, abbiamo notato che il suo utero sporgeva fuori dalla vagina. Abbiamo inserito una TFS “minisling” per riparare i suoi legamenti posteriori. Ciò ha curato il prollasso e rinforzato la parete vaginale. Si è trattato di un intervento di chirurgia minimamente invasiva eseguito interamente per via vaginale. La signora LM è dovuta rimanere in ospedale solo per una notte e ha potuto tornare a lavorare in 7 giorni. Alla visita di controllo dopo 9 mesi, ha riferito che si doveva alzare solo una volta a notte per svuotare la vescica. Il dolore addominale profondo

Commento sulla presenza di cicatrici e sul deficit dei tessuti vaginali Nel 2011 il professor Petros ha visitato l’ospedale Hamlin ad Addis Abeba in Etiopia per lavorare sul problema dell’incontinenza urinaria grave a seguito di riparazione di una fistola. Si è constatato che molti di questi problemi sono causati dal deficit dei tessuti e dalle cicatrici vaginali, simile alla signora EM, e così erano potenzialmente curabili con un innesto di pelle/mucosa vaginale al momento della riparazione della fistola, o in un tempo successivo. Si trattava di risultati preliminari, ma forieri di speranza per molte di queste donne.

era ancora presente ma era migliorato del 90% e raramente la infastidiva. La sua incontinenza urinaria non è stata curata completamente ma è significativamente migliorata e non ha più sofferto di infezioni urinarie dopo l’intervento.

Caratteristiche del dolore pelvico causato da rilassamento dei legamenti posteriori

- quasi sempre in associazione ad altri sintomi, in particolare urgenza, nicturia, svuotamento anomalo
- dolore addominale profondo gravativo e tormentoso solitamente da un lato, spesso il destro
- dolore sacrale profondo (dolore vicino al coccige), presente nel 50% dei casi
- dolore alla penetrazione profonda nei rapporti sessuali
- dolore addominale profondo che si manifesta il giorno dopo aver avuto il rapporto
- dolore che peggiora durante la giornata e viene alleviato sdraiandosi
- il dolore è riprodotto premendo il collo dell’utero o la parete posteriore della vagina se la paziente ha subito l’isterectomia
- stanchezza, che peggiora durante il giorno
- irritabilità, che peggiora durante il giorno.

IL CASO 12: dolore durante i rapporti e problemi intestinali causati dal rilassamento dei legamenti posteriori

La signora RM era una donna di 47 anni molto attiva e madre di due figli, che lavorava in una casa di riposo. Ha dichiarato: *“Sento spesso urgenza di svuotare l’intestino ma non ci riesco. Mi alzo 3-4 volte a notte per urinare. Ho problemi a svuotare la vescica. Il mio problema peggiore è che non posso più avere rapporti sessuali. Quasi ogni volta che ho rapporti ho perdita di feci ed è veramente orribile. Mio marito è molto comprensivo ma sono sicura che è afflitto quanto me. Ho dolore provocato dalla penetrazione profonda. Spesso ho un dolore persistente al mio lato inferiore destro e sembra peggiorare verso la fine della giornata”*.

La signora aveva due figli adolescenti e aiutava suo marito nella sua attività nel tempo libero. Ad un certo punto si è rivolta al suo medico, il quale le ha detto che non c’era nulla da fare. In seguito, avendo confidato il suo problema ad una cara amica che era stata in clinica, si è convinta a prendere un appuntamento. Molte pazienti arrivano in clinica in questo modo.

I suoi sintomi di nicturia e svuotamento anomalo indicavano un danno ai legamenti posteriori. Quando l’abbiamo visitata, abbiamo trovato un prollasso veramente lieve. Poiché i problemi della Signora RM erano complessi, abbiamo deciso che avremmo riparato solo i legamenti posteriori e poi l’avremmo rivisitata. L’abbiamo informata che avrebbe potuto aspettarsi un tasso di successo relativo all’80% per alcuni dei suoi sintomi.

Per quanto riguarda l’urgenza di svuotare l’intestino e la stitichezza, le cause potevano essere molte, quindi siamo stati incapaci di individuare una cura certa per questi sintomi.

Abbiamo inserito una TFS “minisling” per riparare i legamenti posteriori. La signora RM è stata dimessa il giorno seguente con un dolore molto lieve ed ha ripreso a lavorare la settimana successiva. Si è sottoposta alla visita postoperatoria accompagnata dal marito. Era sorridente e fiduciosa. Non ha potuto contenere la felicità e ha confidato alla segretaria, “Sono guarita. È passato tutto”. Nella riservatezza dello studio, ha riferito che tutti i suoi sintomi intestinali erano spariti e ha riportato un notevole miglioramento anche negli altri disturbi. Suo marito ha dichiarato: “Non sapete che tormento è stato tolto dalla nostra vita”. Anche durante l’ultima visita di controllo 4 anni dopo, la Signora SM è stata ritenuta “guarita”.

Commenti sul dolore e sulla perdita di feci durante il rapporto sessuale La signora RM è un buon esempio della “congiura del silenzio”, la reticenza nel parlare di questa condizione, anche tra marito e moglie. Senza l’incoraggiamento della sua amica, la Signora RM probabilmente non avrebbe cercato aiuto. Anche i pazienti che vengono da noi parlano raramente di incontinenza fecale di spontanea volontà, ennesimo esempio di “congiura del silenzio”, questa volta, anche davanti al medico. Questo è il motivo per cui è importante che i pazienti prendano il questionario (un foglio sul quale sono riportate una serie di domande) e rispondano a casa con calma. È molto più facile scrivere piuttosto che parlarne in quanto risulta quasi anonimo.

Questa paziente è stata una sfida per noi in quanto alcuni dei suoi sintomi non erano i sintomi tipici osservati nel danno ai legamenti posteriori. Avevamo incontrato donne con perdite di urina durante i rapporti, tuttavia mai con perdite fecali. In questi casi abbiamo semplicemente riparato i legamenti che abbiamo visto essere danneggiati, seguendo il principio guida di questo metodo, “ripara la struttura e ristabilirai la funzione”.

I legamenti posteriori formano un importante supporto per i nervi del dolore contenuti al loro interno. In precedenza abbiamo spiegato come un legamento allentato non può sostenere le fibre nervose. Quando il pene spinge nella parte posteriore della vagina può causare dolore se allunga le fibre nervose non supportate.

IL CASO 13: dolore pelvico grave causato dal rilassamento dei legamenti posteriori

La signora DE era un’insegnante di scienze trentaquattrenne di Londra. Presentava forte dolore nella parte destra dell’addome. Alcuni anni prima, è stata visitata in un ospedale di Londra, dove il professore in capo si era guadagnato una reputazione internazionale usando test psicologici per dimostrare che questo tipo di dolore era di origine psicologica.

La signora DE si era documentata ampiamente sul tema del dolore e la sua espressione indicava una persona diffidente. Il suo viso si illuminò improvvisamente dopo aver risposto positivamente alle seguenti domande perché si rese conto che conoscevamo il suo problema:

- ha dolore con penetrazione profonda nei rapporti sessuali?
- si alza più di due volte a notte per urinare?
- ha problemi a svuotare la vescica?
- soffre di incontinenza da urgenza?

Sono indispensabili risposte affermative riguardanti altri sintomi oltre al dolore prima di attribuirlo a un danno ai legamenti posteriori. Ci sono infatti molte altre cause di dolore pelvico cronico nella fascia d’età oltre i 30 anni, come ad esempio endometriosi, infezioni alle tube di Falloppio, problemi intestinali al colon.

Questa è la sua dichiarazione una settimana dopo che il dolore è stato curato da un piccolo intervento per rafforzare i legamenti posteriori.

“Ho provato istinti suicidi dopo gli interminabili attacchi di dolore al fianco destro. Adesso è passata una settimana dall’intervento e mi sento come una colomba che è stata liberata dalla gabbia. La mia mente continua ad analizzare il mio corpo alla ricerca del dolore, che per tanto tempo è stato il mio solo ed unico pensiero”.

L’operazione è stata semplice ed è stata eseguita interamente in anestesia locale. È stata eseguita un’incisione di 3cm nella vagina dietro il collo dell’utero e si sono applicati due punti di sutura per rafforzare i legamenti.

Commento sul come individuare la causa del dolore addominale profondo e persistente Purtroppo la debolezza dei legamenti posteriori come causa di forte dolore pelvico non è conosciuta dalla maggior parte dei ginecologi nonostante la cura sia così semplice.

P.S. La signora DE ha poi scritto al professore di Londra raccontando la sua storia e inviandogli anche alcune pubblicazioni scientifiche che descrivevano metodi di cura per urgenza, frequenza urinaria, nicturia e dolore pelvico, ma il professore non è riuscito a capire la relazione tra questi sintomi né come il suo dolore pelvico potesse essere stato curato con un metodo così semplice. La sua risposta è stata: “Ma questi articoli riguardano problemi urinari”. Non è riuscito a capire le implicazioni del sistema della Teoria Integrata che la nostra clinica stava applicando. Anche per le persone più competenti è difficile associare dolore addominale profondo con sintomi apparentemente non correlati come urgenza e frequenza urinaria che in genere sono legati alla vescica.

IL CASO 14: vulvodinia: dolore e bruciore all’orifizio vaginale da indebolimento dei legamenti posteriori

Ci sono molte cause di dolore vulvare (vulvodinia), comprese le malattie della pelle. Il tipo che stiamo descrivendo è associato a bassi dolori addominali, urgenza, nicturia e disturbi dello svuotamento vescicale. La Signora PQ aveva 49 anni. Aveva dolore pelvico cronico e ha richiesto di essere mandata alla clinica perché aveva sentito parlare dei buoni risultati ottenuti in questi casi. Il suo medico curante, uomo premuroso e di grande empatia, aveva chiamato il dottore alla clinica prima che lei arrivasse e aveva chiesto che venisse “trattata con il massimo riguardo” poiché aveva disturbi psicologici, che erano anche la causa del suo dolore e che nessuno era riuscito a far alcunché per aiutarla. La prima impressione che abbiamo avuto della donna corrispondeva alla descrizione del medico curante. Il viso era contratto, parlava rapidamente e con ansia evidente. Durante gli anni aveva già consultato diversi specialisti per quel suo dolore. Aveva effettuato diverse laparoscopie diagnostiche (un endoscopio inserito nell’addome per osservare l’utero e le ovaie), un’isterectomia, ed era andata in una clinica per il dolore. Nessuna di queste terapie l’aveva curata e tutti gli specialisti concordavano che il problema fosse di origine psicologica. Le sue risposte alle domande del questionario ci hanno fatto nascere il primo sospetto che potesse avere una causa fisica al suo problema, cioè il danno ai legamenti posteriori. Si alzava 6 volte per notte a svuotare la vescica (nicturia), indossava assorbenti continuamente in quanto aveva fenomeni di incontinenza urinaria da urgenza (circa 6 al giorno) e poi anche difficoltà a svuotare la vescica e infine lamentava anche incontinenza fecale. Le abbiamo chiesto se aveva riferito al suo medico curante dei problemi con la vescica e l’intestino. La risposta è stata che si era rivolta al medico solo per il forte bruciore intorno alla vagina e ano. Disse che la vagina le faceva così male da non potere avere rapporti sessuali e che a volte aveva anche problemi a stare seduta. La visita ha rivelato un prolasso nella parte posteriore della vagina. L’ingresso della vagina era ipersensibile. Si allontanava per il dolore non appena sfiorata con un tampone, ossia il test classico per la “vulvodinia” detto test del cotton fioc (dolore all’entrata della vagina).

Non le abbiamo promesso di poter curare il suo dolore, in quanto ci possono essere molte altre cause di dolore pelvico. Tuttavia, le abbiamo spiegato che il prolasso vaginale doveva essere curato e che c’erano buone possibilità che alcuni dei suoi sintomi potessero migliorare con una bendarella inserita nella parte posteriore della vagina, una semplice operazione da effettuarsi in day-hospital.

Alla visita postoperatoria, 6 settimane dopo l’intervento, la

prima cosa che abbiamo notato era l'assenza di tensione in volto. Era sorridente e calma. Il dolore era sparito e così anche l'incontinenza urinaria da urgenza e fecale. La nicturia si era ridotta a 2 volte per notte e lo svuotamento della vescica era migliorato del 60%.

Commenti. Come il caso della Signora DE, il problema di questa donna solleva molte questioni sui comportamenti dei dottori, dei pazienti e anche della medicina moderna stessa. Molti medici, incluso il curante di questa signora, non sono a conoscenza del legame tra questo tipo di dolore pelvico e il rilassamento dei legamenti. A causa della natura scientifica della medicina, se non si riesce a trovare una causa ovvia, il dottore cerca altre cause, generalmente "psicologiche".

Il concetto di disturbo psicologico come base di una patologia risale allo stesso Sigmund Freud. Tuttavia, qualsiasi tipo di dolore cronico è sufficiente a far vacillare anche la persona più stabile quindi questi pazienti sviluppano problemi psicologici, spesso gravi, come abbiamo riscontrato nelle storie precedenti. Come dimostrato dalla nostra esperienza, è il dolore che causa il disturbo psicologico e non il contrario. Che sia l'influenza di Freud o la mancanza di cause fisiche conosciute, attribuire questi problemi complessi solo ad un motivo psicologico è un contributo importante alla "congiura del silenzio". Nessuna donna vuole essere etichettata come "pazza". Appena viene suggerita una causa psicologica, l'interessata rimane in silenzio e continua a tacere per tutte le successive visite mediche, ulteriore contributo alla congiura e l'esperienza ci dice che le donne moderne sono fin troppo impegnate per lamentarsi di sintomi che non hanno. C'è dunque un'altra possibilità, una nuova scoperta che può spiegare i problemi cosiddetti "incurabili" di incontinenza e dolore pelvico. È per questo che abbiamo deciso di scrivere questo testo, sia per informare le donne che una cura per queste patologie esiste, che per usare le storie delle pazienti e indurre la consapevolezza del problema e della possibilità di trovare un aiuto.

Caratteristiche della vulvodinia

La vulvodinia, che non abbia cause locali apparenti (come una malattia della pelle/mucosa vaginale), è spesso descritta come un bruciore forte intorno all'ingresso della vagina e dell'ano accompagnato da estrema sensibilità al contatto. Spesso è associata a persistenti bassi dolori addominali e, a volte, a dolore alla vescica. Non stiamo dicendo che tutte le pazienti affette da vulvodinia abbiano questa causa, ma se ci sono altri sintomi di rilassamento dei legamenti posteriori come nicturia, anormale svuotamento della vescica e urgenza associati, c'è una buona probabilità che questo dolore possa essere migliorato in molti casi con una "sling" per riparare i legamenti posteriori.

Il semplice **test del tampone** per vedere se i legamenti posteriori sono la causa del problema: un tampone largo inserito nella parte posteriore della vagina può istantaneamente alleviare la sensibilità e il dolore nella vulva. Generalmente queste donne presentano anche altri sintomi riferiti al danno dei legamenti posteriori.

IL CASO 15: dolore pelvico insorto subito dopo la prima mestruazione e causato da rilassamento dei legamenti posteriori

Miss PN, 23 anni, lamentava un forte dolore pelvico iniziato alcuni mesi dopo la prima mestruazione avvenuta all'età di 15 anni. Il dolore peggiorava durante il ciclo. Aveva già eseguito due laparoscopie dove non era stato riscontrato niente. Il dottore riteneva che il problema fosse di natura psicologica e l'aveva fatta visitare da uno psichiatra. È arrivata alla clinica con sua madre, la quale era sicura che sua figlia fosse non solo psicologicamente normale ma che avesse anche una ragione fisica per il dolore.

Dopo una visita, è risultato evidente che la signorina PN avesse un rilassamento dei legamenti posteriori dalla nascita, rilassamento aggravato dagli ormoni durante il ciclo

mestruale. I legamenti erano semplicemente non abbastanza forti. Aveva sintomi di urgenza e nicturia, che peggioravano durante il periodo mestruale. Le abbiamo spiegato che, durante il periodo mestruale, il cervello rilascia un ormone che rilassa le fibre di collagene del collo dell'utero in modo che il sangue mestruale possa uscirne. Questo rilassamento allenta anche i legamenti che sono attaccati all'utero, causando il peggioramento del dolore e dell'urgenza.

La signorina PN non ha avuto buoni risultati con gli esercizi per il pavimento pelvico prescritti prima dell'intervento, ma ottimi quando i legamenti posteriori sono stati rinforzati applicando dei punti di sutura con un semplice intervento in day-hospital. Non sono state usate bendarelle e la sua possibilità di avere figli non è stata messa a rischio in alcun modo.

IL CASO 16: isterectomia per dolori nella parte bassa della schiena e dolore pelvico causato da rilassamento dei legamenti posteriori

La signora JMK aveva sviluppato un dolore cronico nella parte bassa della schiena con dolore durante i rapporti dopo un parto difficile con uso di forcipe per il suo secondo figlio, parto avvenuto 50 anni prima quando aveva 27 anni. Il dolore era costante e debilitante. A 35 anni un ginecologo le ha consigliato un'isterectomia, causa di un grande shock emotivo in quanto avrebbe voluto avere altri figli. Si è convinta a sottoporsi all'operazione. Inizialmente l'intervento non è andato molto bene: ha avuto bisogno di una trasfusione di sangue durante l'operazione. A causa di una continua anemia è rimasta debole per ulteriori 6 mesi. Anche se il dolore fisico era migliorato, la signora JMK è rimasta traumatizzata psicologicamente per un lungo periodo di tempo. Quando ha compiuto 65 anni, il dolore pelvico cronico e il dolore alla parte bassa della schiena erano tornati, insieme a urgenza, nicturia e prolasso della vagina e della vescica. Noi abbiamo attribuito questi problemi a una perdita di collagene dovuta all'età e ad un indebolimento dei legamenti posteriori, un problema a lungo termine molto comune tra i pazienti che hanno subito un'isterectomia. La ricostruzione dei legamenti ha risolto il problema del prolasso e ha migliorato notevolmente i sintomi.

Commento sull'isterectomia. La rimozione dell'utero è un'operazione seria. Non è sempre priva di complicazioni e in alcune donne può avere conseguenze a lungo termine sia fisiche che psicologiche. Fortunatamente, adesso sono disponibili trattamenti più conservativi per le emorragie uterine, per esempio sistemi intrauterini che rilasciano lentamente ormoni della famiglia del progesterone.

IL CASO 17: svuotamento anormale e infezioni croniche della vescica causati da rilassamento dei legamenti posteriori

La signora KB, assistente di volo di 32 anni, lamentava sin dall'adolescenza incapacità di svuotamento e infezioni croniche della vescica. Era una giovane donna di bell'aspetto con una personalità coinvolgente. È venuta da noi perché le infezioni stavano diventando più frequenti e si stavano ripercuotendo sulla sua possibilità di lavorare su voli lunghi. La sua situazione aveva raggiunto un punto in cui si sentiva obbligata a considerare di abbandonare la sua professione. Le è stata diagnosticato un indebolimento congenito dei legamenti posteriori. Non ha risposto bene al nostro programma per la cura del pavimento pelvico e ha richiesto una ricostruzione chirurgica dei legamenti. Noi abbiamo acconsentito, dopo averle spiegato che avrebbe dovuto avere un parto cesareo in caso di gravidanza, in quanto un parto vaginale avrebbe annullato l'effetto dell'operazione. La sua vescica è tornata normale, svuotandosi immediatamente dopo l'intervento e non si sono più verificate infezioni vescicali anche a distanza di 10 anni.

Commento sui sintomi di difficoltà di svuotamento della vescica (ritenzione) Sintomi tipici sono un flusso di urina rallentato, che comincia e si interrompe, gocciolamento

quando ci si alza dopo aver svuotato la vescica e sensazione che la vescica non si sia vuotata completamente. Spesso questi pazienti hanno infezioni urinarie croniche.

Nelle donne più giovani la debolezza congenita dei legamenti posteriori deve sempre essere considerata causa di disturbi dello svuotamento della vescica (ritenzione urinaria), in quanto in genere non hanno un cistocele (rigonfiamento nella parete anteriore della vagina), e una maggiore difficoltà a urinare durante i periodi mestruali è un segnale evidente che la causa è un rilassamento dei legamenti posteriori. Altri sintomi come dolore pelvico, urgenza e nicturia sono spesso presenti e di solito peggiorano durante i periodi mestruali. Anche se non ha avuto successo con la signora KB, nella nostra clinica abbiamo ottenuto buoni risultati incoraggiando le giovani donne ad accovacciarsi piegando le ginocchia invece di piegare la schiena nella loro routine giornaliera e a sedersi su una palla da palestra invece di una seggiola. Questi esercizi servono a rafforzare i muscoli pelvici.

IL CASO 18: una donna di 87 anni incapace di urinare necessita di cateterismo a causa del difetto dei legamenti posteriori

C'è una prevalenza di questi casi nelle case di riposo dove molte pazienti non riescono a urinare e necessitano di cateterismi. La signora RS aveva 87 anni e pesava 90kg. Aveva avuto un'istectomia 40 anni prima. Per alcuni anni ha avuto bisogno di auto cateterizzarsi 3-4 volte al giorno in quanto non urinava in modo adeguato. Aveva grandi volumi di **urina residua** (la quantità che rimane nella vescica dopo la minzione) e frequenti infezioni urinarie. Dopo un test, abbiamo anche confermato che soffriva di grave incontinenza in quanto è stata misurata una grande quantità di urina persa nell'arco delle 24 ore. Aveva un importante prolasso della vagina, simile ad un guanto rovesciato. Abbiamo inserito una "sling" posteriore ed effettuato una riparazione del rettocele. Subito dopo l'intervento la signora ha cominciato a urinare. La sua nicturia, in precedenza di 5 episodi per notte, si è ridotta a due per notte.

Commento: come l'età può causare un difetto dei legamenti e difficoltà a svuotare la vescica I tessuti della vagina e i legamenti di supporto possono rilassarsi significativamente con l'età. Il risultato è che molte signore anziane, specialmente quelle nelle case di riposo, non riescono a svuotare la vescica e necessitano di un catetere inserito nella vescica permanentemente. Questi cateteri sono fonte di infezioni croniche alla vescica in quanto introducono dei batteri. Noi abbiamo riportato molte donne alla condizione di poter urinare normalmente ricostruendo i legamenti posteriori e rafforzando i tessuti limitrofi.

IL CASO 19: problemi di svuotamento dell'intestino curati riparando il corpo perineale

La signora VCD, 46 anni, si è presentata con rettocele, incontinenza fecale e difficoltà a svuotare l'intestino. Ha dichiarato: *"Ogni volta che ho lo stimolo di vuotare l'intestino, devo premere le dita nella parete posteriore della vagina per potermi svuotare. La pulizia necessaria alla fine di tale operazione è piuttosto sgradevole."*

In questo caso abbiamo riscontrato che il corpo perineale o centro tendineo del perineo, la struttura che separa la vagina dal retto, era stato traziionato e dilatato in entrambi i

lati. Nella vagina, stirata e assottigliata, sporgeva l'intestino (rettocele). Questa è la ragione per cui schiacciando la parte bassa della vagina riusciva ad andare di corpo.

Siccome la "sling" per il corpo perineale era piuttosto nuova all'epoca, ha richiesto che il suo rettocele venisse riparato nel modo tradizionale suturando saldamente insieme i due lati del corpo perineale, un'operazione abbastanza dolorosa. Il rettocele e lo svuotamento intestinale sono stati inizialmente curati ma si sono ripresentati dopo 6 mesi, ancora con la necessità di premere la parete posteriore della vagina per defecare. Nel secondo tentativo abbiamo unito i corpi perineali con una sling TFS per prevenire la protrusione del rettocele. Questa operazione è stata molto meno dolorosa dell'operazione tradizionale, dove i corpi perineali erano stati saldamente suturati insieme. La signora è adesso in grado di svuotarsi normalmente senza dover premere la parete della vagina. Il rettocele si poteva considerare guarito anche alla visita di controllo 2 anni dopo l'intervento.

IL CASO 20: urgenza urinaria, dolore pelvico e nicturia curati con esercizi per il pavimento pelvico

La signorina BC, una ragazza single di 31 anni e che non ha mai avuto gravidanze, ci ha raccontato questa storia: *"Ho cominciato ad avvertire sintomi di urgenza, dolore pelvico e nicturia all'età di 25 anni, sufficientemente gravi da rivolgermi al medico. Mi hanno visitata 8 diversi specialisti. Mi sono state date medicine per fermare le contrazioni della vescica. Ho speso quasi 10.000 dollari australiani in erbe della medicina cinese. Niente sembrava funzionare"*

In seguito ha contattato la clinica grazie a un intermediario. Lavorava all'estero quindi non le era possibile venire alla clinica per una visita formale. Le abbiamo consigliato di usare una "fitball" invece della seggiola e di cominciare a sviluppare delle buone abitudini per il pavimento pelvico, come accovacciarsi piegando le ginocchia invece di piegare la schiena, mantenere una postura eretta e fare esercizio. Il risultato è stato notevole: praticamente tutti i suoi sintomi sono spariti e l'ultima volta che abbiamo avuto sue notizie (4 anni dopo) stava ancora bene.

Commento sul trattamento non chirurgico dei sintomi dei legamenti posteriori Un notevole miglioramento di sintomi come **dolore pelvico**, **urgenza**, **ritenzione urinaria** e **nicturia** sono stati ottenuti da molte pazienti che frequentavano la nostra clinica attraverso il programma di [esercizi per il pavimento pelvico](#) utilizzato dalla signora BC soprattutto sostituendo la seggiola con la "gym ball". Questo metodo è estremamente efficiente soprattutto nelle donne giovani e di mezza età prima della menopausa.

Esercizi per il pavimento pelvico nell'incontinenza urinaria. Il pavimento pelvico è parte del nostro corpo e come tutti gli altri gruppi muscolari deve essere esercitato. Abbiamo già discusso l'uso di una "gym ball" nelle situazioni di lavoro quotidiano. Un'altra buona abitudine è di piegare le ginocchia invece di piegarsi a livello del bacino. Bisogna sempre stare seduti con la schiena diritta e cercare di accovacciarsi quanto più spesso sia possibile. Tutte queste attività rafforzano i muscoli e i legamenti coinvolti nel prevenire l'incontinenza.

7. Stipsi, incontinenza fecale, emorroidi e ragadi anali DARREN GOLD

Introduzione, una visione olistica

Abbiamo scoperto che le condizioni specificate qui descritte sono spesso causate da rilassamento dei legamenti posteriori e del corpo perineale e associate a più o meno gravi problemi vescicali e a dolore cronico, ma con importanti differenze. Per esempio, il dolore cronico al coccige è comune soprat-

tutto nei pazienti con emorroidi sintomatiche e ragadi anali, piuttosto che in chi ha problemi alla vescica, e poiché le cause di questi sintomi sono molte e diverse, è importante stabilire esattamente la fonte del problema prima di cominciare le cure.

Per **stipsi** si intende una defecazione insoddisfacente di tipo ritentivo dovuta alle caratteristiche delle feci (dure, difficili da espellere) o ad una ridotta frequenza con cui si verifica o anche per il senso di incompletezza, il che è molto comune. È dovuta a fattori non necessariamente patologici che portano ad un rallentato passaggio del cibo attraverso l'intestino. Nei casi assai rari di pazienti con alterazioni dei nervi intestinali la stipsi si manifesta in modo molto grave già a partire dall'infanzia o dall'adolescenza.

Molte donne sentono lo stimolo ad evacuare ma poi di fatto non riescono a svuotarsi. Questo provoca uno sgradevole senso di pienezza e la sensazione che l'intestino non si svuoti mai completamente. Questi sintomi vengono definiti, in modo discutibile, come "sindrome da defecazione ostruita" poiché molti la descrivono come un blocco che impedisce alle feci di uscire. In questi casi possono essere estremamente utili dei semplici provvedimenti (vedi la **Perausetta**, pagina 30), lo sfruttamento del riflesso ano-colico con il **getto igienico** (pagine 30 e 31) o il **biofeedback** con dispositivi semplici, anche domiciliari (pagina 30 e 31).

Il più delle volte la **stitichezza** associata a dolori addominali, gonfiore (meteorismo) e flatulenza, fa parte della **sindrome dell'intestino irritabile (IBS)** dovuta spesso ad una **disbiosi**, ossia ad un alterato rapporto tra i microrganismi contenuti nell'intestino. Preferibilmente sotto la guida del test del **microbiota** (vedi pagina 30), si deve cercare, con farmaci ma soprattutto con l'alimentazione, di riportare la flora batterica ad un buon equilibrio (**eubiosi**).

L'**incontinenza fecale** è l'incapacità a trattenere le feci con perdite di gas, feci liquide o solide nella biancheria intima. Questo può variare da un problema minore a una situazione altamente invalidante per chi ne soffre. Come provvedere? La chirurgia dà buoni risultati solo se si deve ricostruire lo sfintere danneggiato da un trauma diretto come col parto. Altrimenti il problema è difficile da eliminare e conviene aggirarlo per evitare il pannolone e l'imbarazzo: una **dieta** che provochi la stipsi, **farmaci stiptizzanti** o con il sistema della **irrigazione trans-anoale (TAI)**, come ad esempio il sistema a clistere pulsante (**Pulsaclic**, pagine 30 e 31). Anche in caso di **incontinenza fecale** lo studio del microbiota consente di rimediare alla diarrea o alle feci molli nelle comuni forme di **intestino irritabile** di tipo D (diarrea) o di tipo misto (stipsi alternata a diarrea). La cura dell'incontinenza fecale e urinaria nelle forme meno gravi si avvale anche dell'elettrostimolazione con dispositivi professionali anche ad uso domiciliare (vedi l'**Intellistim**, pagina 30).

Molte donne hanno una funzione intestinale soddisfacente fino al raggiungimento della menopausa o al momento in cui si sottopongono ad un'isterectomia, quando cominciano i sintomi di **stipsi** o **incontinenza fecale**, a volte addirittura associate, con cause assai diverse dalle forme che si osservano nell'infanzia.

La comparsa di questi sintomi è spesso imbarazzante. Se l'incontinenza è grave, molte donne non cercano aiuto dal loro dottore o non ne discutono con gli amici. È una vera e propria "congiura del silenzio" autoimposta. Eppure sintomi come questi sono molto comuni.

Perché così tante donne soffrono di stipsi e incontinenza fecale dopo la menopausa o dopo un'isterectomia? La ragione è simile a quella per cui sviluppano problemi alla vescica dopo la menopausa o un'isterectomia: i **legamenti** diventano deboli. Gli stessi legamenti supportano la vagina, la vescica e anche l'intestino e l'ano-retto. I legamenti posteriori sono il supporto principale dell'ano quando deve aprirsi o chiudersi. Di frequente durante un parto i legamenti posteriori vengono eccessivamente stirati e danneggiati. Il principale sostegno dei legamenti è il collagene che agisce come le barre d'acciaio nel cemento. Gli ormoni estrogeni e testosterone mantengono il collagene forte. Con la menopausa le ovaie

diminuiscono la produzione di estrogeni e i legamenti privati dell'azione degli estrogeni si indeboliscono e non riescono più a sostenere gli organi o i muscoli, quindi può comparire un prolasso a livello anale. Gli stessi legamenti devono essere tagliati per poter rimuovere l'utero durante un'isterectomia, che è la ragione per cui i sintomi possono comparire così improvvisamente. Se i legamenti posteriori sono deboli, la paziente deve sforzare per svuotarsi. Questo indebolisce ulteriormente la vagina che non riesce più a sostenere l'intestino il quale protrude nella vagina come una "massa", chiamata **rettocele** o meglio **colpocele posteriore**. Le feci invece di proseguire possono entrare in questa sacca il che aggrava la sensazione di ingombro vaginale e, probabilmente insieme ad altri fattori, anche quella di defecazione incompleta o difficoltosa.

Il perineo e l'ano. Nella dinamica dello svuotamento intestinale l'ano ha un ruolo importante dovendo aprirsi per far passare le feci ma anche rimanere in posizione fissa mentre le feci stanno passando. È il corpo perineale, la massa solida di tessuto tra l'ano e la vagina, che mantiene l'ano in posizione ed è essenziale per far fuoriuscire le feci in modo normale. Spesso durante il parto la testa del bambino iperestende il corpo perineale che si allunga (**perineocele**), si indebolisce e poi, durante la defecazione, contribuisce con la sua mobilità, a rendere più difficile il passaggio delle feci. Questo impedisce alle feci di passare facilmente. Poiché anche il centro o corpo perineale contiene una grande quantità di collagene, anch'esso si indebolisce in menopausa.

Il perineo è anche il punto dove si fissano i muscoli che chiudono l'ano dopo l'evacuazione così che non ci siano perdite dopo lo svuotamento. Un perineo rilassato può causare piccole perdite fecali con imbrattamento nella biancheria intima subito dopo lo svuotamento. Questo spiega come molte donne in menopausa si lamentino di essere sia stitiche che incontinenti alle feci nello stesso tempo, cosa che molti dottori trovano contraddittoria. La capacità di questi sintomi di presentarsi allo stesso momento si spiega semplicemente con il fatto che i legamenti posteriori sono il supporto chiave per i muscoli che aprono e chiudono l'intestino.

Se la donna sforza molto per andare di corpo, la pressione contribuisce a gonfiare il tessuto emorroidario con la sua componente venosa, capillare ed arteriosa e favorisce la discesa e poi la fuoriuscita delle **emorroidi** e della mucosa soprastante attraverso l'ano (prolasso emorroidario e **prolasso mucoso**). Inoltre, in seguito al movimento eccessivo dell'ano durante l'evacuazione, dovuto alla rilassatezza del perineo, il tessuto anale si allenta eccessivamente.

La distensione e lo stress causano lesioni nel delicato rivestimento del canale anale e producono le **ragadi**. Molte donne che non hanno mai sofferto di emorroidi sintomatiche (ossia crisi emorroidarie con ematomi e trombosi) o ragadi anali improvvisamente sentono i sintomi comparire insieme alla stipsi e all'incontinenza, ancora una volta come risultato del rilassamento dei legamenti posteriori e del perineo.

La riparazione dei legamenti posteriori e del perineo ricrea il supporto necessario a retto, ano e vagina. Questo sostegno spesso migliora la stipsi, l'incontinenza e i rapporti sessuali e anche le emorroidi possono diventare asintomatiche.

Le **emorroidi** diventano generalmente sintomatiche (prolasso, sanguinamento, episodi dolorosi di gonfiore acuto) per una combinazione di vari fattori: negli uomini sforzo eccessivo durante l'evacuazione, feci dure, dieta non equilibrata, nelle donne si aggiunge il parto che indebolisce i legamenti che sostengono la parte alta del retto e il perineo che lo sostiene. Le vene rettali non hanno valvole e il rilassamento dei tessuti ne causa la distensione con fastidi e più facile sanguinamento associato alla defecazione; il sangue è rosso vivo per la determinante partecipazione dei capillari arteriosi.

Attenzione - non tutti i sanguinamenti sono causati dalle emorroidi

I sintomi elencati qui sotto possono essere causati da problemi più gravi, compreso il cancro: il sangue è spesso più scuro, non sempre associato alla defecazione, ci possono essere cambiamenti di abitudine nell'evacuazione, perdita di peso, perdita di appetito, dolori o distensione addominale. La **colonscopia** nei soggetti di oltre 40 anni è d'obbligo.

La cura delle emorroidi

Molti pazienti rispondono alle cure conservative non chirurgiche. È importante evitare gli sforzi per defecare aiutandosi con fibre, liquidi, lassativi naturali (crusca, psillio, frutta, verdure) meglio se sotto la guida del test del **microbiota** (vedi pag 30). Nei frequenti casi di ipertono e tensione anale e in presenza di sintomi come il sanguinamento o il dolore sono molto utili le autodilatazioni anali (vedi il **Dilatan**, pagina 30) precedute da bidè caldi e associate a pomate (possibilmente prive di anestetici locali che sono spesso irritanti). Se le condizioni persistono, si può ricorrere a trattamenti ambulatoriali come le legature elastiche o le iniezioni sclerosanti, generalmente effettuati da un coloproctologo o si rende necessario l'intervento chirurgico.

Ragade anale

La ragade anale è una lesione della superficie cutanea del canale anale. Stress psicofisico e stipsi ne sono la causa più importante. Il sintomo principale è il dolore spesso molto forte durante e soprattutto dopo la defecazione con piccole perdite di sangue. Con una terapia adeguata costituita da bidè caldi (il calore è miorellassante e attenua il dolore della colica anale provocata dalla ragade) e dall'uso del dilatatore anale **Dilatan** (vedi pagina 30) con unguenti senza anestetici, facilmente guarisce, con due applicazioni al giorno per pochi secondi in alcune settimane. Se i disturbi persistono, può essere necessario un piccolo intervento chirurgico ambulatoriale.

Dolore cronico e altri sintomi pelvici associati

Queste condizioni proctologiche possono associarsi a dolore di varia intensità al coccige, all'ano, al basso addome o agli organi genitali, femminili e maschili, e sintomi urinari come nicturia, elevato numero di minzioni o incontinenza da stress. È assolutamente necessario che il medico indaghi anche su questi disturbi e se non lo fa bisogna riferirli spontaneamente.

IL CASO 21: ragadi anali dolorose da stitichezza cronica

La signora CD arrivata alla nostra clinica grazie ad Internet ha raccontato: *"Ho sofferto di stitichezza per molti anni il che ha comportato ragadi (interne ed esterne) che mi causavano dolore anale molto forte e fastidi anche a urinare. Nonostante diverse visite da dottori e specialisti, il problema non è mai stato risolto. Dopo la visita iniziale, sono stata ricoverata in ospedale per un intervento che consisteva in un'iniezione di Botox per paralizzare l'area e permetterle di guarire. Mi è stato spiegato che questo avrebbe alleviato il dolore per qualche mese ma non avrebbe risolto la causa profonda del problema."* Siccome la signora CD aveva altri sintomi pelvici, ho effettuato una visita insieme al mio collega Professor Peter Petros, un ginecologo che, come me, è specializzato in ricostruzione pelvica. Abbiamo trovato la visita congiunta estremamente utile, in quanto pazienti con problemi intestinali come stipsi cronica, incontinenza fecale, emorroidi e ragadi, quasi sempre hanno altri problemi al pavimento pelvico come dolore, sintomi urinari o prollasso vaginale. In questo caso abbiamo riscontrato un prollasso totale (vescica, vagina e ano-retto). Abbiamo suggerito un intervento di ricostruzione pelvica per riparare tutti i legamenti, anteriori, centrali e posteriori e anche il perineo. L'intervento è stato effettuato da entrambi. La signora continua: *"Sono rimasta in ospedale per due giorni e poi sono stata dimessa. La procedura si è rivelata un successo."*

Non ho dolore, la mia vescica e il mio intestino funzionano perfettamente e sono tornata ad una vita normale. Voglio estendere i miei più sinceri ringraziamenti ai dottori per il loro incredibile risultato."

IL CASO 22: grave incontinenza anale e urinaria

La signora JR ha dichiarato: *"la mia vita è cambiata in modo così evidente e positivo dopo il trattamento che mi sono sentita in dovere di condividere la mia storia che pure è molto personale. Sono una donna di 72 anni. Per gran parte della mia vita ho lavorato come farmacista, quindi sono a conoscenza dei problemi dell'incontinenza. Negli ultimi 10 anni ho sofferto di incontinenza urinaria e in misura minore anche anale. Nonostante avessi un numeroso gruppo di amiche intime non me la sentivo di parlare apertamente con loro della mia condizione perché ero imbarazzata. Mi sono rivolta ai medici nel 2004 presso una clinica rinomata, ma mi hanno solo consigliato di fare esercizi per rafforzare i muscoli del pavimento pelvico. Nonostante tutto il mio impegno ho ottenuto minimi risultati. Nel 2008, ho avuto un prollasso ano-rettale ("l'intestino si è rivoltato"). Ho subito un'operazione nel 2009 con un altro chirurgo che ha risolto il prollasso intestinale ma non ha migliorato la mia incontinenza urinaria e ano-rettale, che lentamente è peggiorata. Avevo problemi ad urinare e soffrivo di numerose infezioni alla vescica. Chiunque sia abbastanza sfortunato da avere questi problemi sa cosa vuol dire il dover sempre sapere dove sono le toilettes tutte le volte che si va a fare la spesa o a teatro o a qualsiasi evento. Bisogna sempre indossare assorbenti, bisogna cambiarli in modo discreto e si è sempre preoccupati di odori indesiderati e di eventuali "incidenti", non solo urinari, ma nei peggiori dei casi anche fecali. Lo scorso anno un'amica mi ha parlato di una nuova terapia disponibile in Australia e mi ha detto che lei era stata curata. Quando mio marito ha dovuto subire una prostatectomia radicale, diventando anch'egli incontinente, ho preso ulteriore coscienza dell'impatto che questo enorme problema ha sulla vita di numerose persone. Mi sono resa conto che era giunto il momento di cercare ancora."*

IL CASO 23: La signora RS è venuta nella nostra clinica per una consultazione congiunta. Era evidente che aveva i legamenti anteriori e posteriori lassi e anche il perineo. Abbiamo usato il Sistema TFS per riparare solo i legamenti danneggiati ossia quelli anteriori, posteriori e il corpo perineale. Sei mesi dopo ha dichiarato: *"Il risultato è stato incredibile. Non ho più perdite urinarie o intestinali e posso urinare normalmente. Non ci sono più state infezioni alla vescica"*.

Sindrome del perineo discendente

Questa condizione si verifica quando il tessuto che unisce i due corpi perineali viene distrutto, di solito durante il parto. Quello che succede è che la testa del bambino scende come fosse una ruspa e spinge i corpi perineali di lato, così che il retto protrude al di sopra con una tasca chiamata rettocele. Il tessuto rettale si può anche ripiegare all'interno bloccando la discesa delle feci. Queste sono le cause per cui la paziente sente qualcosa che ostruisce all'interno.

I principali sintomi sono la stipsi con difficoltà a defecare e l'incontinenza fecale, tutto per la debolezza dei legamenti posteriori e/o del perineo. Quando la paziente si sforza, l'ano discende di diversi centimetri. Attualmente questa condizione è considerata incurabile, ma non è vero, perché con la tecnica TFS, un metodo minimamente invasivo che unisce i corpi separati del perineo con una benderella, questa solleva e unisce le due parti del perineo che si erano separate. Questa azione spinge indietro l'intestino e lo mantiene al proprio posto. Le pazienti riportano una sorprendente scomparsa dei loro sintomi. Possono andare di corpo normalmente, senza doversi aiutare con le dita per facilitare lo svuotamento.

IL CASO 24: perineo discendente incontinenza anale e stipsi

Abbiamo ricevuto questa lettera da una paziente Americana, una dottoressa che aveva questo problema. Si è messa in contatto con noi e noi l'abbiamo messa in contatto con un collega urologo in Minnesota, Stati Uniti: *“Ho subito un'episiotomia durante il mio primo parto che ha completamente distrutto il mio perineo. Ho sviluppato la sindrome del perineo discendente, incontinenza fecale e defecazione ostruita. Ho cercato aiuto in molte università americane quali UMDNJ, NYU, Mayo Clinic, Cleveland Clinic, University of Iowa, University of Oklahoma e ho scritto a molte altre. Ho avuto una dolorosissima perineoplastica che ha tenuto solo per 3 mesi e poi un'altra perineoplastica e colporrafia posteriore un anno dopo, che ha ceduto dopo 4 mesi e mi ha lasciato con ancor meno supporto di prima. Dopo tutti questi trattamenti la defecografia ha rivelato una discesa rettale di 7cm. Sono arrivata al punto che non potevo più stare seduta in quanto ero appoggiata sul mio intestino retto. I medici dell'università dell'Iowa, dove ho effettuato il mio ultimo intervento, mi hanno detto che non potevo più subirne altri e anche altri medici mi hanno confermato che non potevo sottopormi a ulteriori operazioni. In preda alla disperazione ho scritto al Dott. Peter Petros, il cui metodo innovativo aveva attirato la mia attenzione. Egli ha esaminato tutti i miei test e risposto alle mie domande, dimostrandomi grande attenzione e supporto, in quanto ero completamente abbattuta dopo le dolorose e inutili operazioni subite. Mi ha messo in contatto con un chirurgo dell'Università di Minneapolis che lavora con il suo metodo. Mi ha contattata durante la convalescenza offrendomi consigli da esperto. Quattro mesi dopo il suo intervento in cui è stata usata una “TFS sling”, la defecografia non ha rilevato alcuna discesa perineale/rettale, neanche a riposo o con Valsalva. Le note del mio ginecologo locale dichiarano “il perineo risulta normale, ha un buon supporto”. Non so come esprimere la mia gratitudine al Dott. Petros che mi ha teso una mano dall'altra parte del pianeta per aiutarmi. Grazie ai sacrifici che ha fatto per tutta la vita, donne come me che hanno avuto seri danni al pavimento pelvico durante il parto, hanno la possibilità di sentirsi di nuovo esseri umani. Dott. B. K.*

IL CASO 25: incontinenza e stitichezza dopo un grave incidente con danni a tutta la pelvi

La signora ST è stata una paziente straordinaria. Era stata considerata impossibile da curare da tutti gli esperti nel campo del pavimento pelvico di Sydney. Quando l'abbiamo esaminata, tutti i legamenti del lato destro erano rotti, a tal punto che gli organi erano tutti sbilanciati da quella parte. *“La mia storia comincia quando avevo 5 anni e sono rimasta intrappolata in un pulitore di piscine. Mi ha letteralmente risucchiato le interiora che sono fuoriuscite dalla vagina. Sono stata ricoverata d'urgenza in ospedale ed ero in punto di morte. Sono stata salvata dall'abilità dei chirurghi e me la sono cavata con la perdita di parte dell'intestino. A 30 anni ero in una situazione disperata. Né il mio intestino né la vescica funzionavano correttamente. Avevo perdite di urina, non riuscivo a trattenerla e mi dovevo alzare diverse volte per notte. Ero stitica e incontinente con dolori terribili nella zona del bacino. Non potevo avere rapporti sessuali. Prima di arrivare qui ero un disastro, cercavo di nascondere quanto fossi disperatamente preoccupata riguardo al mio futuro e avevo paura anche di sperare di poter essere curata. Mio marito mi ha convinta che avrei potuto trovare una soluzione se avessi trovato il dottore giusto. Dopo che diversi dottori si sono grattati il capo dichiarandomi un mistero (una frase che un paziente non vorrebbe mai sentirsi dire a meno che qualcuno non sia pronto a cercare di risolverlo) quando raggi-X, ultrasuoni, TAC, RMI, colonscopie, endoscopie, ricovero per insufficienza renale per troppi antibiotici, tutti i possibili esami del sangue, fisioterapia, agopuntura e dietisti si sono*

rivelati inutili, il mio morale era comprensibilmente a terra. Dopo che un trapianto di microbiota fecale, suggerito dallo specialista di una pop-star come “la soluzione a tutti i mali”, non ha fatto niente (tranne esaurire i miei risparmi), ho finalmente imparato a non montarmi la testa e a non credere alle false promesse. Quando ho finalmente fatto la visita, l'atteggiamento dei dottori era così professionale che fin dall'inizio è stato un sollievo. Il fatto che non ci fossero “promesse o predizioni” mi ha suscitato subito un senso di fiducia, aumentato dopo che mi è stata spiegata la necessità di un'analisi cauta e metodica, che aveva l'obbiettivo di mettere i tutti i puntini sulle i per arrivare in fondo al mistero. Questo approccio consapevole mi ha subito tolto un peso psicologico. Per la prima volta avevo fiducia nel fatto che un dottore avesse veramente a cuore il mio interesse invece di seguire semplicemente la sua agenda. Sono rimasta piacevolmente sorpresa dall'approccio combinato del team che coinvolgeva diversi dottori, il che ha aumentato la mia fiducia e il mio rispetto sapendo che si trattava di diversi cervelli impegnati nella soluzione del puzzle. Una volta giunti alla conclusione che un'operazione sarebbe stata la soluzione migliore, avevo già completa fiducia in loro, al di là del risultato. Ancora stento a credere che ci siano riusciti davvero. Sono rimasta senza parole. Ogni sintomo è stato curato. Sono senza parole, veramente! Mi sembra tutto un miracolo e continuo a darmi pizzicotti per essere sicura che non sia un sogno. Grazie. Questa parola non basta. Grazie per aver avuto il coraggio di spingervi oltre i canoni classici della medicina, di essere così all'avanguardia e di aver ottenuto qualcosa di incredibile. Grazie per la vostra generosità che ha permesso il mio intervento. Siete un gruppo straordinario. ...Fatemi sapere tutto quello che posso fare per aiutare la vostra causa. Per sempre grata...”. Abbiamo usato il Sistema TFS per creare legamenti artificiali che sostituissero quelli che erano stati strappati. Anche se nel capitolo precedente è stato detto che è possibile usare anche vecchie operazioni sostitutive, nessuna di queste sarebbe stata adeguata in questo caso. Siccome la paziente era giovane e i muscoli non erano danneggiati, una volta che i legamenti sono stati riparati i muscoli hanno potuto riprendere a funzionare: tutti i sintomi sono scomparsi e la paziente è guarita.

Il Dottor **Darren Gold** è professore in chirurgia alla Scuola Medica di St Vincent (University of New South Wales, Australia), e lavora come chirurgo coloretale e in chirurgia ricostruttiva del pavimento pelvico femminile insieme al Professor Petros a Sydney. Segretario della Società Internazionale di Pelviperineologia è stato uno dei membri fondatori del Gruppo per il Pavimento Pelvico nel sud dell'Inghilterra. Ha studiato il TFS e il Sistema della Teoria Integrale per le diagnosi e gli interventi. Ha tenuto numerose lezioni internazionali su stipsi, incontinenza fecale, emorroidi, dolore anale, ragadi anali, malattie infiammatorie dell'intestino (malattia di Crohn e colite ulcerosa). Laureato alla London University nel 1989 ha trascorso 11 anni, specializzandosi nel suo campo chirurgico presso il celebre ospedale St Mark di Londra. Nel 2000 è stato nominato chirurgo specialista coloretale all'ospedale Basingstoke nell'Hampshire, un'unità internazionalmente riconosciuta per il trattamento del cancro al colon-retto. In seguito è emigrato a Sydney con la moglie australiana.

8. Dieta e stile di vita per l'incontinenza

Una buona dieta è fondamentale per prevenire problemi intestinali, ma non tanto per quelli urinari sebbene evitando certi cibi se ne può prevenire il peggioramento.

Non bisogna ridurre la quantità di acqua introdotta ma bisogna gestirla bene. Il nostro corpo ha bisogno di 8 bicchieri d'acqua al giorno (più di un litro) per poter funzionare bene. L'acqua è necessaria per la digestione, per un'adeguata circolazione del sangue, per l'escrezione e per l'assorbimento di vitamine idrosolubili. Serve a produrre la saliva, i fluidi per le articolazioni e per regolare la temperatura corporea. Tuttavia, molte donne con problemi urinari riducono la quantità di liquidi ingeriti così da riuscire a controllare meglio l'urina. La cosa non ci sorprende, in quanto queste donne che soffrono di incontinenza da stress perdono più urina quando la vescica è piena. Lo stesso vale per il problema di incontinenza da urgenza. Il riflesso dello svuotamento viene attivato da un volume di urina minore rispetto alle donne normali. Sebbene il ridurre l'introduzione di fluidi possa essere una soluzione efficace, può essere utilizzata come soluzione temporanea in determinati contesti, ma non deve diventare una strategia utile a lungo termine. Un insufficiente volume di liquidi che passano attraverso la vescica può favorire la crescita batterica e le infezioni. La soluzione è usare buon senso nel gestire il problema, assicurandosi che, entro la fine della giornata, il minimo necessario di liquidi sia stato ingerito. Bere uno o due bicchieri di acqua appena alzati la mattina risciacqua i reni e la vescica. Si tratta quindi di imparare a gestire l'entrata di fluidi in relazione ai propri impegni, assicurandosi che entro la fine della giornata si siano bevuti un paio di litri di liquidi.

Evitare certi cibi e bevande. Alcuni cibi o bevande possono irritare la vescica. È una cosa individuale e non è chiaro come possano influenzare l'attività urinaria. È quindi necessario che ogni donna osservi cosa la fa urinare più spesso e che elimini o eviti queste cose. Bevande come tè, alcool e caffè causano una rapida produzione di urina e riempiono rapidamente la vescica con conseguente disidratazione, richiedendo un'assunzione maggiore di liquidi. Cibi acidi come gli agrumi e i pomodori, tè, caffè, sciroppo di mais, dolcificanti artificiali come l'aspartame o bibite gasate come la coca cola (anche light) possono irritare la vescica. Come abbiamo detto in precedenza, l'irritazione varia da persona a persona, pertanto bisogna osservare attentamente le proprie reazioni ed evitare gli alimenti più irritanti.

Alcuni alimenti possono causare diarrea o la produzione di gas intestinali peggiorando l'incontinenza fecale se presente: cibi piccanti, grassi e unti, salumi o carne affumicata, bibite gassate e anche i latticini se una donna è intollerante al lattosio. Ancora una volta è questione di osservare attentamente ed cercare di evitarli.

Bibite dissetanti che non irritano: acqua, spremute di frutta (uva, mela e mirtillo rosso) che rendono l'urina più acida, il che può prevenire il diffondersi di batteri nel tratto urinario. I batteri possono causare un'infezione del tratto urinario che, a sua volta, provoca il bisogno urgente di urinare. Il succo di mirtillo rosso (di buona qualità!) è particolarmente consigliato, in quanto è stato scientificamente provato che aiuta a prevenire le infezioni urinarie.

Diabete. Un buon controllo del livello di zuccheri è di cruciale importanza, in quanto la presenza di zuccheri nella vescica facilita la moltiplicazione dei batteri.

L'obesità è nemica della continenza e non solo perché il peso eccessivo aumenta la pressione sulla vescica ma anche perché i pazienti obesi hanno un maggior numero di complicazioni e minor successo dopo un intervento. In generale è molto importante avere una dieta bilanciata con assunzione adeguata di proteine e molta verdura fresca, evitando eccesso di zuccheri, grassi e carboidrati.

È sempre utile consultare un dietologo professionista per assicurarsi di avere una quantità adeguata di micronutrienti nella dieta come magnesio, calcio, vitamina B12, vitamina C e zinco.

Le fibre sono essenziali per il tratto intestinale. In genere aiutano a rendere le feci più morbide e facili da controllare. Le fibre si trovano soprattutto nella frutta, verdura, pane integrale e cereali. I dietologi raccomandano da 20 a 30 grammi di fibra al giorno, ma non dovrebbe essere ingerita tutta in una volta perché può causare pesantezza e flatulenza. Gli otto bicchieri d'acqua al giorno sono necessari per rendere efficaci le fibre e morbide le feci.

Aver cura dell'ano e della cute circostante è essenziale per evitare ulteriori problemi in caso di incontinenza fecale. La pelle intorno all'ano deve essere mantenuta pulita e asciutta il più possibile, per alleviare il fastidio ed eliminare l'odore associato all'incontinenza. Si raccomanda di lavare con acqua l'area anale dopo ogni evacuazione (vedi l'uso del getto igienico, pag.30 e 31). Se possibile, l'uso del bidet dopo ogni svuotamento o episodio di incontinenza è la soluzione ideale. Fare la doccia o un bagno sono altre possibili soluzioni se pur più complesse.

Il sapone può seccare e irritare la pelle quindi bisognerebbe usare saponi non aggressivi. Anche sfregare con la carta igienica può provocare abrasioni della pelle. Salviettine umidificate senza alcool possono essere una valida alternativa per mantenere pulita l'area. È importante asciugarsi bene. La cosa migliore è lasciare che l'area si asciughi all'aria ma, se non si ha tempo, un'alternativa è tamponare gentilmente l'area con carta igienica o con una salvietta.

Una crema protettiva aiuta ad evitare che la pelle irritata entri in contatto con le feci. È importante che l'area sia pulita e asciutta prima di applicare queste creme. Un comune borotalco applicato sulla pelle ben asciutta è un efficace metodo tradizionale per aiutare ad alleviare il fastidio anale.

Un buon sistema per l'igiene anale è rappresentato dal getto igienico applicabile a qualunque bidet (**Igiel** vedi pagine 30 e 31) che evita l'uso della carta igienica e favorisce il completamento della defecazione.

I vestiti devono essere comodi e la biancheria intima dovrebbe essere di cotone. Vestiti attillati possono limitare il flusso d'aria peggiorando i problemi alla pelle. La biancheria intima sporca dovrebbe essere cambiata immediatamente.

Assorbenti e mutande usa e getta sono un'altra soluzione che può aiutare a gestire il problema. È importante che gli assorbenti o pannolini per adulti abbiano uno strato assorbente in alto, per mantenere l'umidità lontana dalla pelle.

9. Un caso tipico: valutazione e intervento alla Clinica "Kvinno"

In questo capitolo una paziente descrive la sua esperienza presso il Centro clinic Kvinno, la prima clinica al mondo ad utilizzare il *Sistema Integrale (Integral Theory)*. "Kvinno" in lingua svedese significa "donna". Il Centro non esiste più nella sua sede originaria ma il *Sistema Diagnostico e Chirurgico Integrato* che lo caratterizzava è sempre più utiliz-

zato in tutto il mondo, seppur in modi diversi. Le pazienti vengono rese consapevoli di cosa sia *il pavimento pelvico*...

Il pavimento della tua pelvi è composto da fasci muscolari e altri tessuti elastici. Si allunga come una amaca dal pube anteriormente al coccige posteriormente. Per il fatto

che non si riesce a vederli, questi muscoli sono spesso trascurati pur essendo tra i più importanti muscoli nel corpo femminile: mantengono nella loro posizione vescica, utero e intestino retto e supportano anche i tre canali che portano all'esterno del corpo l'urina (uretra), le feci (canale anale), e il feto (vagina). Degli anelli muscolari (sfinteri) attorno a queste aperture fungono da valvole bloccando o facendo fuoriuscire, ad esempio, il flusso di urina.

Ecco il racconto della paziente.

“Ho telefonato per prenotare una visita. Una volta preso l'appuntamento, la segretaria mi ha spiegato il funzionamento della clinica. Mi avrebbe inviato una scheda informativa e un questionario riguardanti vescica e intestino: avrei dovuto compilarlo tranquillamente a casa e consegnarlo quando mi fossi recata alla clinica per la mia prima visita. Le risposte avrebbero così aiutato il dottore a diagnosticare quale parte del mio pavimento pelvico fosse danneggiata. Avrei dovuto presentarmi con la vescica “piuttosto piena” e portare un campione di urina per la analisi. Ricevetti anche schede informative sulla clinica.

La mia prima visita

Non appena arrivata, la segretaria verificò che avessi completato il questionario e chiese all'ostetrica di procedere con l'analisi delle urine. Una volta entrata in ambulatorio, il dottore lesse la richiesta del mio medico e mi chiese quale fosse il mio problema. Mi fece anche domande riguardanti la mia salute in generale, la mia nascita, le operazioni a cui ero stata sottoposta in passato, uso di farmaci e trasfusioni. In seguito, lesse il questionario che avevo compilato e commentammo insieme le risposte. L'obiettivo delle domande era quello di rilevare eventuali sintomi anomali che avrebbero potuto suggerire quale parte o parti della vagina erano state danneggiate. Mi mostrò l'immagine riportata qui di seguito e disse: “Non si preoccupi per i dettagli, guardi semplicemente le tre diverse colonne. Le spunte indicano dove c'è un problema. Come può vedere, ci sono tre aree potenzialmente danneggiate, nel legamento anteriore, centrale e posteriore, che presentano a loro volta sintomi e prolassi specifici.” Subito dopo mi spiegò che un prolasso non è altro che una protuberanza che dalla vescica, dall'utero o dall'intestino retto scivola e si sposta all'interno della vagina: in tutti i casi, si tratta di prolassi del pavimento pelvico che possono essere curati.

Il dottore mi invitò a guardare di nuovo il diagramma diagnostico.

Ad esempio, la prima domanda del questionario è: “Ha perdite di urina quando tossisce?” Avevo risposto “sì” a questa domanda. Il dottore mise una spunta alla colonna “incontinenza da stress” e mi spiegò che avevo un problema ai legamenti anteriori della vagina.

In una delle domande successive del questionario, avevo indicato che avevo la sensazione che la mia vescica non si svuotasse mai completamente, che soffrivo di incontinenza da urgenza, di stitichezza, di dolore al pavimento pelvico e che mi svegliavo quattro volte ogni notte per svuotare la mia vescica. Il dottore mi spiegò che questi sintomi indicavano un problema ai legamenti posteriori della vagina.

L'ostetrica poi tirò le tendine e mi invitò ad accomodarmi sul lettino per la visita. Mi spiegò che il dottore mi avrebbe fatto una visita interna ginecologica per verificare quali aree (anteriore, mediale o posteriore) della vagina fossero danneggiate.

Durante la visita il dottore mi chiese di tossire e confermò che avevo perdite di urina (incontinenza da stress). Successivamente utilizzò uno strumento per premere delicatamente in quella parte della vagina appena dietro l'osso pubico e mi chiese di tossire di nuovo. Mi accorsi che in questo modo non avevo perdite di urina e lui confermò che ciò dimostrava che il mio legamento anteriore era danneggiato. In seguito mi chiese di “spingere verso il basso”

- Legamento pubouretrale (PUL)
- Amaca/trampolino pelvico
- Legamento uretrale esterno (EUL)
- Fascia pubocervicale (PCF)
- Legamento cardinale/anello cervicale
- Arco tendineo della fascia pelvica (ATFP)
- Legamento uterosacrale (USL)
- Fascia retto-vaginale (RVF)
- Corpo perineale (PB)

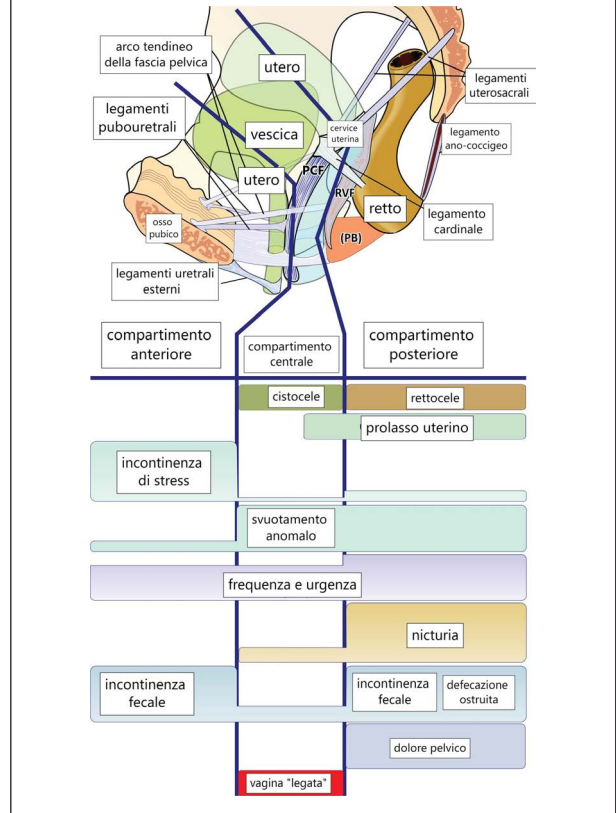


Fig 17 Il diagramma diagnostico viene utilizzato per spiegare la relazione tra i legamenti danneggiati e il prolasso ed i relativi sintomi. Il dottore indica i sintomi con una spunta e si ottiene una guida per comprendere quali legamenti sono stati danneggiati. L'altezza della colonna indica la probabilità che il sintomo venga rilevato in quella determinata parte della vagina.

(sforzo), così che potesse verificare l'eventuale presenza di un prolasso.

Il dottore esaminò i primi risultati e mi disse che aveva bisogno di ulteriori esami per poter stabilire la reale entità del mio problema. Tali esami includevano una ecografia, un diario minzionale di 24 ore che registra i liquidi introdotti, e gli episodi di perdite., un pad-test (test del pannolino) di 24 ore che ci dà una visione accurata di quante urine vengono perse in modo incontrollato durante un periodo di tempo e il test urodinamico che comprende le misure delle pressioni vescicali, dell'ammontare delle perdite di urina durante 10 colpi di tosse. Un dispositivo di misurazione pressoria di 2 mm di diametro viene inserito nell'uretra per misurare cosa accade durante le varie manovre. Un piccolo strumento endoscopico viene inserito nell'uretra per esaminare l'interno della tua vescica e per testare la forza dei tuoi sfinteri. Alla fine di questo test, potrai sederti su una vaschetta e svuotare la vescica. Il tempo totale per il test Urodinamico va approssimativamente dai 20 ai 30 minuti. L'ostetrica mi fornì alcune schede informative e ulteriori spiegazioni in dettaglio.

La mia seconda visita

Quando tornai alla clinica per effettuare gli ulteriori esami necessari, consegnai all'ostetrica il mio diario minzionale giornaliero e la bustina di plastica contenente tutti i pannolini bagnati che avevo usato nelle 24 ore precedenti. Mi chiese poi di svuotare la vescica. Mi accompagnò in un ambulatorio speciale per i test urodinamici, durante i quali mi sono sentita abbastanza a mio agio. Essi vengono effettuati in piedi e con un pannolino nello slip: è necessario dare 10 colpi di tosse per verificare la gravità dell'incontinenza da stress. Alla fine, l'ostetrica pesò il pannolino per misurare quanta urina avevo perso durante i colpi di tosse.

L'esame ad ultrasuoni non provoca alcun dolore. Una sonda ad ultrasuoni viene posizionata fuori dalla vagina e fa una fotografia in condizione di riposo. In seguito mi venne chiesto di tossire e di spingere verso il basso: riuscii ad osservare che la mia vescica assumeva la forma di un imbuto quando spingevo verso il basso e notai persino l'urina che usciva. Poi svuotai la vescica in un contenitore speciale che permette di misurare la quantità del flusso di urina e il tempo utilizzato per svuotare la vescica stessa. Una volta finito, gli ultrasuoni misurarono quanta urina era rimasta nella mia vescica: quest'ultima viene definita "urina residua".

Una volta terminati tutti gli esami, venni visitata dal medico. Egli esaminò tutti i risultati e li commentò insieme a me, uno ad uno: il diario minzionale, il test del pannolino, l'esame dei 10 colpi di tosse, gli ultrasuoni e i test urodinamici. Mi spiegò tutto utilizzando come riferimento l'immagine di una vagina e di una vescica e mi indicò quali legamenti erano danneggiati. Chiesi un po' preoccupata al dottore quale fosse l'entità del mio problema e quale riteneva fosse la migliore soluzione.

Il medico rispose che i risultati del test del pannolino indicavano che gli esercizi per il pavimento pelvico non avrebbero apportato grandi miglioramenti e che quindi avrei dovuto sottopormi a un'operazione chirurgica per rinforzare i legamenti anteriori e posteriori. Mi fornì alcune schede informative, mi disse di chiamarlo per qualsiasi dubbio e di ritornare prossimamente nel caso in cui decidessi di sottopormi all'operazione.

Ne parlai con mio marito e ritornai al centro.

Informazioni preoperatorie e consenso all'intervento chirurgico

Il medico mi mostrò un **modulo di consenso** al quale fece riferimento mentre mi spiegava i rischi e i benefici dell'intervento che mi aveva proposto e le possibili complicazioni. Mi incoraggiò a fargli qualsiasi tipo di domanda mi venisse in mente durante la procedura di consenso. Facendo di nuovo riferimento al modulo di consenso, mi descrisse anche altre terapie alternative, tra cui operazioni chirurgiche di altro tipo e i relativi rischi e benefici. Utilizzò un'immagine stampata e un disegno fatto a mano per illustrarmi come si proponeva di irrobustire i legamenti danneggiati inserendo delle piccole fascette. Aggiunse anche che l'intervento era quasi indolore e poteva essere effettuato con un ricovero molto breve. Soltanto nel caso in cui si avessero difficoltà a far scorrere urina subito dopo l'intervento, sarebbe necessario un ricovero di maggiore durata: si tratta però di casi molto rari e comunque di un problema temporaneo che avrebbe comportato soltanto l'uso di un catetere per qualche giorno. Rilessì quindi il modulo di consenso, commentammo insieme ogni punto con maggiore attenzione, comprese anche le complicazioni dell'operazione proposta, terapie alternative e perché il dottore ritenesse che queste ultime fossero poco efficaci per il mio caso.

Informazioni preoperatorie: Requisiti per il digiuno. Se l'intervento viene eseguito sulla lista mattutina non devi aver mangiato, bevuto o fumato nulla dalla mezzanotte del giorno prima. Se l'operazione verrà eseguita al pomeriggio è permesso fare una leggera colazione al mattino

prima delle 7:00 e non va più bevuto, mangiato o fumato nulla prima dell'intervento. Con una colazione leggera si intende: una fetta di pane tostato, tazza di tè/caffè oppure mezza tazza di cereali, tazza di tè/caffè. Si richiede di depilarsi bene attorno all'area pubica. Notificare al Dr P... se dovessero insorgere tosse o raffreddore prima dell'intervento o iniziare il ciclo mestruale. Per favore porta un pacchetto di assorbenti in ospedale con il tuo abbigliamento da notte e articoli da toeletta.

Informazioni sulle possibili complicanze

Le complicanze sono rare, ma è giusto capire e accettare che possono insorgere. Le complicanze che possono insorgere includono, ma non sono limitate a:

- infezione - potrebbe essere una semplice infezione urinaria o pelvica che richiede solo l'utilizzo di antibiotico. tuttavia un ascesso pelvico potrebbe richiedere l'utilizzo di un drenaggio.
- emorragia - è estremamente rara, ma viene controllata dopo l'intervento
- ritenzione di urine - è raro, ma se accade, è necessario posizionare un catetere
- lesione della vescica - durante la dissezione, potrebbe essere effettuata un'incisione della vescica. questa verrà riparata e inserito un catetere
- lesione dell'uretere - l'uretere che porta l'urina dal rene alla vescica potrebbe essere piegato o lesionato. questo può causare sofferenza renale e possibile formazione di una fistola, richiederà un'operazione addominale per correggere e reimpiantare l'uretere in vescica
- lesione all'intestino - se c'è un enterocele, l'intestino potrebbe essere agganciato dalla sutura, e questo richiede un'incisione addominale per la correzione
- trombosi venosa profonda - è una complicanza possibile in ogni operazione, ma molto rara in questo tipo di intervento dove vieni mobilizzato quasi immediatamente
- va enfatizzato che le complicanze sono estremamente rare in questo tipo di intervento, e la maggior parte di quelle sopra elencate non sono ancora state riscontrate.

Le prime 12 delle 24 ore post-operatorie: Ti sveglierai nella sala ricovero di anestesia post-operatoria. Potresti avere una maschera per l'ossigeno posizionata sul tuo naso e sulla bocca. Ci sarà un ago cannula posizionato nel tuo braccio. Verrà prescritta una terapia analgesica come prevenzione e per il dolore postoperatorio. Il dolore solitamente è minimo. Potrebbe essere necessario che ti facciano un'anestesia spinale, in questo caso le aree delle tue gambe e dalla vita in giù potrebbero essere intorpidite nelle poche ore prima che l'anestesia spinale svanisca. Alcuni pazienti manifestano nausea e vomito durante le prime ore prima del rientro in reparto. Routinariamente viene prescritta durante l'intervento una terapia per contenere nausea e vomito. Lo staff infermieristico misurerà la tua urina durante le prime 12 ore delle 24 postoperatorie per verificare che non ci sia ritenzione (incremento eccessivo di urina in vescica). Se non urini abbastanza, lo staff infermieristico dovrà effettuare un cateterismo in estemporanea per monitorare la tua vescica. Questo catetere non rimarrà nella tua vescica.

Cosa fare una volta a casa?

Durante le 6 settimane successive all'operazione ho dovuto evitare di sollevare pesi eccessivi, fare attività fisica, accucciarmi, fare sforzi e avere rapporti sessuali per evitare il rischio che i punti di sutura di strappassero. Ciononostante, dopo pochi giorni ero in grado di guidare, andare a fare la spesa e al lavoro, sempre facendo attenzione ad evitare di allargare troppo le gambe o piegarmi verso il basso senza piegare le ginocchia. Quando dovevo entrare

o uscire dalla mia automobile, dovevo tenere le gambe vicine tra loro e spostare a lato le ginocchia mantenendole attaccate l'una all'altra.

Mi dissero che generalmente i pazienti sentono pochissimo dolore dopo l'operazione ma, nel caso in cui percepissi un dolore troppo forte, avrei dovuto immediatamente contattare il dottore come mi era stato suggerito. Inoltre nei giorni successivi all'operazione, possono avvenire piccole perdite di sangue molto scuro ma non c'è motivo di preoccuparsi. Nel caso in cui tali perdite fossero diventate eccessive durante le prime 48 ore e soprattutto nel caso fossero accompagnate da grumi di sangue, avrei dovuto contattare immediatamente il medico.

Anche nel caso di febbre dopo l'operazione, avrei dovuto immediatamente contattare il medico, dato che avrebbe potuto trattarsi di un sintomo di un'infezione. L'ostetrica mi fornì alcune schede informative e le lessi con grande attenzione, dato che contenevano tutte le informazioni utili che riguardavano la mia operazione. Dato che avrei trascorso un solo giorno in ospedale, avrei dovuto farmi visitare dal medico una settimana dopo l'intervento.

Una volta terminata la procedura di consenso mi venne chiesto se avevo capito tutto ciò che bisognava sapere sull'intervento e se avevo domande; firmai il modulo di consenso dove poi il dottore aggiunse anche la data e la sua firma.

Il dottore compilò un ulteriore modulo che comprendeva la richiesta di alcuni esami del sangue da effettuarsi prima dell'operazione e di un tampone vaginale per controllare la presenza di batteri che avrebbero potuto provocare un'infezione dopo l'intervento. Inoltre, mi fornì una supposta da utilizzare la sera prima dell'intervento per svuotare completamente l'intestino e mi prescrisse delle pillole antibiotiche da prendere a loro volta la sera prima dell'intervento. L'ostetrica mi accompagnò dalla segretaria che prese l'appuntamento per una visita dall'anestesista, mi fornì alcune informazioni aggiuntive, ulteriori informazioni specifiche riguardanti la mia operazione e altre schede informative. Avrei dovuto smettere di assumere qualsiasi tipo di compressa di aspirina prima dell'operazione e portare alla visita con l'anestesista l'elenco di tutti i medicinali che stavo assumendo in quel momento.

10. Conclusione “Cosa faccio, dove vado?”

Le tecniche e le terapie descritte in questo libro vogliono offrire aiuto e speranza ai milioni di donne che soffrono dolori sia fisici che psicologici legati a problemi di incontinenza urinaria ossia della vescica, fecale, ossia dell'intestino nonché al dolore pelvico cronico. Non c'è motivo di restare a soffrire in silenzio e nemmeno c'è bisogno di accettare affermazioni demotivanti secondo le quali non esistono cure possibili per sintomi quali dolore pelvico cronico, nicturia, incontinenza da urgenza, svuotamento incompleto della vescica e, anche in molti casi, incontinenza fecale. Ci teniamo a sottolineare che molti di questi sintomi possono essere curati o significativamente migliorati nell'arco di poco tempo tramite il rinforzo dei legamenti danneggiati, grazie a esercizi muscolari oppure procedendo alla ricostruzione dei legamenti con gli interventi chirurgici minimamente invasivi che sono stati descritti nei diversi capitoli del libro.

“Possiamo aiutare anche te, così come le tante donne che si sono rivolte alla clinica Kvinno. Sii coraggiosa e parla dei tuoi problemi con un medico competente nella Teoria Integrata. Sfrutta le informazioni presenti in questo libro per prendere in mano la situazione e ottenere una migliore qualità di vita. Porta con te questo libro dal medico e parla con lui di uno dei casi che asso-

Follow up/controlli Viene fissato un appuntamento iniziale la settimana dopo l'intervento, o prima se insorgono problematiche. Ci sarà un ulteriore appuntamento a 6 settimane. Potrebbero manifestarsi alcune perdite vaginali durante i primi giorni dopo l'intervento. Dovresti essere in grado di urinare normalmente. Per i primi giorni potresti avere un po' di incontinenza da urgenza. Desiderio di urinare frequentemente. Questo potrebbe essere il risultato del catetere usato per l'intervento o a causa del gonfiore attorno alle suture.

Risultati dell'intervento Il risultato di ogni intervento non può essere garantito, ma se sei diligente, i risultati di solito sono eccellenti. Tuttavia, a differenza di altri tipi di riparazioni vaginali, in questo caso è possibile curare il prolasso con un minimo disagio e un rapido ritorno alle normali attività, perché la parete vaginale non viene escissa. Se non c'è miglioramento è necessario rimuovere le suture per evitare danni ai tessuti, ma poiché la vagina non viene escissa l'operazione può essere aggiustata facilmente in seguito per migliorare i risultati.

Operazione conclusa con successo

Il mio intervento è andato bene. Inizialmente avevo un po' di dolore, soprattutto dove mi erano stati applicati i punti di sutura, ma è migliorato subito una volta che mi sono stati rimossi prima di essere dimessa dall'ospedale. Ho effettuato una visita dal medico una settimana dopo l'intervento e un'altra sei settimane dopo, per un controllo più approfondito. Utilizzò il mio questionario come riferimento per controllare i miei sintomi. La nicturia era stata risolta visto che mi alzavo una sola volta durante la notte per recarmi in bagno. Soffrivo ancora di incontinenza da urgenza ma avevo perdite molto raramente. Il dolore alla zona pelvica non era scomparso, ma potevo constatare un miglioramento pari almeno al 90%. Riuscivo a svuotare meglio la mia vescica e gli ultrasuoni dimostravano che la quantità di urina che vi rimaneva era molto limitata. Il dottore mi chiese di tornare tre mesi dopo per un ulteriore controllo.

migliano di più alla tua situazione. Tutti questi principi sono ampiamente conosciuti e scientificamente dimostrati: è il medico che ha il dovere di essere informato su questi metodi innovativi”.

Nella comunità scientifica, i principi che hanno ispirato le terapie negli ultimi 100 anni sono cambiati. Un fattore essenziale che ha determinato questo cambiamento è la messa in discussione scientifica dell'urodinamica (misurazione della pressione della vescica) come guida per curare i pazienti. La valutazione urodinamica costituiva il fondamento del pensiero *tradizionale*. Si è sempre pensato che nel caso in cui una paziente presentasse determinati risultati urodinamici con incontinenza da urgenza o nicturia, non si potesse prendere in considerazione un intervento chirurgico. Ciò non è soltanto sbagliato, ma ha anche conseguenze tragiche, dato che il fallimento di questo metodo condanna milioni di donne a una vita infelice.

Autodiagnosi

L'autodiagnosi non è consigliata nemmeno a chi ha fatto studi di medicina! Tuttavia, per informarsi al meglio, è utile comprendere il diagramma diagnostico (fig. 18) che permette di prevedere l'origine dei sintomi, seppur in maniera appross-

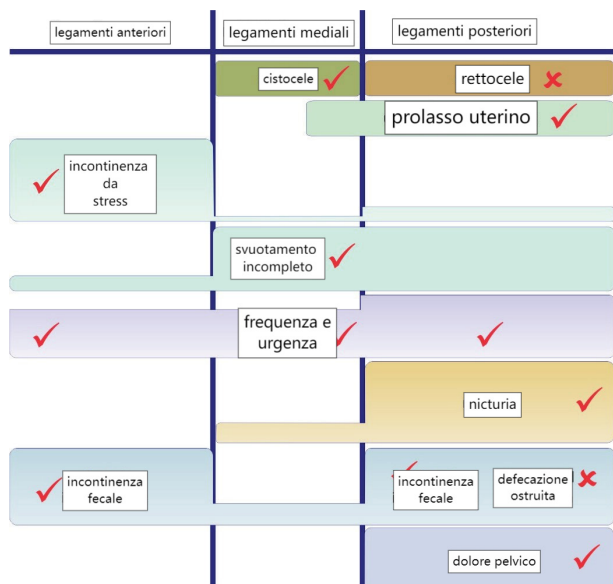


Fig. 18 Diagramma diagnostico che mostra la relazione causale tra legamenti danneggiati, prolasso e sintomi. Leggere dall'alto verso il basso per ciascun legamento.

simativa. Osservandolo si possono vedere immediatamente quali legamenti potrebbero causare un particolare problema. Dall'inizio di ogni colonna si deve scorrere verso il basso.

Test del tampone

Si tratta di un esame, non di una terapia. Esso può confermare se un legamento posteriore lasso è la causa dei sintomi. Dovrebbe essere eseguito quando la vescica è sufficientemente piena da presentare i sintomi. Inserire un tampone assorbente (Tampax, OB, 1 super o 2 normali) nella parte posteriore della vagina, spingendoli il più possibile. Se il dolore o i sintomi di incontinenza da urgenza scompaiono, si tratta di una valida indicazione che i legamenti lassi potrebbero essere la causa del problema e che i sintomi sono potenzialmente curabili e possono essere eliminati.

Cosa puoi fare per migliorare? Alcuni semplici accorgimenti nella vita di tutti i giorni possono aumentare la tonicità dei muscoli e migliorare significativamente i sintomi, ad esempio la "cultura" dello squat (accovacciamento): piuttosto che piegarti per raccogliere qualcosa, accovacciati e fai lo stesso anche durante i lavori di casa. È utile anche sedersi su una "gym ball" di gomma, una palla, al lavoro o mentre guardi la tv, piuttosto che su una sedia. Questi esercizi allenano tutti i muscoli pelvici e sono molto efficaci anche in periodi brevi di tempo, soprattutto nelle pazienti giovani e di mezza età che devono risolvere problemi alla vescica e all'intestino oppure lamentano qualche tipo di dolore pelvico. Se effettuati con le adeguate precauzioni possono anche essere utili in pazienti più anziane.

Gli esercizi per rinforzare i muscoli addominali non sono soltanto un esercizio utile per la parte centrale del corpo, ma anche per il pavimento pelvico. Infatti, quando i muscoli addominali si contraggono, lo fanno anche i muscoli pelvici. Per questo motivo si consiglia di fare addominali tutte le mattine. Vanno eseguiti in isometria e possibilmente in espirazione. Bastano 1 o 2 minuti e aiutano a prevenire il dolore pelvico e lombare cronico.

Senta Dottore, questo è il mio problema.

È la paziente che deve mettere fine alla *congiura del silenzio* diffondendo il messaggio fondamentale di questo libro, prima ad altri pazienti e poi ai medici, poiché molte problematiche che si considerano incurabili possono in realtà essere curate o migliorate nella maggior parte dei casi.

Spesso non si sa che la TVT (Fig.19) può essere efficace anche per altre problematiche oltre all'incontinenza da stress, come spiegato nei casi del capitolo 4.

Fig 19- Chiunque legga questa pubblicazione può portarla dal suo medico per discutere un caso di suo interesse tra quelli presentati nei capitoli 4,5 o 6. Il medico conoscerà la TVT, ossia l'operazione che prevede l'inserimento di una bendarella sintetica sotto l'uretra per curare l'incontinenza urinaria da stress, un'operazione conosciuta in tutto il mondo, efficace nel 90% dei pazienti e rinforza il legamento anteriore.



È un altro aspetto ignorato da molti è che i legamenti posteriori sono una delle cause principali di sintomi invalidanti come urgenza, nicturia, incapacità di svuotamento, alcuni tipi di dolore pelvico cronico e anche alcuni sintomi intestinali. Alcune operazioni estremamente semplici permettono di irrobustire i legamenti posteriori, ma sono meno efficaci delle tecniche di rinforzo con fascia TFS nei casi affrontati in questo libro e descritte in tutti i loro dettagli nel capitolo 4 del libro specialistico "The Female Pelvic Floor", Terza Edizione, di PEP Petros, Springer, 2010, Il pavimento pelvico femminile, CIC Edizioni Internazionali, Roma Seconda Edizione, 2007, così come in alcune pubblicazioni scientifiche disponibili sul sito www.integraltheory.org che ne provano la validità oppure www.pelviperrineology.org o facendo una ricerca sul web in altre riviste mediche di settore utilizzando parole chiave quali "Tissue Fixation System", TFS, Integral Theory (Teoria Integrale), posterior sling repair (riparazione del legamento posteriore) e altre parole che avete trovato in questo testo.

L'operazione più semplice per accorciare i legamenti posteriori è sicura e minimamente invasiva. Si può eseguire anche in anestesia locale tramite una piccola incisione orizzontale di 3-4 cm dietro alla cervice e accorciando i legamenti posteriori solo con normali punti di sutura. Questa operazione così semplice ha portato, dopo soli 3 mesi, a queste percentuali di miglioramento: incontinenza da urgenza, 55%; svuotamento anormale, 60%; dolore pelvico, 75%; dolore provocato da penetrazione profonda durante i rapporti sessuali, 68%, nicturia (necessità di svegliarsi la notte per urinare) 68%. Percentuali ancora più alte potrebbero essere osservate per gli stessi sintomi e in un periodo di tempo più ampio, utilizzando una sottile sling sintetica per rinforzare i legamenti posteriori.

Il fatto che anche il più semplice di questi metodi non sia conosciuto dai medici è un elemento di particolare interesse per gli autori. Al momento, le donne che presentano i sintomi affrontati in precedenza si sentono ancora dire che non c'è alcuna soluzione al loro problema e che dovranno imparare a convivere con esso, ma ciò non è altro che un crudo contributo alla passiva "congiura del silenzio". Queste donne, alcune delle quali hanno soltanto 30 o 40 anni, vengono condannate a convivere con il dolore, l'imbarazzo e la progressiva distruzione della loro autostima.

L'obiettivo di questa pubblicazione è proprio quello di far capire alle donne che possono prendere in mano la loro situazione e diventare lo stimolo che conduca al cambiamento di pensiero necessario per portare aiuto e speranza a coloro che soffrono di patologie non solo potenzialmente curabili, ma addirittura curabili con metodi minimamente invasivi.

Dati scientifici e specialisti di questo metodo

La professione medica richiede giustamente che i dati scientifici vengano pubblicati in riviste mediche recensite, *peer reviewed*, prima di prendere la decisione di considerare nuove terapie. La Tabella 1 è un esempio di una delle numerose pubblicazioni riguardanti il Sistema Integrale. Riassume informazioni che riguardano i casi affrontati in questo libro.

Table 1 Symptom Outcome – 67 patients.⁴

Symptom change with surgery	% cure in brackets				
	Frequency > 10/Day	Nocturia > 2/night	Urge incontinence > 2/day	Abnormal emptying	Pelvic pain
Australia ⁴					
<i>n</i> = 23 (87%) <i>P</i> ≤ 0.005	<i>n</i> = 27 (63%) <i>P</i> ≤ 0.005	<i>n</i> = 47 (83%) <i>P</i> ≤ 0.005	<i>n</i> = 36 (78%) <i>P</i> ≤ 0.005	<i>n</i> = 53 (73%) <i>P</i> ≤ 0.005	<i>n</i> = 46 (86%) <i>P</i> ≤ 0.005
Japan ⁵ 336 patients					
<i>n</i> = 52 (82.7%)	<i>n</i> = 179 (84.9%)	<i>n</i> = 129 (60.5%)	<i>n</i> = 171 (91.2%)	NA NA	<i>n</i> = 76 (71.1%)

© 2013 The Authors

325

ANZJOG © 2013 The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists



Tab. 1- Dati riferiti a 403 pazienti con sintomi giudicati “incurabili” dopo l’inserimento di una sling (benderella) TFS per rafforzare i legamenti posteriori della vagina. La prima riga descrive i sintomi, “n” corrisponde al numero di casi per ogni sintomo, la percentuale tra parentesi nell’ultima riga indica la percentuale di pazienti che presentavano il sintomo specificato in alto che sono state curate dall’operazione.

Questi dati confermano che numerosi sintomi che si considerano incurabili come incontinenza fecale, nicturia (necessità di svegliarsi la notte per urinare), incontinenza da urgenza (incapacità di controllare la vescica), dolore cronico

al basso addome o dolore pelvico, eccessiva frequenza (frequente bisogno di urinare), incapacità di svuotare la vescica adeguatamente, sono curati o significativamente migliorati grazie al rinforzo dei legamenti posteriori della vagina.

GLOSSARIO

Ano Orifizio posto alla fine del canale anale. Quest'ultimo ha una lunghezza di 3-4cm ed è circondato dallo sfintere.

Campione di urina a metà del getto Durante il flusso, si preleva il campione di urina a metà del getto con un contenitore sterile.

Cateterizzazione Un tubicino che viene inserito attraverso l'uretra per permettere lo svuotamento della vescica.

Cistite Infezione della vescica.

Cistite ricorrente Infezione alla vescica che si presenta ripetutamente.

Cistocele Prolasso della vescica nella parete anteriore della vagina.

Collagene. È il materiale costituito da catene proteiche legate tra loro che fornisce forza alla struttura corporea. Ha la stessa funzione del ferro nel calcestruzzo armato.

Centro tendineo del perineo Struttura solida che separa la parte inferiore della vagina dall'ano. Supporta la vagina dal basso. Se danneggiato, l'intestino il retto potrebbe tendere a scivolare all'interno della vagina (rettocele).

Colpocele Termine corretto per definire il prolasso della parete vaginale posteriore con coinvolgimento del retto (rettocele) o dell'intestino (enterocele), anteriore con coinvolgimento della vescica (cistocele) o dell'utero (isterocele).

“Cultura” dello squat (accovacciamento) Abituarsi a fare sempre uno squat per raccogliere qualcosa da terra, piuttosto che piegarsi. Ciò rinforza automaticamente tutti i muscoli pelvici.

Difficoltà di svuotamento della vescica Sintomi: flusso lento, interruzione del flusso, piccole perdite in posizione eretta dopo lo svuotamento, sensazione che la vescica non sia totalmente vuota.

Dolore pelvico Dolore prolungato, spesso intenso, nella parte inferiore dell'addome, durante rapporti sessuali, all'entrata della vagina o nella parte inferiore dell'uretra.

Enuresi notturna Perdita di urina durante il sonno.

Esercizi per il pavimento pelvico (Kegel) In caso di incontinenza urinaria si insegna alla paziente a “spingere” verso l'alto i muscoli del pavimento pelvico. Ciò impedisce la perdita di urina.

Esercizi per il pavimento pelvico (Tecnica integrata) I muscoli pelvici vengono allenati per aprire e chiudere l'ano e l'uretra in maniera più efficace. Funzionano anche quando il paziente tossisce involontariamente.

Esercizi per rinforzare la vescica Sono utili per contrastare l'eccessiva frequenza minzionale. La paziente impara a “trattenersi” per periodi sempre più lunghi così da diminuire la frequenza urinaria.

Fascia medio-uretrale o TVT Operazione per curare incontinenza urinaria da stress (perdita di urina quando si tossisce). Si posiziona un breve nastro di polipropilene al di sotto della parte centrale dell'uretra.

Fistola Connessione anomala che generalmente unisce vescica o intestino alla vagina e che causa passaggio di urina o feci dalla vagina.

Frequenza minzionale eccessiva Necessità di urinare spesso durante il giorno.

Gym ball Grande palla utilizzata per fare esercizi di ginnastica per i muscoli del pavimento pelvico.

Incontinenza da urgenza Perdita di urina prima di arrivare in bagno e sensazione di non riuscire più a trattenersi.

Incontinenza anale Perdita involontaria di feci solide, liquide e gas intestinali.

Incontinenza urinaria da stress Perdita di urina con lo sforzo (colpo di tosse, sollevamento pesi).

Intervento di rinforzo tramite mesh per prevenire il prollasso Reti (*mesh*) in propilene (larghezza 10x15 cm e lunghezza tra 5 e 8 cm) vengono posizionate nella parte posteriore della vagina o all'interno della cavità addominale per evitare il prollasso dell'utero, vescica o intestino.

Intervento robotico Tipo di intervento chirurgico effettuato dal chirurgo con controllo a distanza osservando uno schermo in 3D.

Intestino retto Gli ultimi 15cm dell'intestino, fino all'ano.

Isterectomia Rimozione dell'utero, attraverso l'addome (isterectomia addominale) o la vagina (isterectomia vaginale).

Laparoscopia Intervento chirurgico eseguito attraverso strumenti introdotti nella cavità addominale attraverso piccole incisioni della parete addominale stessa. È una delle modalità attraverso le quali si effettuano interventi per il prollasso.

Legamenti anteriori Sostengono l'uretra. Il loro rilassamento comporta principalmente incontinenza da stress con o senza urgenza.

Legamenti centrali Sostengono la parete vaginale anteriore e (in parte) l'utero. Il loro rilassamento comporta pertanto cistocele, una protuberanza della vescica all'interno della vagina, accompagnato o meno da sintomi quali incontinenza e problemi di svuotamento della vescica.

Legamenti posteriori Supportano l'utero (in parte) e la parete posteriore della vagina. Il loro rilassamento può provocare prollasso uterino e sintomi di nicturia, incontinenza da urgenza, problemi di svuotamento della vescica e dolore pelvico cronico.

Legamenti Si tratta di strutture simili a corde che sostengono la vagina e l'utero, come fossero i cavi di un ponte sospeso. La maggioranza della loro forza è dovuta alla presenza di collagene.

Macrofagi Speciali cellule bianche che distruggono microrganismi.

Menopausa Per una donna, corrisponde alla scomparsa del ciclo mestruale.

Mini sling Una piccola fascia (*sling*) di nastro di materiale sintetico utilizzata per rinforzare i legamenti anteriori.

Muscoli pelvici Supportano dal basso la vagina, la vescica e l'intestino. Inoltre, aprono e chiudono l'uretra e l'ano.

Nitturia Bisogno di urinare durante il riposo notturno.

Perineocele Protuberanza della parete anteriore del retto lungo il centro tendineo (spazio tra ano e orifizio vaginale) senza coinvolgimento della parete posteriore della vagina. È molto frequente nelle donne che hanno partorito, quasi sempre asintomatico e spesso confuso con il rettocele, che invece coinvolge la parete vaginale posteriore e si definisce più propriamente colpocele posteriore.

Pessari Anello in gomma o in silicone che si posiziona nella vagina per impedire che la vescica, l'intestino o l'utero prollassati scivolino all'interno della vagina.

Polipropilene Tipo di polimero plastico utilizzato sotto forma di piccole fascette e ben tollerato dal corpo umano.

Prolasso Protrusione/fuoriuscita da un orifizio naturale (ano, vagina) o abbassamento (in vagina) di una parte del corpo causato da legamenti e i tessuti troppo deboli.

Prolasso uterino Scivolamento dell'utero all'interno della vagina.

Relaxina Ormone che allenta i legami che mantengono le fibre di collagene fisse all'interno dei legamenti e della vagina, così che questi si distendano in preparazione al travaglio.

Rettocele Protuberanza nella parete posteriore della vagina adiacente al retto. Più propriamente definita "colpocele posteriore". Da non confondere con il perineocele.

Sintomo Campanello di allarme dal cervello che avvisa della presenza di un problema in qualche parte del corpo.

Sistema integrale Sistema per la diagnosi e la cura dei legamenti lassi basato sulla Teoria Integrale. Tale teoria sostiene che tutti i prolassi e la maggior parte dei sintomi di vescica, intestino e dolore pelvico cronico siano causati dal rilassamento della vagina o dei legamenti (strutture) che la sostengono.

Stitichezza o stipsi Defecazione insoddisfacente in senso ritentivo, difficoltà a svuotare l'intestino. Il paziente deve generalmente sforzarsi per riuscire a svuotarlo.

Svuotamento incompleto La vescica non si svuota adeguatamente.

Tecnica di Manchester Intervento antico ma ancora riconosciuto come un'ottima operazione per curare il prolasso uterino. Il legamento mediale e posteriore vengono accorciati ed uniti.

Teoria integrale Stabilisce che tutti i prolassi e la maggioranza dei sintomi di vescica, intestino dolore pelvico cronico sono causati dal rilassamento della vagina o dei legamenti (strutture) che la sostengono.

Terapia ormonale sostitutiva (TOS) Impiego di ormoni per sostituire gli estrogeni che non vengono più prodotti dalle ovaie dopo la menopausa.

Vagina Legata Eccessiva presenza di cicatrici nella vagina a causa di interventi chirurgici precedenti. Il sintomo distintivo è l'improvvisa perdita di grande quantità di urina non appena ci si sveglia la mattina.

TVT Operazione chirurgica per curare l'incontinenza urinaria da stress (perdita di urina quando si tossisce). Una piccola striscia di polipropilene viene posizionata sotto la parte centrale dell'uretra.

Uretra Canale che permette di svuotare la vescica.

Urodinamica Esame diagnostico che misura la pressione della vescica e valuta il flusso durante la minzione.

Vescica iperattiva Condizione in cui la paziente riferisce i seguenti sintomi: impossibilità di "trattenersi" (urgenza minzionale), andare spesso in bagno durante il giorno (frequenza minzionale) o si sveglia durante la notte per urinare (nicturia).

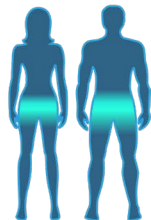
Vescica Organo deputato alla raccolta dell'urina.

Volume residuo di urina Quantità di urina rimasta nella vescica dopo la minzione.

Vulvodinia Dolore o bruciore nella regione vulvare.

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 cucchiaini) 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. E' 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.



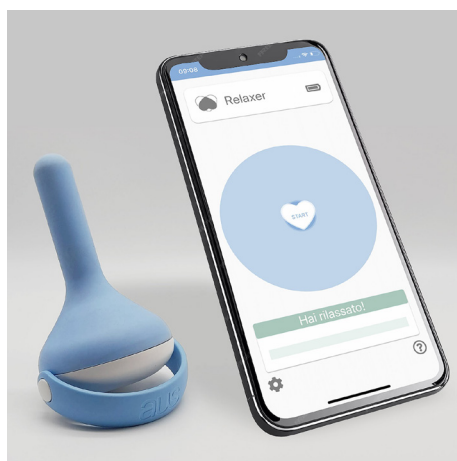
INTELLISTIM dispositivo professionale ad uso domiciliare per il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale con l'elettrostimolazione perineale.

LA PELVI SICURA



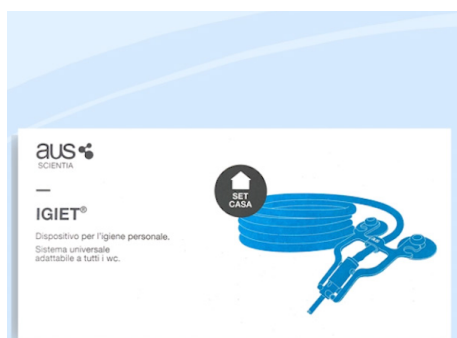
PULSACLIS Kit Irrigazione Trans Anale

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®

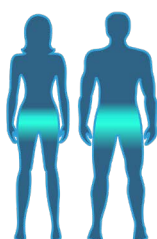
È un dispositivo wireless studiato per lo svolgimento degli esercizi mirati al rilassamento dei muscoli pelvici a livello anale, urinario e sessuale. La sonda, di 6 x 1,5 cm, è elasticamente deformabile e sensibile alla pressione sfinterica. Contiene un sensore di pressione che emette un segnale audio 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.

sapimed

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

