

## Incontinenza fecale

### La manometria anorettale nell'incontinenza anale: indicazioni, reale utilità e tecniche di esecuzione

F. PUCCIANI

Chirurgo Proctologo - Firenze

La manometria anorettale è una tecnica diagnostica funzionale, specifica per lo studio dei disordini della defecazione, che, nel caso dell'incontinenza fecale, offre dati decisivi per la comprensione della sua fisiopatologia e per la strategia terapeutica da adottare.

Utile premessa è ricordare che l'incontinenza fecale è spesso di origine multifattoriale perché conseguenza di coesistenti alterazioni di alcuni meccanismi deputati alla continenza (sfinteri anali, sensazione rettale, capacità rettale, integrità del pavimento pelvico e della sua innervazione, consapevolezza corticale, volume e consistenza delle feci). Il "work-up" diagnostico dell'incontinenza fecale si basa pertanto su tecniche di imaging (ecografia endoanale, defeco-RMN), che identifichino le lesioni anatomiche pelvi-perineali, e su tecniche funzionali (manometria anorettale, test neurofisiologici anali) che valutino la funzione neuromuscolare del complesso anorettale. La diagnosi finale è concretizzata dall'integrazione dei dati ottenuti dalle varie tecniche ed in questo contesto la manometria anorettale è abitualmente utilizzata per identificare difetti della funzione sfinteriale anale, alterazioni della sensazione rettale, modificazioni della "compliance" (distensibilità) rettale. A dire il vero, però, la sua utilità clinica è limitata dall'assenza di standardizzazione di protocolli operativi e di valori di normalità universalmente accettati, cosa che rende poco comparabili lavori scientifici realizzati in sedi diverse<sup>1</sup>. In ogni caso la manometria anorettale è considerata una tecnica di grande importanza per la diagnosi ed il trattamento dell'incontinenza fecale<sup>2</sup>.

L'esecuzione routinaria della manometria anorettale contempla diverse fasi:

- Esplorazione dell'apparato sfinteriale anale, nelle sue componenti liscia e striata.  
La pressione basale del canale anale (ARP: *Anal Resting Pressure*) riflette le attività toniche dello sfintere anale interno (55% dell'ARP) e dello sfintere anale esterno (30% dell'ARP) con una modesta partecipazione dei cuscinetti emorroidari (15% dell'ARP)<sup>3</sup>.  
La contrazione massima volontaria (MVC: *Maximal Voluntary Contraction*), ottenuta richiedendo la contrazione massima dell'ano, riflette l'attività contrattile dello sfintere anale esterno.
- Valutazione del riflesso rettoanale inibitorio (RAIR: *Recto-Anal Inhibitory Reflex*). Il RAIR è il riflesso inibitorio dell'attività tonica dello sfintere anale interno, indotto dalla distensione dell'ampolla rettale. Esso è parte del riflesso di campionamento che permette la tipizzazione del contenuto rettale, innescando l'atto defecatorio o l'emissione di gas<sup>4,5</sup>.
- Rilevazione della sensazione rettale. La percezione volumetrica di feci o gas nel retto è riprodotta tramite la distensione di un palloncino a volumi crescenti. Il volume soglia di percezione cosciente (CRST: *Conscious Rectal Sensitivity Threshold*) è il più basso volume percepito. La sensazione costante (CS: *Constant Sensation*) indica il volume che richiede la defecazione. Il volume massimo tollerato (MTV: *Maximal Tolerated Volume*) misura la soglia massima del volume che richiede, per la sensazione di dolore, un'urgenza defecatoria.

- Monitoraggio della *compliance* rettale. Misurata dai rapporti pressione/volume dati da volumi crescenti di distensione rettale, esprime l'adattamento della parete rettale al riempimento fecale dell'ampolla rettale.

Una recente innovazione tecnologica (manometria anorettale ad alta risoluzione) sembra proporre interessanti espansioni diagnostiche<sup>6</sup>. Un catetere allo stato solido, dotato di 36 sensori circolari, rileva le pressioni retto-anali, tramite una rappresentazione grafica con una scala colorimetrica, della registrazione pressoria di tutto il tratto esaminato. Allo stato attuale, pur rilevando le stesse misurazioni della manometria tradizionale a perfusione, sembra offrire in più la valutazione della coordinazione retto-anale "in toto" durante le varie fasi di registrazione. Indipendentemente dalla modalità tecnica di registrazione pressoria, la manometria anorettale suggerisce quali meccanismi della continenza siano alterati nei pazienti affetti da incontinenza fecale. La riduzione della pressione basale del canale anale richiama la possibilità che vi sia una lesione sfinterica, soprattutto se registrata nei pazienti affetti da "passive incontinence"<sup>7</sup>: uno studio recente ha dimostrato una correlazione positiva tra riduzione della ARP e presenza di difetti sfinteriali rilevati dall'ecografia endoanale<sup>8</sup>. Si deve però sottolineare che il potere discriminativo dei dati dell'ARP tra continenti ed incontinenti è basso, con ridotta sensibilità e specificità, a causa del range piuttosto largo dei valori di normalità pressoria<sup>9</sup>. In ogni caso la manometria anorettale è più precisa dell'esplorazione rettale nella valutazione del tono sfinterico anale<sup>10</sup>. L'alterata contrazione volontaria sfinterica, ridotta nella sua ampiezza e/o nella sua durata, è correlata con disfunzioni dello sfintere anale esterno ed è un reperto tipico dei pazienti con "urge incontinence"<sup>7</sup>. L'ausilio della ecografia endoanale e dei tests neurofisiologici permetterà di identificare lesioni dello sfintere anale esterno o neuropatie del pudendo come cause della disfunzione sfinterica. Significativo è il prolungamento della durata del RAIR nell'incontinenza fecale idiopatica<sup>11</sup> ed in alcuni pazienti con "fecal soiling"<sup>12</sup>. Nel caso di volumi fecali che inducano un RAIR di durata prolungata, in presenza di una povera contrazione riflessa sfinterica e di una soglia di percezione del bolo fecale superiore a quella che innesci il riflesso, è possibile che si verifichi la perdita inconsapevole di materiale fecale. Nel caso di ridotta percezione del bolo fecale (> CRST, > CS) si riduce la sensazione della distensione rettale che stimola abitualmente la contrazione volontaria sfinterica per procrastinare la defecazione. Se le feci non sono percepite, in assenza di tale contrazione, si verifica l'episodio di incontinenza fecale. Un'alterata compliance del retto può contribuire all'incontinenza fecale. Una riduzione della distensibilità del retto, come nel caso di proctiti, radioterapia, "sphincter saving operations", riduce la capacità di adattamento tonico del retto ai volumi fecali e ne scatena le contrazioni fasciche riflesse con conseguente "urge incontinence". L'utilità diagnostica della manometria anorettale si riflette sulla strategia terapeutica: i dati manometrici sono determinanti nel fornire utili suggerimenti per il trattamento dell'incontinenza fecale. Nell'ambito del trattamento riabilitativo la manometria anorettale serve da guida per la scelta

della tecnica riabilitativa da adottare: il biofeedback e la chinesiterapia pelviperineale sono utilizzati nel caso di ridotta pressione basale e di debole contrazione volontaria sfinterica, la riabilitazione volumetrica è indicata nei pazienti con ridotte sensazioni rettali ed in quelli con alterata compliance<sup>13,14</sup>. Nel caso di opzione chirurgica per lesioni sfinteriali, un'ARP < 10 mmHg e una MVC < 40 mmHg sono considerati valori di "cut-off" per la scelta di un'"overlapping sphincteroplasty"<sup>15</sup>. Gli stessi valori identificano i pazienti con prolasso del retto che sono ad alto rischio per incontinenza fecale post-operatoria, con il suggerimento alla modifica dell'opzione di semplice correzione chirurgica del prolasso<sup>16</sup>.

In conclusione, la manometria anorettale deve essere considerata un importante strumento nel work-up diagnostico dell'incontinenza fecale: offre la possibilità di ottenere dati determinanti per l'interpretazione fisiopatologica dei vari modelli di incontinenza fecale e per la scelta del trattamento terapeutico.

#### BIBLIOGRAFIA:

1. Azpiroz F, Enck P, Whitehead WE. Anorectal functional testing: review of collective experience. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 232-40.
2. AGA. American Gastroenterological Association medical position statement on anorectal testing techniques. *Gastroenterology* 1999; 116: 732-60.
3. Lestar B, Penninckx F, Kerremans R. The composition of anal basal pressure: an in vivo and in vitro study in man. *Int J Colorectal Dis* 1989; 4: 118-22.
4. Nothmann BJ, Schuster MM. Internal anal sphincter derangement with anal fissures. *Gastroenterology* 1974; 67: 216-20.
5. Kumar D, Waldron D, Williams NS, Browning C, Hutton MR, Wingate DL. Prolonged anorectal manometry and external anal sphincter electromyography in ambulant human subjects. *Dig Dis Sci* 1990; 35: 641-48.

6. Jones MP, Post J, Crowell MD. High-resolution manometry in the evaluation of anorectal disorders: a simultaneous comparison with water-perfused manometry. *Am J Gastroenterol* 2007; 102: 850-55.
7. Engel AF, Kamm MA, Bartram CI, Nicholls RJ. Relationship of symptoms in fecal incontinence to specific sphincter abnormalities. *Int J Colorectal Dis* 1995; 10: 152-55.
8. Bordeianou L, Kil Yeon L, Rockwood T, Baxter NN, Lowry A, Mellgren A, Parker S. Anal resting pressures at manometry correlate with the fecal incontinence severity index and with presence of sphincter defects on ultrasound. *Dis Colon Rectum* 2008; 51: 1010-14.
9. Raza N, Bielefeldt K. Discriminative value of anorectal manometry in clinical practice. *Dig Dis Sci* 2009; 54: 2503-11.
10. Hallan RI, Marzouk DE, Waldron DJ, Womack NR, Williams NS. Comparison of digital and manometric assessment of anal sphincter function. *Br J Surg* 1989; 76: 973-75.
11. Pucciani F, Bologna A, Rottoli ML, Cianchi F, Cortesini C. Idiopathic faecal incontinence and internal anal sphincter dysfunction: role of the rectoanal inhibitory reflex. *Tech Coloproctol* 1997; 5: 14-18.
12. Eysers AA, Thomson JP. Pruritus ani: is anal sphincter dysfunction important in aetiology? *BMJ* 1979; 2: 1549-51.
13. Pucciani F, Iozzi L, Masi A, Cianchi F, Cortesini C. Multimodal rehabilitation for faecal incontinence: experience of an Italian centre devoted to faecal disorder rehabilitation. *Tech Coloproctol* 2003; 7: 139-147.
14. Pucciani F, Ringressi MN, Redditi S, Masi A, Giani I. Rehabilitation of fecal incontinence after sphincter-saving surgery for rectal cancer: encouraging results. *Dis Colon Rectum* 2008; 51: 1552-58.
15. Ternent CA, Shahidaran M, Blatchford GJ, Christensen MA, Thorson AG, Sentocich SM. Transanal ultrasound and anorectal physiology findings affecting continence after sphincteroplasty. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 462-467.
16. Yoshioka K, Hyland G, Keighley MRB. Anorectal function after abdominal rectopexy: parameters of predictive value in identifying return of continence. *Br J Surg* 1989; 76: 64-68.

## Biofeedback e chinesiterapia: tra razionale, evidenze e protocolli

A. BORTOLAMI

Fisioterapista - Padova

### INTRODUZIONE

Il biofeedback (bfb) e la chinesiterapia sono tecniche e strumenti utilizzati nella terapia riabilitativa, compreso l'ambito della riabilitazione del pavimento pelvico. Tra i sintomi ai quali queste sono dirette, è compresa anche l'incontinenza fecale.

### RAZIONALE

Il bfb è uno strumento elettromedicale che utilizza tecniche di apprendimento. Con esso le informazioni relative ad un processo fisiologico, normalmente sconosciute alla coscienza del soggetto, sono presentate a questo come segnale visivo e/o uditivo. Nella riabilitazione del pavimento pelvico, e quindi anche per il sintomo incontinenza fecale, il parametro fisiologico rilevato e presentato è relativo all'attività motoria volontaria del pavimento pelvico: specificatamente esso è riferito o alla pressione lungo il canale anale prodotta da tale attività (rilevazione manometrica), oppure all'attività elettrica muscolare rilevata tramite elettromiografia di superficie. La chinesiterapia, recentemente anche ridefinita come esercizio terapeutico, è una tecnica che utilizza il movimento a scopo terapeutico, ai fini di alleviare i sintomi e/o migliorare una funzione. Nel caso della riabilitazione del pavimento pelvico per incontinenza fecale, il razionale si basa sulla chiusura del canale anale che consegue alla contrazione muscolare del pavimento pelvico, e più specificatamente, del fascio pubo-rettale e dello sfintere anale esterno. Tale contrazione muscolare può essere effettuata anche volontariamente dal soggetto, previo apprendimento di tale azione, così da incrementare i parametri muscolari e da poterla utilizzare quando si possano presentare i sintomi relativi all'incontinenza fecale. In generale, utile può risultare, ai fini terapeutici riabilitativi, l'individuazione della componente causale dell'incontinenza fecale; essa infatti può essere riferita sia ad una causa sfinteriale, sia rettale. La prima risulta dovuta ad un danno a tale zona (es. trauma da parto, ecc.), la seconda ad un deficit di compliance dell'ampolla rettale (es.: inevitabile esito di chirurgia ano-rettale, ecc.). A seconda della componente che causa l'incontinenza fecale, diverso può essere l'utilizzo delle tecniche nella riabilitazione del pavimento pelvico.

### EVIDENZE

Per questa presentazione, viene effettuata una ricerca con il database PubMed, utilizzando le parole Mesh "Rehabilitation", "Physical therapy", "Biofeedback", correlate a "Fecal Incontinence" attraverso l'operatore booleano "AND".

Vengono considerati gli studi randomizzati (RCT), le reviews, le meta-analisi e le linee guida; vengono esclusi gli studi che considerano i soggetti con sintomi ano-rettali da causa neurologica, quelli con soggetti in età pediatrica, e gli studi effettuati in popolazione residente in strutture per anziani.

Per quanto riguarda l'analisi delle review, Jorge (2003), in un'analisi che riguarda tutte le disfunzioni colo-rettali, afferma, come conclusione, che anche per l'incontinenza fecale la percentuale di miglioramento (72.3%) fa del bfb una proposta terapeutica semplice e di adeguato rapporto costo/beneficio.

Norton, in una prima review del 2000, afferma che l'esercizio terapeutico e il bfb hanno un probabile effetto terapeutico per l'incontinenza fecale, ma che a tutt'oggi non esistono evidenze che dimostrino la miglior efficacia di una tecnica rispetto all'altra. Afferma inoltre che sono necessari altri studi di alto livello di evidenza per arrivare a conclusioni più sicure.

Successivamente, lo stesso autore nel 2001 conferma l'effetto terapeutico, ma resta la difficoltà della valutazione dei risultati, data la disomogeneità metodologica degli studi presenti.

Nel 2003 ne viene rilevato il mantenimento a medio-termine, ma viene ribadita l'uguale efficacia tra l'esercizio terapeutico ed il bfb.

Infine sempre Norton nel 2006 conferma la possibilità terapeutica del bfb e degli esercizi terapeutici.

Per quanti riguarda gli studi randomizzati, Heymen (2009) rileva un miglior risultato sia nell'espressione della forza muscolare, sia nell'indice di incontinenza fecale nei soggetti che hanno effettuato biofeedback ed esercizi terapeutici, rispetto al gruppo che ha eseguito solo esercizi terapeutici.

Solomon (2003) non rileva differenze in gruppi di pazienti trattati con bfb manometrico o ad ultrasuoni, rispetto al gruppo trattato con gli esercizi.

Ilnyckyj (2005) non rinviene differenze in una popolazione di soggetti trattati con il solo esercizio ed un programma rieducativo

rispetto al gruppo trattato con le stesse terapie e l'aggiunta del bfb.

Uno studio (Davis 2004) compara l'esito della chirurgia di riparazione sfinteriale vs la stessa riparazione con l'aggiunta di bfb e conclude affermando che l'aggiunta di quest'ultimo migliora la qualità di vita del paziente e mantiene per più tempo il risultato. Fynes (1999) evidenzia una maggiore efficacia con l'uso per via anale rispetto a quella vaginale.

Infine Glazener (2001, 2005), in considerazione del sintomo incontinenza fecale post partum, considera i risultati positivi a 12 mesi, affermando che a 6 anni solo una parte delle donne ha conservato tali risultati.

Non sono stati rinvenute meta-analisi, né linee guida.

Per ora, quindi, per l'incontinenza fecale la diversa e/o miglior efficacia tra il biofeedback e l'esercizio terapeutico non è ancora stata dimostrata in maniera certa.

## PROTOCOLLI

Per quanto riguarda l'utilizzo di protocolli, essi appaiono diversi tra loro e spesso difficilmente paragonabili: tale dato emerge sia dalle review, che dagli studi randomizzati.

Essi comprendono periodi di somministrazione terapeutica delle due diverse tecniche considerate, che vanno dall'utilizzo di terapia strumentale solo in sede ambulatoriale e/o in sede domiciliare, all'esecuzione di sessioni di esercizi terapeutici in riferimento al numero di contrazioni quotidiane o al numero di minuti della sessione stessa, all'esecuzione di sessioni con contrazioni veloci a contrazioni mantenute per 10 secondi; il periodo di somministrazione della terapia varia da 12 settimane fino a 9 mesi.

## BIBLIOGRAFIA:

Davis KJ. Adjuvant biofeedback following anal sphincter repair: a randomized study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004;20(5):539-49.

Fynes MM, Marshall K, Cassidy M et al. Prospective, randomized study comparing the effect of augmented biofeedback with sensory biofeedback alone on fecal incontinence after obstetric trauma. *Dis Colon Rectum* 1999 ; 42(6): 753-758.

Glazener CM et al. Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomised controlled trial. *BMJ.* 2001; 323(7313):593-6.

Glazener Cm et al. Randomised controlled trial of conservative management of postnatal urinary and faecal incontinence: six year follow up. *BMJ.* 2005; 330(7487):337.

Heymen S et al Randomized controlled trial shows biofeedback to be superior to pelvic floor exercises for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 2009;52(10):1730-7.

Ilnyckyj A et al A randomized-controlled trial comparing an educational intervention alone vs education and biofeedback in the management of faecal incontinence in women. *Neurogastroenterol Motil* 2005;17(1):58-63

Jorge GM et al Biofeedback therapy in the colon and rectal practice. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2003;28(1):47-61

Norton C et al. Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2): CD002111.

Norton C Anal sphincter biofeedback and pelvic floor exercises for faecal incontinence in adults--a systematic review. *Aliment Pharmacol Ther.* 2001;15(8):1147-54.

Norton C Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence. *Gastroenterology,* 2003;125(5):1320-9

Norton C, Cody JD, Hosker G Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 19 (3): CD002111.

Solomon MJ Randomized, controlled trial of biofeedback with anal manometry, transanal ultrasound, or pelvic floor retraining with digital guidance alone in the treatment of mild to moderate fecal incontinence *Diseases of the Colon and Rectum* 2003;46(6):703-710

## Incontinenza anale nel postpartum: quali numeri, che fare, quali reliquati

M. SOLIGO

Ginecologo - Milano

La prevalenza dell'incontinenza anale nel postpartum è variabile ed oscilla tra il 42% [Tetzschner et al. 1996] ed il 3% [Brummen et al 2006]. Una recente review del gruppo di Michael Kamm (2008) tuttavia stabilisce come realistica una prevalenza di incontinenza a feci solide del 3%. Occorre però considerare che anche la sola urgenza defecatoria può rappresentare un elemento invalidante e significativamente impattante sulla Qualità di Vita. Infine non dobbiamo dimenticare l'enorme potenziale biologico rappresentato dall'età delle pazienti che affrontano il parto per via vaginale e ne subiscono i potenziali effetti. Le capacità di compensazione dei danni che l'organismo può mettere in atto dovranno nel tempo confrontarsi con il processo di invecchiamento e di questo occorre tenere conto. In questo ambito dunque i dati di prevalenza debbono essere soppesati al di là del puro dato numerico. Accanto alla manifesta Incontinenza Anale a partire dalla seconda metà degli anni '90, grazie ai lavori di Abdul Sultan e di Michael Kamm, è risultato evidente quanto possa essere rilevante il semplice danno anatomico a carico del basso tratto digestivo. Sultan infatti dimostrava nel 1993 che il 13% di nullipare, asintomatiche prima del parto, manifestassero incontinenza Anale e/o Urgenza defecatoria dopo il parto. Per la prima volta veniva segnalato che il 35% delle nullipare presentavano dopo il parto delle alterazioni documentabili ecograficamente a carico dell'apparato sfinterico anale. Questo dato era presente in tutte le pazienti sintomatiche. Nasce con questo lavoro il concetto di *Lesione Sfinterica Occulta*, problematica attorno alla quale si sono soffermati numerosi autori, confermando il dato di prevalenza (circa un terzo delle nullipare subisce una lesione sfinterica dimostrabile ecograficamente) ed indagando il reale significato clinico di queste alterazioni morfologiche. Damon et al. (2005) in un'analisi multivariata di fattori di rischio per incontinenza anale in un gruppo di donne valutate a sei anni dopo il parto, trova come unico fattore di rischio la presenza di una lesione occulta dello sfintere dopo il parto. Altri autori hanno invece approfondito il ruolo del tipo di episiotomia. Emerge in modo chiaro una correlazione tra episiotomia mediana e lacerazione di terzo grado. Addirittura si è valutato che in caso di episiotomia medio-laterale un basso grado di inclinazione della stessa (in sostanza la distanza della stessa dallo sfintere) è associato ad un maggior tasso di lesioni sfinteriche, stimando una riduzione del rischio del 50% per ogni 6° di

distanza dalla linea mediana [Eogan et al 2006]. Andrews et al nel 2006 in un lavoro dal titolo eloquente "*Occult anal sphincter injuries: myth or reality?*" dimostravano che il potere diagnostico di una valutazione esperta del perineo peripartum era sovrapponibile a quello dell'ecografia endoanale nel documentare le lesioni sfinteriche. Questo dato sottolinea una volta di più l'importanza di un'attenta valutazione obiettiva delle conseguenze del passaggio del feto attraverso il canale del parto. A questo proposito il *Royal College* di Ostetricia e Ginecologia ha recentemente riclassificato le lesioni ostetriche di terzo grado (quelle cioè che coinvolgono lo sfintere anale) distinguendo lesioni di grado:

3a: meno del 50% dello spessore dello Sfintere Anale Esterno lesionato

3b: più del 50% dello spessore dello Sfintere Anale Esterno lesionato

3c: lesione sia dello Sfintere Anale Esterno che Interno

Questa classificazione contempla un Quarto grado nel quale al grado 3c di cui sopra si aggiunge una lesione della mucosa anale. È evidente quanto sia importante una corretta classificazione delle lesioni in funzione di una valutazione prognostica. Al tempo stesso è estremamente importante effettuare una prima riparazione in modo corretto e le linee guida sopra citate forniscono chiarissime indicazioni al proposito. Gli autori insistono sull'importanza di riportare nella documentazione clinica una chiara descrizione del tipo di lesione e delle procedure seguite per porre rimedio. Ai fini medico-legali conta infatti molto poter dimostrare di aver fatto tutto quanto possibile per porre rimedio al danno funzionale.

Non si può omettere, parlando di Incontinenza Anale in relazione al parto il ruolo che gioca la Riabilitazione del Pavimento Pelvico (RPP). Mi preme sottolineare quanto questo termine RPP debba essere inteso in senso lato. Esso infatti non si limita a banali esercizi di rinforzo muscolare, ma esprime anzitutto una "cultura" di attenzione al Pavimento Pelvico come entità anatomica cruciale nella vita di relazione della donna. Ciò implica la promozione di atteggiamenti di presa di coscienza e prevenzione accanto a precoce presa in carico dei casi meritevoli di un trattamento riabilitativo. Per tutto questo è fondamentale che l'assistenza alla donna gravida non si limiti all'ottimizzazione del punteggio di APGAR....

## Riabilitazione del pavimento pelvico e disfunzioni sessuali femminili

A. BORTOLAMI

*Libero Professionista*

### INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Negli ultimi anni la funzione sessuale ha trovato un adeguato riconoscimento all'interno del mondo scientifico; con essa anche le relative cause di disfunzione, le eventuali comorbilità, le varie opzioni terapeutiche, che sono a tutt'oggi oggetto di interesse scientifico e di discussione tra i diversi Professionisti della Salute che si occupano di disfunzioni sessuali. In particolare, nell'ambito delle disfunzioni sessuali femminili, tra le varie cause ad esse correlate, è presente anche la componente muscolare, più specificatamente il complesso muscolare del pavimento pelvico e le sue possibili disfunzioni, che possono essere causa, concausa o sostenere la disfunzione sessuale in atto. Scopo di questo studio è di evidenziare attraverso l'analisi della letteratura scientifica indicizzata di alta evidenza, quali sono le indicazioni e controindicazioni, gli obiettivi terapeutici, gli strumenti utilizzabili, e l'evidenza scientifica, per la riabilitazione del pavimento pelvico in qualità di opzione terapeutica per le disfunzioni sessuali femminili. Vengono esclusi dallo studio le disfunzioni correlate a lesioni del sistema nervoso centrale, data la notevole diversità nell'approccio diagnostico-terapeutico per queste patologie.

### MATERIALI E METODI

Viene effettuata una ricerca attraverso il motore di ricerca PubMed, utilizzando le seguenti parole chiave: "Rehabilitation", "Physical Therapy", "Biofeedback", "Sexual Dysfunction". I termini "Rehabilitation" e "Physical Therapy" si rendono necessari entrambi, ai fini di comprendere tutte le tecniche e gli strumenti utilizzabili nell'ambito dello studio in corso. Il termine "Biofeedback" richiede una sua precisa ricerca, dato che esso non è compreso nelle "Mesh Tree" dei termini "Rehabilitation" e "Physical Therapy". Attraverso gli operatori booleani vengono eseguite le seguenti ricerche: "Rehabilitation AND Sexual dysfunction", "Physical Therapy AND Sexual dysfunction", "Biofeedback AND Sexual dysfunction". Successivamente tali ricerche vengono intersecate tra loro, ai fini di ottenere una ricerca unica che contenga i risultati di tutte. Attraverso i filtri, vengono considerati gli studi riguardanti il sesso femminile, i clinical trials, le meta-analisi, le linee guida, i trials randomizzati controllati, le review, le review sistematiche. I risultati evidenziano 52 studi, dei quali viene letto l'abstract; attraverso questa operazione vengono esclusi i trials relativi a sindromi neurologiche, quelli riferiti alla popolazione anziana, al periodo della gravidanza, a tecniche non comprese nell'ambito riabilitativo. Vengono identificati 13 studi, dei quali viene analizzato il testo completo.

### RISULTATI

Tra gli studi considerati, 8 (61,5%) sono costituiti da review e 5 (38,5%) da studi randomizzati controllati. Non vengono pertanto rinvenute né linee-guida, né review sistematiche, né meta-analisi. I lavori analizzati fanno riferimento alla classificazione delle disfunzioni sessuali femminili attualmente riconosciuta, che le vede suddivise in disturbi del desiderio, dell'eccitazione, dell'orgasmo e caratterizzati da dolore (vaginismo e dispareunia). Ognuno di loro affronta argomenti relativi a tutte le disfunzioni sessuali (23% degli studi), ma la maggior parte (77% degli studi) tratta solamente di una di queste. L'80% tra questi ultimi, corrispondenti al 61,5% del totale dei lavori considerati, riguarda le disfunzioni sessuali femminili caratterizzate da dolore.

Più specificatamente gli studi considerati trattano i seguenti argomenti: il ruolo del pavimento pelvico nella funzione e disfunzione sessuale femminile, i fattori predisponenti, le comorbilità associate, l'importanza della valutazione muscolare, le indicazioni alla terapia riabilitativa del pavimento pelvico, le tecniche e gli strumenti che possono essere utilizzati, i risultati finali.

Secondo quanto riportato dagli studi, il ruolo del pavimento pelvico nella funzione sessuale femminile riguarda sia l'elevatore dell'ano che i muscoli della porzione perineale anteriore; il primo viene stirato durante la penetrazione vaginale ed effettua contrazioni ritmiche e ripetute durante la fase orgasmica, i secondi sono in relazione con il clitoride. La disfunzione muscolare che contribuisce alla disfunzione sessuale può consistere nell'ipovalidità o nell'iperattività muscolare del pavimento pelvico; alla prima sono associati i disturbi dell'orgasmo e dell'eccitazione, che, se non risolti, portano anche a disturbi del desiderio. Alla disfunzione da

iperattività dello stesso, muscolare sono associati inizialmente i disturbi sessuali caratterizzati da dolore, i disturbi dell'eccitazione, e, se non risolti, successivamente quelli dell'orgasmo e del desiderio.

I fattori predisponenti alle disfunzioni sessuali femminili illustrati riguardano i disturbi caratterizzati da dolore: più precisamente una review analizza tale dato in riferimento al vaginismo, e identifica i fattori predisponenti in psico-sociali e organici.

Le comorbilità associate vengono descritte solo in alcuni studi (30,7%) e sono identificate nella fibromialgia, nella sindrome da fatica cronica, nella lombalgia, nella sindrome dell'intestino irritabile, nella cistite interstiziale, nei "lower urinary tract symptoms", nel prolasso degli organi pelvici, nella sindrome del dolore pelvico cronico.

Il 61,5% degli studi afferma l'importanza della valutazione muscolare del pavimento pelvico nelle pazienti con sospetto di disfunzione sessuale femminile. Essa consiste nell'osservazione visiva della zona perineale e nell'esame obiettivo muscolare. Inoltre il 23% dei lavori identifica l'importanza di tale valutazione sia per il pavimento pelvico, sia per le strutture osteo-articolari del cingolo pelvico quando la disfunzione sessuale è correlata al dolore.

Secondo gli studi, i casi in cui è utile proporre la terapia riabilitativa si rifanno alla presenza di disfunzione muscolare del pavimento pelvico, evidenziabile clinicamente attraverso la sopraccitata valutazione. Dagli studi analizzati si deduce che a tutt'oggi non esistono protocolli standardizzati rispetto all'utilizzo delle tecniche e degli strumenti disponibili per la terapia riabilitativa del pavimento pelvico. Le tecniche e gli strumenti considerati e descritti sono l'esercizio terapeutico, i dilatatori vaginali, la terapia manuale, il biofeedback, la stimolazione elettrica funzionale, la terapia comportamentale, le informazioni sull'anatomia genitale e sulla sessualità. Solamente in alcuni casi sono illustrati e quantificati i risultati, in altri è solo descritta l'utilità della tecnica e gli obiettivi del suo utilizzo. L'esercizio terapeutico viene utilizzato per restituire al pavimento pelvico i parametri adeguati di contrazione e rilassamento; in una review viene indicato che il termine "esercizi di Kegel" appare superato e, quando la disfunzione muscolare è relativa alla sintomatologia dolorosa, l'esercizio terapeutico effettuato solo in riferimento alla contrazione, può peggiorare la condizione del soggetto. La somministrazione dell'esercizio terapeutico viene descritto anche come correlato alla postura, ma senza dimostrare, in questo caso, miglior efficacia. Viene riconosciuta in tre review l'importanza dell'azione didattica sull'anatomia dell'area genitale, della funzione e disfunzione sessuale e viene in questi studi considerata come una tecnica vera e propria.

Tre review descrivono l'utilità della terapia manuale e delle tecniche in essa comprese, come massaggio, stretching, mobilizzazioni articolari e del tessuto, massaggio connettivale, trattamento degli esiti cicatriziali; nel caso di disfunzione del pavimento pelvico correlata a disfunzione sessuale, la terapia manuale è finalizzata al trattamento di trigger e tender points, ad incrementare lo spazio dell'introito vaginale, a desensibilizzare tale area quando dolorosa. Il biofeedback appare efficace con un miglioramento del 50% del sintomo doloroso in pazienti con vestibolite e disfunzioni sessuali caratterizzate da dolore, mentre la sua somministrazione versus stimolazione elettrica funzionale determina un miglioramento in entrambi i casi. Una review descrive l'utilità della riabilitazione del pavimento pelvico in caso di disfunzione sessuale correlata a ipotonosi muscolare di questo e ai sintomi correlati, quali incontinenza urinaria da sforzo e da urgenza, incontinenza fecale ai gas, prolasso degli organi pelvici. Due trial randomizzati controllati considerano l'effetto degli esercizi di Kegel in caso di disturbo dell'orgasmo; l'uno versus gruppo di controllo, l'altro versus gruppo con utilizzo di esercizi di rilassamento e respirazione e di un processo di consapevolezza della funzione sessuale. Entrambi i trials non dimostrano l'efficacia del trattamento somministrato, non ottenendo risultati statisticamente significativi. Due trial randomizzati controllati considerano lo stesso gruppo di pazienti a 6 mesi e a 2,5 anni dopo trattamento per vestibolite vulvare e disfunzioni sessuali correlate, con biofeedback versus terapia chirurgica (vestibulectomia), ottenendo risultati simili in entrambi i gruppi. Uno studio randomizzato controllato considera un gruppo di pazienti affette da vestibolite e trattate con biofeedback versus un gruppo trattato con iniezioni di lidocaina, ottenendo risultati simili, quantificati in un miglioramento del 66% della sintomatologia dolorosa e della funzione sessuale.

Infine il 40% degli studi considerati, illustra la necessità di un approccio multidisciplinare alla cura delle disfunzioni sessuali femminili.

#### DISCUSSIONE

Gli studi considerati indicano il possibile effetto terapeutico della riabilitazione del pavimento pelvico in caso di disfunzione sessuale femminile. Essi sono per la maggior parte relativi alle disfunzioni sessuali caratterizzate da dolore. La terapia riabilitativa dispone di un notevole numero di tecniche e strumenti, ma ulteriori studi sono necessari per identificare con maggior precisione la loro efficacia. Nuove ricerche potrebbero essere utili per identificare con maggior precisione la condizione relativa all'ipertono muscolare, ai fini di comprenderne maggiormente le caratteristiche. Tale processo permetterebbe probabilmente una più facile individuazione della sintomatologia ad esso correlata ed un successivo approccio terapeutico. La scarsità degli studi relativi all'ipovalidità del pavimento pelvico ed alle disfunzioni sessuali femminili ad esso correlate, non permette di comprendere se tale condizione si presenti meno frequentemente o se l'ipovalidità determina in misura minore le disfunzioni sessuali. Inoltre negli studi considerati non sono state

rinvenute eventuali controindicazioni, né effetti collaterali della riabilitazione del pavimento pelvico in riferimento alle disfunzioni sessuali femminili; questi elementi, uniti alla scarsa invasività della terapia, la pone come il primo approccio in caso di disfunzione muscolare.

#### CONCLUSIONI

Le disfunzioni del pavimento pelvico possono essere causa, conseguenza, o sostenere le disfunzioni sessuali femminili. Gli studi scientifici dimostrano che la riabilitazione del pavimento pelvico ha un effetto terapeutico per quest'ultime. Ulteriori studi sono necessari per individuare con maggior precisione un efficace utilizzo delle tecniche e degli strumenti disponibili in ambito terapeutico riabilitativo. In generale la scarsità di effetti collaterali e di controindicazioni la pone come un utile approccio terapeutico per le disfunzioni sessuali femminili accompagnate da disfunzione muscolare del pavimento pelvico.

#### BIBLIOGRAFIA:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

## Il diario minzionale nella quotidianità del soggetto mieloso

G. RUSCONI<sup>(1)</sup>, G. FIZZOTTI<sup>(1)</sup>, S. CREMASCOLI<sup>(1)</sup>, C. PISTARINI<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Fondazione Maugeri Pavia

#### INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Il cateterismo intermittente resta il cardine della riabilitazione vescicale sia nella fase iniziale della lesione spinale che successivamente in presenza di una vescica neurologica con gradi variabili di ritenzione. Lo svuotamento vescicale avviene ad orari fissi, attraverso i cateterismi intermittenti o sulla guida di stimoli particolari con registrazione delle quantità di urina per minzione su apposita scheda. Fondamentale è la compilazione del diario minzionale ove si registrano la quantità di urina per minzione con i rispettivi orari, le eventuali fughe e l'entità dei residui; ciò permette di avere dati precisi sull'andamento della rieducazione vescicale. Lo scopo di questo studio è quello di verificare l'uso e l'influenza del diario minzionale nella gestione personale del soggetto mieloso.

#### MATERIALI E METODI

In questo studio abbiamo considerato 30 soggetti mielosi: 7 femmine e 23 maschi, tutti autonomi, compresi i 7 caregiver, nella gestione dell'autocaterismo; di questi 4 avevano subito il danno midollare in un intervallo temporale inferiore ad 1 anno.

Durante il periodo di degenza o attraverso contatto telefonico è stato somministrato a ciascuno di loro un questionario, con finalità qualitativa, inerente il giudizio personale sulla utilità e funzione del diario minzionale.

#### RISULTATI

La compilazione del diario minzionale è risultata utile per 23

pazienti su 30, di questi solo 12 lo compilavano quotidianamente. 2 dei 4 pazienti che avevano subito il danno midollare nell'intervallo temporale inferiore ad 1 anno registravano costantemente i valori degli autocaterismi. I pazienti al domicilio sostituivano il diario minzionale con agende personali o nella maggior parte dei casi ne evitavano la compilazione perché attenti alle sensazioni di riempimento viscerale o per mancata informazione.

#### DISCUSSIONE

Al termine dello studio osservazionale abbiamo evidenziato la necessità di una maggiore sensibilizzazione sia dei soggetti mielosi che dei caregiver all'utilizzo del diario minzionale, non solo nel periodo immediatamente post lesionale ma soprattutto nel lungo termine, per prevenire le complicanze legate ad una gestione scorretta della vescica.

#### CONCLUSIONI

Il diario minzionale diventa uno strumento terapeutico utile quando il paziente viene adeguatamente motivato a compilarlo dal personale infermieristico che deve saper rispondere ad ogni suo dubbio o difficoltà. Ottimizzare il nursing al paziente mieloso significa anche rivalutare e rendere routinaria questa manovra.

#### BIBLIOGRAFIA

M. Menarini Blue Book. Problemi vescicali. Ed.2005.

## Le sovradistensioni vescicali negli esiti di grave cerebrolesione acquisita: un fattore di rischio per la persistenza della sintomatologia disfunzionale urinaria?

F. DELMASTRO, A. BARBERO, D. GARLANDA, G.F. LAMBERTI, D. GIRAUDDO\*

S.C. Neuroriabilitazione ASL CN1 - Cuneo; \* S.C. Urologia Ospedale San Raffaele Ville Turro - Milano

Le lesioni del Sistema Nervoso Centrale possono determinare disturbi della fase di svuotamento vescicale: appena dopo la lesione, indipendentemente dal livello midollare od encefalico, si instaura la cosiddetta fase di vescica da shock in cui il viscere si comporta come un serbatoio in grado di riempirsi ma non in grado di mandare al cervello uno stimolo e, soprattutto, non in grado di svuotarsi. La manifestazione clinica più frequente è la ritenzione urinaria con possibile incontinenza da rigurgito. Si può avere dilatazione renale anche in assenza di reflusso vescico-ureterale, da sovradistensione vescicale con dilatazione da rallentato transito reno-uretero-vescicale. La sovradistensione è causa di stretching detrusoriale, con conseguente danno muscolare.

È fondamentale quindi in questa prima fase, provvedere ad un

corretto svuotamento del serbatoio vescicale all'esterno al fine di evitare sovradistensioni della vescica e infezioni delle vie urinarie: come ben noto, non appena possibile, il metodo di elezione è rappresentato dal cateterismo ad intermittenza ad orari prestabiliti con tecnica pulita.

Ciononostante, è possibile ipotizzare che anche con un attento monitoraggio degli svuotamenti programmati, con l'adeguamento degli orari degli stessi e della eventuale terapia infusione e/o della nutrizione parenterale, si possano verificare episodi di sovradistensione, la cui ricorrenza può essere verosimilmente causa di danno detrusoriale non più emendabile.

Abbiamo retrospettivamente analizzato i dati di 64 pazienti affetti da esiti di grave cerebrolesione acquisita post-traumatica,

ricoverati consecutivamente in ambito riabilitativo degenziale intensivo. I 64 pazienti (48 maschi e 16 femmine, di età media  $39 \pm 8$  anni) sono giunti in Riabilitazione tutti con catetere vescicale a permanenza, in media  $24 \pm 15$  giorni dopo l'evento acuto: 29 di essi avevano già raggiunto un livello di coscienza compatibile con la esecuzione ripetibile di ordini semplici (Levels of Cognitive Functioning (L.C.F.)  $\geq 4$ ).

Tutti i pazienti hanno intrapreso il programma di de-cateterizzazione (eccetto 5 casi in cui le condizioni cliniche non lo hanno consentito) e, nei 29 pazienti con L.C.F.  $\geq 4$ , si è raggiunta una gestione autonoma della minzione in media dopo 16 giorni dalla rimozione del catetere a permanenza e con un programma che prevede svuotamenti con cateterismo ad intermittenza ad orari prestabiliti con tecnica pulita e controllo del residuo post-minzionale alla ripresa della minzione.

Ventuno pazienti sono stati controllati ad un anno di distanza dalle dimissioni dal reparto di riabilitazione (in media  $420 \pm 25$  giorni dopo l'evento acuto), 18 dopo due anni ed 11 a cinque anni di distanza.

Sedici dei 18 pazienti controllati a due anni (89%) e 7 degli 11 controllati al follow up a 5 anni hanno lamentato disturbi riferibili al basso tratto urinario, in particolare sindrome urgenza-frequenza senza incontinenza urinaria e frequenti episodi di infezioni delle vie urinarie (5 casi) e sindrome urgenza-frequenza con episodi di incontinenza urinaria (2 casi) fra le persone al follow up a 5 anni.

Da notare che solo in due casi (non caratterizzati da incontinenza)

la sintomatologia veniva riferita come di forte impatto sulla Qualità di Vita da parte del paziente stesso e da parte del caregiver, e comunque sempre in secondo ordine rispetto ai disturbi comportamentali.

Dalla analisi delle cartelle cliniche è stato possibile rilevare una segnalazione di sovradistensioni vescicali (svuotamento al C.I.  $> 450$  cc.), durante il programma di decateterizzazione, nettamente superiore ed in misura statisticamente significativa (pur nel limite della scarsa numerosità del campione) nel gruppo di pazienti con persistenza della sintomatologia a carico del basso tratto delle vie urinarie.

Questa osservazione clinica potrebbe suggerire che comunque anche un modesto numero di episodi distensivi a carico del detrusore può essere causa di danno clinicamente significativo anche a distanza; i dati sperimentali (Imamura 2007) suggeriscono come in caso di sindromi ostruttive o di vescica neurogena possano essere attivati dallo "stretch" della muscolatura liscia segnali paracrini che a loro volta determinano la stimolazione della matrice cellulare delle cellule detrusoriali muscolari lisce, con una conseguente ipertrofia della tonaca muscolare del viscere.

#### BIBLIOGRAFIA:

Imamura M, Kanematsu A, Yamamoto S, Kimura Y, Kanatani I, Ito N, Tabata Y, Ogawa O. Basic fibroblast growth factor modulates proliferation and collagen expression in urinary bladder smooth muscle cells. *Am J Physiol Renal Physiol.* 2007;293(4):1007-17.

## Studio descrittivo sull'efficacia del sistema di lavaggio colico transanale nei pazienti con disfunzione neurologica intestinale, follow up a medio termine (6 mesi) - esperienza monocentrica

M. BEZNEA - S. CHIRICI

Agencia Regionale per la cura del midolloso - Dip. Neurolologia - Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze

### INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

L'intestino neurologico rappresenta una delle disfunzioni a più alto impatto sulla qualità di vita dei pazienti con lesione midollare. Tale disfunzione comporta la perdita del controllo volontario sulla defecazione, la perdita della capacità di percepire le sensazioni provenienti dal retto (stimolo alla defecazione), la perdita della capacità di rinviare l'atto defecatorio.

Interessa dal 50% al 95% dei pazienti con lesione midollare e si traduce nei seguenti sintomi, in base al livello di lesione: stipsi, difficoltà evacuativa, incontinenza fecale. Questi sintomi vanno ad influire in maniera significativa sulla qualità di vita percepita dai portatori di mielolesione. Il primo step riabilitativo fondamentale è l'approccio precoce dopo la lesione, mediante l'utilizzo di manovre e terapie funzionali quali: dieta, assunzione di fibre aggiuntive, corretta assunzione di liquidi, probiotici, lassativi, massaggio addominale, lo stimolo esterno perineale, microclismi e supposte. Tuttavia spesso persistono problemi di evacuazione incompleta o tempo di svuotamento prolungati (circa 3 ore per evacuazione).

Da una recente Cochrane review, l'unico sistema efficace basato sull'evidenza (EBM), è il lavaggio colico trans anale nei pazienti neurologici.

Pertanto riportiamo uno studio che rappresenta parte dell'esperienza del nostro reparto.

### OBIETTIVO

Valutare l'efficacia del sistema di lavaggio colico trans anale, con follow up a medio termine (6 mesi).

### MATERIALI E METODI

Venti pazienti mielolesi (8 donne e 12 uomini) con lesione midollare completa da almeno 6 mesi, età media 37 anni (25-50), Neurogenic Bowel Dysfunction Score  $\geq 14$  nonostante l'applicazione dei protocolli di riabilitazione intestinale hanno fatto training personalizzato ed individuale all'utilizzo dell'irrigazione transanale a pressione costante (Peristeen). È stato eseguito un follow-up a distanza di 6 mesi.

### RISULTATI

Pazienti che a distanza di 6 mesi proseguivano le irrigazioni

Due pazienti hanno interrotto il trattamento per ripetute rotture del palloncino (livello lesione T4 e T5, NBDS costante 31, rispetti-

vamente 20). Due pazienti, livello L1 di lesione, NBDS 16 e rispettivamente 18, hanno interrotto per sanguinamento ano-rettale e 1 paziente, livello L1 di lesione, NBDS 14 ha rinunciato perché non diminuivano i tempi di evacuazione.

Non sono stati rilevati eventi avversi.

Livello lesione	NBDS pre-trattamento	NBDS post-trattamento
S2	20	13
S2	23	16
S2	23	9
T7	18	10
T7	20	6
L1	14	10
T6	14	10
T4	16	10
T5	22	12
T8	16	9
S2	22	10
S2	24	16
T4	21	12
T4	15	11
L2	17	6
Media	19(DS 3,48)	10,67 (DS 2, 89)
T student	P < 0,00001	

### DISCUSSIONE

I pazienti che proseguivano a distanza di 6 mesi l'irrigazione hanno risolto il problema dell'incontinenza fecale. 13 su 15 sono riusciti a diminuire in maniera significativa il NBDS. È diminuito il tempo necessario per evacuare. La stimolazione digitale è rimasta una pratica costante per la verifica dell'efficacia dell'evacuazione.

### CONCLUSIONI

L'irrigazione transanale è un metodo semplice ed efficace per il trattamento della disfunzione intestinale neurologica. Permette un

periodo "finestra" libero da evacuazioni impreviste di 24-48 ore, permette una riduzione del NBDS e un miglioramento della qualità di vita (Faecal incontinence quality of life score).

#### BIBLIOGRAFIA:

1) G. Del Popolo et al. Treatment of neurogenic bowel dysfunction using transanal irrigation: a multicenter italian study. *Spinal Cord* 2008; 46:517-522.

- 2) P. Christensen et al. A randomized controlled trial of transanal irrigation versus conservative bowel management in spinal cord injured patients. *Gastroenterology* 2006; 131(3): 738-747.
- 3) P. Christensen et al. Cost-effectiveness of transanal irrigation versus conservative bowel management for spinal cord injury patients. *Spinal Cord* 2009; 47(2):138-143.

## Nuovi orientamenti per il bowel management nel paziente mieloso

A. FUSÈ, C. MARTINA, S. SANDRI

U.O. Urologia e Unità Spinale - Ospedale "G. Fornaroli" - Magenta

### INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

È stato attuato uno studio di natura osservazionale prospettico duocentrico con arruolamento di pazienti mielosi addestrati all'utilizzo dell'irrigazione trans anale mediante utilizzo del dispositivo Peristeen. Lo studio ha avuto lo scopo di rilevare i cambiamenti della QoL, la riduzione delle infezioni alle vie urinarie, la sospensione da lassativi, da manovre digitali, da episodi di imbrattamento, la riduzione del tempo destinato all'evacuazione nelle persone che usano Peristeen.

### MATERIALI E METODI

Ad ogni persona è stata richiesta la partecipazione volontaria allo studio secondo le modalità previste dalla legislazione (D.Lgs. 196/03) per il trattamento dei dati sensibili in termini di riservatezza dei dati e di rispetto dei requisiti etici.

Per la raccolta dei dati è stato appositamente redatto un questionario compilato dall'operatore durante l'intervista al paziente che ha acconsentito di aderire allo studio. L'intervista è stata effettuata in un ambiente tranquillo garantendo la privacy. Ad ogni persona è stato illustrato lo scopo dell'indagine e le domande sono state poste a voce.

Prima di ogni intervista è stato richiesto il consenso assicurando l'anonimato nel trattamento dei dati forniti. Il tempo medio di ogni intervista è stato di 15 minuti.

L'arruolamento è stato consecutivo per un periodo di otto mesi, da settembre 2008 ad aprile 2009, di tutte le persone addestrate all'utilizzo di Peristeen nell'Unità Operativa di Urologia e Unità Spinale o nell'Ambulatorio di Stomatologia e Coloproctologia.

Tutti i soggetti inseriti nello studio erano affetti da stipsi conseguente alla lesione midollare e, per questo motivo, hanno adottato l'irrigazione transanale con Peristeen.

In totale le persone intervistate sono state 20: 16 uomini e 4 donne. L'età del 90% dei pazienti è compresa tra 40-60 anni mentre il restante 10% ha più di 60 anni.

### RISULTATI

Prima dell'utilizzo di Peristeen è stato chiesto se l'evacuazione era programmata o no, e se programmata con che frequenza. Solo il 25% del campione afferma di non programmarla, mentre gli altri 15 pazienti la prevedono giornalmente o a giorni alterni. Il 95% utilizzava lassativi di tipologia diversa. Il paziente che non utilizzava lassativi ha affermato di evacuare con manovra digitale. Il 25% ha affermato di avere episodi di imbrattamento significativi.

Riguardo l'autonomia nella gestione della defecazione, solo il 20% ha risposto che era autonomo nell'espletamento di questa funzione (WC), mentre gli altri 16 avevano bisogno di aiuto. Nello specifico è stato indagato il luogo dove effettuano le pratiche per ottenere la defecazione, dai dati raccolti risulta che:

- il 58% le effettua a letto,
- il 25% in comoda,
- il 17% le espleta sul WC.

Il 52% dei pazienti intervistati ha riferito di essersi sempre sentito limitato nella gestione del proprio tempo libero condizionando negativamente la qualità di vita. Nell'ambito lavorativo invece i pazienti hanno dovuto spesso limitare gli spostamenti, occasionalmente posticipare l'orario di arrivo sul posto di lavoro o anticipare notevolmente la sveglia per far fronte a lunghi tempi di evacuazione. Con l'utilizzo di Peristeen tutti i pazienti inseriti nello studio hanno acquisito autonomia nell'effettuazione dell'irrigazione transanale e la praticano seduti sul WC. Nessun paziente ha riferito un'evacuazione imprevista o ritardata nel tempo di utilizzo. L'ansia per la paura di imbrattamento è stata così annullata. Alla domanda

quante volte utilizza il Peristeen durante una settimana il 50% lo utilizza a giorni alterni ed il restante 50% 2 volte alla settimana. Il tempo di evacuazione risulta inferiore ad un'ora nel 70% dei pazienti rispetto al dato precedente che ne indicava solo il 35%. Alla domanda inerente la necessità di praticare una volta in più il cateterismo intermittente nei giorni di effettuazione della tecnica irritativa con Peristeen il 35% dei pazienti afferma di sì. Da questi dati si può ipotizzare che vi sia un riassorbimento dell'acqua usata per l'irrigazione intestinale che richiede il ricorso ad un cateterismo intermittente in più nell'arco delle 24 ore. Alla domanda inerente il miglioramento delle attività di svago, i dati analizzati evidenziano che il 55% dei pazienti ha visto una trasformazione positiva nella gestione del proprio tempo libero, nella pratica di attività sportive e nei rapporti interpersonali con gli altri. Anche nella gestione dell'attività lavorativa i dati confermano un netto miglioramento rispetto alla situazione precedente, pur essendoci delle differenze sul livello di beneficio ottenuto.

Tutti i pazienti lamentavano infezioni delle vie urinarie ricorrenti con una frequenza significativa e nel 15%, dei casi in maniera continua. Un paziente ha riferito di essere in terapia antibiotica continua da tre anni ovvero dalla data della lesione midollare. Con l'uso di Peristeen vi è stato un notevole miglioramento, infatti l'85% dei pazienti afferma di non avere più avuto infezioni ed il 15% ha riscontrato una notevole riduzione degli episodi.

I risultati del questionario dimostrano che:

- nessun paziente ha comunicato un peggioramento nello stile di vita imputabile all'utilizzo di Peristeen.
- Il 64% si reputa addirittura entusiasta, affermando che Peristeen è un presidio irrinunciabile

### DISCUSSIONE

Lo studio effettuato, pur con i limiti correlati alle dimensioni del campione d'indagine, che non può ritenersi esaustivo per definire raccomandazioni cliniche al suo utilizzo, ha dimostrato che vi è una modifica positiva in tutti gli aspetti indagati.

Gli aspetti rilevanti che emergono sono relativi:

- Alla drastica riduzione dell'incidenza di infezione delle vie urinarie
- All'autonomia dei pazienti nella gestione del bowel care ed al suo espletamento nei luoghi socialmente considerati più idonei per il soddisfacimento di funzioni così intime
- Alla riduzione del tempo necessario per ottenere un'evacuazione efficace
- Al miglioramento degli aspetti di vita sociale, di svago e di lavoro
- Alla soddisfazione univoca del campione di studio in merito a questa metodica rispetto ai metodi precedenti

Sulla base di queste considerazioni vengono spontanee alcune riflessioni sulle motivazioni che inducono a modificare gli attuali orientamenti in merito alle metodiche di gestione del Bowel Care, ovvero a non relegare il trattamento con Peristeen come indicazione di seconda scelta rispetto ai trattamenti convenzionali, che non producono gli stessi benefici. Inoltre va considerato il fatto che l'impugnatura ergonomica del sistema consente l'utilizzo in autonomia anche nelle persone affette da tetraplegia.

### CONCLUSIONI

I risultati di questa indagine mostrano che l'utilizzo del Peristeen produce un sensibile miglioramento della qualità di vita ed una riduzione significativa delle infezioni urinarie.

Un appropriato programma di management dell'intestino neurologico persegue i seguenti obiettivi generali:

- Eliminare o ridurre al minimo le evacuazioni non programmate.
  - Consentire evacuazioni ad orari prevedibili e regolari e che si completino entro 60 minuti di "bowel care".
  - Ridurre al minimo i sintomi correlati al tratto GI.
- Entro precisi parametri di sicurezza ed efficacia la stesura del programma intestinale dovrebbe tenere conto degli obiettivi personali del paziente, dei suoi impegni quotidiani e della sua autovalutazione della qualità di vita. Il paziente deve essere membro più importante della squadra di riabilitazione. Questo è fondamentale

per ridurre il forte impatto psicologico della condizione del mieloso.

#### BIBLIOGRAFIA:

1. D. Harari, M Sarkarati, J.H. Gurwitz, G. McGlinckey-Bertho, K.L. Minaker. Constipation-related symptoms and bowel program concerning individuals with spinal cord injury. *Paraplegia* 1997; 35:394-401.
2. G.I. Corea, K:P. Rotter. Clinical evaluation and management of neurogenic bowel after spinal cord injury. *Spinal Cord* 2000; 38:301-308.

## Rieducazione pelvi-perineale pre-operatoria in pazienti candidati a intervento di prostatectomia radicale: valutazioni sul recupero della continenza.

M. MARTINI, S. BERNARDINI, E. BLANC, A. DE ZAN<sup>(1)</sup>, R. TAPPERO

P.O. San Camillo - Torino; <sup>(1)</sup>S.o.C Urologia - Ospedale Cottolengo - Torino

### INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

L'incontinenza urinaria è una complicanza dell'intervento di prostatectomia radicale (RP); ha un incidenza compresa tra 1% e 47%, mentre la prevalenza di pazienti incontinenti a 1-2 anni dall'intervento oscilla tra il 5% e il 20%. La muscolatura del pavimento pelvico, rappresentata dai fasci dell'elevatore dell'ano (EA), supporta l'attività dello sfintere uretrale aumentandone la pressione di chiusura sotto sforzo; il suo rinforzo costituisce il razionale del trattamento conservativo dell'incontinenza post-RP. Gli esercizi muscolari del pavimento pelvico (PMFE) hanno dimostrato di accelerare il recupero della continenza nei primi mesi post-RP, rappresentando oggi il trattamento non invasivo di prima scelta. Poiché l'incontinenza è un evento post-operatorio atteso, il trattamento conservativo potrebbe essere proposto pre-operatoriamente, a scopo preventivo, in modo da addestrare il paziente ad utilizzare precocemente l'EA. I dati disponibili in letteratura focalizzano il ruolo del biofeedback pre-operatorio; Bales et al.<sup>1</sup> non ne hanno evidenziato effetti favorevoli, mentre Burgio e coll.<sup>2</sup> hanno dimostrato una accelerazione del recupero della continenza e un miglioramento della proporzione di pazienti continenti a 6 mesi dall'intervento; anche Parekh e coll.<sup>3</sup> ne hanno documentato un effetto positivo, in associazione ai PMFE. Il nostro studio è un trial randomizzato controllato volto a valutare gli effetti di un breve training muscolare pre-operatorio sul recupero della continenza urinaria e sulla performance dell'EA nei 6 mesi successivi all'intervento di RP.

### MATERIALI E METODI

Quarantasette pazienti consecutivi candidati a intervento di prostatectomia radicale per neoplasia localizzata T1-T3 hanno partecipato allo studio, previo consenso informato. La pre-esistenza di incontinenza urinaria, iperattività vescicale o deficit cognitivi al Mini Mental State Test hanno rappresentato criteri di esclusione. Tre pazienti sono usciti dallo studio per la presenza di iperattività

detrusoriale, 2 sono stati persi al follow up. Sono stati pertanto valutati 42 soggetti sottoposti a prostatectomia radicale con tecnica laparoscopica nello stesso dipartimento urologico dalla medesima équipe chirurgica. I pazienti sono stati randomizzati ad un training con PMFE (21 pazienti, gruppo A) oppure alla usuale gestione post-intervento (21 pazienti, gruppo B), consistente in istruzioni scritte per eseguire esercizi muscolari del piano perineale in posizione supina, seduta ed in piedi, da iniziare dopo la rimozione del catetere vescicale e proseguire per tutto il corso del follow up. I due gruppi sono risultati omogenei per età, BMI, differenziazione (Gleason score) e stadiazione clinica tumorale. Nessun paziente ha utilizzato farmaci per trattare l'incontinenza (tab.1). I pazienti assegnati al trattamento pre-operatorio hanno preso parte a 5 sedute consecutive di PMFE integrati con biofeedback 2-3 settimane prima dell'intervento chirurgico. Ciascun paziente ha appreso, sotto la guida del terapeuta, come contrarre la muscolatura perineale in posizione supina, mantenere la contrazione per 10 secondi, controllare le sinergie parassite. Il training è stato completato istruendo i pazienti ad utilizzare la contrazione muscolare nelle attività che prevedono aumenti della pressione addominale (es. cammino sostenuto, passaggio seduto-in piedi, accovacciamento, tosse e starnuti). Sono poi state fornite le istruzioni scritte per proseguire gli esercizi muscolari una volta rimosso il catetere vescicale. Tutti i soggetti sono stati rivalutati a 1-3-6 mesi dall'intervento chirurgico; l'incontinenza è stata misurata con i diari minzionali, il 24-h pad test domiciliare e con il numero di ausili assorbenti - pads - utilizzati nelle 24 h. Il diario minzionale è stato compilato una settimana prima di ogni controllo con la registrazione della frequenza minzionale e degli episodi di incontinenza dovuti a tosse o starnuti, accovacciamento, passaggi clino-ortostatici, al cammino. La performance muscolare dell'elevatore dell'ano è stata misurata con il PC-test (score 0-4 ed endurance in secondi) mediante palpazione digitale ano-rettale.

L'elaborazione statistica si è avvalsa del test chi-quadro per le variabili categoriche e il test t di Student per le variabili continue. La valutazione dei diari minzionali e dei parametri muscolari è stata effettuata sempre dallo stesso operatore all'oscuro del gruppo di appartenenza del paziente. È stato definito continente un soggetto che ha completato un diario minzionale privo di perdite urinarie per sette giorni consecutivi ed un 24-h pad test inferiore ai 4 grammi.

### RISULTATI

La proporzione di pazienti continenti non è stata significativamente diversa tra i due gruppi in nessuno degli end-point esaminati (19% nel gruppo A vs 9% nel gruppo B a 1 mese, p=0.4; 52% vs 29% a 3 mesi, p=0.11; 71% vs 57% a 6 mesi, p=0.33). I pazienti del gruppo A hanno tuttavia manifestato un minor numero di episodi di incontinenza nelle comuni attività quotidiane, statisticamente significativo nel primo mese post-RP (p<0.05), ma non più a 3 e 6 mesi (p>0.05). Nel gruppo A si è inoltre osservata una miglior performance dell'elevatore dell'ano rispetto al gruppo B (p<0.05) e la tendenza ad un miglior controllo dell'inversione di comando. I risultati sono riassunti nella tabella 2.

### DISCUSSIONE

I risultati di questo studio dimostrano che un breve training muscolare pre-operatorio non è significativamente superiore agli usuali esercizi post-operatori nell'accelerare il recupero della completa continenza nei primi 6 mesi post-intervento. Tuttavia i

TABELLA 1. Caratteristiche basali dei pazienti

	Gruppo A	Gruppo B	Totale / p
N° pazienti	21	21	42
Età (M±DS)	63±7	64±5	p=0.8
BMI (M±DS)	25.4±2.7	27.6±3.5	p=0.18
Iperensione	14	10	24
Diabete	1	2	3
TURP pregressa	1	1	4
Stadio clinico (N°): - T1	0	1	1
- T2	20	17	37
- T3	1	3	4
Gleason score ≤ 5	3	4	7
Gleason score > 5	18	17	35
PSA (ng/ml, M±DS)	7.4±2.4	8.7±5.6	p=0.4
PC-test (0-4, M±DS)	3±0.7	2.6±0.8	p=0.18
Endurance (sec, M±DS)	4.6±2	3.5±1	p=0.14

TABELLA 2. Outcome a 1-3-6 mesi

	Gruppo A			Gruppo B			p		
	1 m	3 m	6 m	1 m	3 m	6 m	1 m	3 m	6 m
% Perdite (N°/tot N°):									
- Tosse/starnuti	76 (16/21)	33 (7/21)	19 (4/21)	86 (18/21)	62 (13/21)	38 (8/21)	0.43	0.06	0.28
- Accovacciamento	62 (13/21)	33 (7/21)	19 (4/21)	95 (20/21)	57 (12/21)	38 (8/21)	<b>0.08</b>	0.12	0.17
- Passaggio clino-ortostat.	52 (11/21)	24 (5/21)	14 (3/21)	95 (20/21)	29 (6/21)	14 (3/21)	<b>0.04</b>	0.7	1.0
- Cammino	29 (6/21)	5 (1/21)	5 (1/21)	67 (14/21)	14 (3/21)	5 (1/21)	<b>0.01</b>	0.3	1.0
24-h pad test (g, M±DS)	82±148	12±19	6±12	236±322	48±95	15±42	0.07	0.26	0.36
N° pads/24h (M±DS)	2.1±2	1±1.8	0.6±1.1	3.2±2.6	1.3±1.5	0.4±0.8	0.1	0.25	0.7
% pz continenti(N°/tot N°)	19 (4/21)	52 (11/21)	71 (15/21)	9 (2/21)	29 (6/21)	57 (12/21)	0.4	0.11	0.33
PC-test (0-4, M±DS)	2.8±0.9	3.1±0.8	2.8±0.2	2.3±0.8	2.6±0.7	2.7±0.8	0.1	<b>0.04</b>	0.4
Endurance (sec, M±DS)	5.3±2	5.3±1.6	5.2±1.7	3.7±1.4	4±1	4.3±1.6	<b>0.003</b>	<b>0.006</b>	<b>0.03</b>
% Inv. comando (N°/tot N°)	5 (1/21)	5 (1/21)	5 (1/21)	38 (8/21)	24 (5/21)	24 (5/21)	<b>0.008</b>	0.07	0.07

PMFE pre-operatori sono stati in grado, nelle prime 4 settimane dall'intervento, di ridurre l'entità dell'incontinenza migliorando significativamente la proporzione di pazienti senza perdite al cammino, passaggi clino-ortostatici e accovacciamento e riducendo in maniera rilevante – ma non significativa – i grammi di urina persi nelle 24 ore ( $p=0.07$ ). Tale effetto, parallelo all'incremento della prestazione tonica muscolare, induce ad ipotizzare che il training pre-chirurgico prepari il piano perineale ad un più efficace controllo sfinterico una volta rimosso il catetere vescicale.

#### CONCLUSIONI

Un breve training pre-operatorio del pavimento pelvico non è in grado di diminuire la durata dell'incontinenza urinaria post-

prostatectomia, ma può ridurre la severità dell'incontinenza nelle prime settimane dalla rimozione del CV e migliorare la prestazione muscolare.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Bales GT, Gerber GS, Minor TX et al. Effect of preoperative biofeedback/pelvic floor training on continence in men undergoing radical prostatectomy. *Urology* 2000;56:627-30.
2. Burgio KL, Goode PS, Urban DA et al. Preoperative biofeedback assisted behavioral training to decrease post-prostatectomy incontinence: a randomized controlled trial. *J Urol* 2006;175:196-201.
3. Parekh AR, Feng MI, Kirages D et al. The role of pelvic floor exercises on post-prostatectomy incontinence. *J Urol* 2003;170(1):130-3.

## Incontinenza urinaria maschile post-prostatectomia radicale ed ipotonia del nucleo fibroso centrale del perineo: quale correlazione?

D. GIRAUDDO, A. CENTEMERO, L. RIGATTI, G.F. LAMBERTI\*, G. GUAZZONI

S.C. Urologia - Ospedale San Raffaele Ville Turro Milano; \*S.C. Neuroriabilitazione - A.S.L. CNI - Cuneo

È sempre più rilevante, in ambito di riabilitazione del piano perineale, l'importanza di effettuare un esame obiettivo che possa confermare l'ipotesi diagnostica ed individuare alcuni indicatori clinici per la corretta impostazione ed il monitoraggio del successivo percorso di cura riabilitativo. Il Nucleo Fibroso Centrale del Perineo (NFCP) è una struttura mio-tendinea posta sulla linea mediana del perineo alla giunzione del triangolo urogenitale con il triangolo anale. Nel maschio, in particolare, è palpabile tra la base del pene, sotto lo scroto, e l'ano. L'integrità di tale struttura, con la quale contraggono rapporti lo sfintere anale esterno, il muscolo bulbo-spongioso, le fibre mediali del muscolo elevatore dell'ano ed i muscoli trasversali superficiale e profondo del perineo, è fondamentale per il mantenimento di un adeguato sostegno al piano pelvico.

Nell'esecuzione dell'esame obiettivo in caso di incontinenza urinaria maschile post-prostatectomia radicale, alla richiesta del ponzamento o della manovra di Valsalva sarà possibile valutare complessivamente il sistema anatomico di supporto pelvico attraverso il criterio di giudizio della discesa o meno del NFCP rispetto alle tuberosità ischiatiche: il difettoso sostegno del NFCP (espressione solitamente dell'abitudine inveterata del paziente ad esercitare forti e prolungate manovre di spinta per agevolare la defecazione in caso di stipsi o di espressione di parziale denervazione del pavimento pelvico) è correlabile con una complessiva flaccidità muscolare. Con queste premesse e sulla base della recente attenzione posta alle caratteristiche tonico-trofiche perineali in relazione all'incontinenza urinaria maschile iatrogenica, si è voluto porre in correlazione il recupero del tono perineale correla con il recupero della continenza urinaria dopo intervento di prostatectomia radicale. Da gennaio a luglio 2009 abbiamo valutato in 48 pazienti candidati a prostatectomia radicale la tonicità del nucleo fibroso del perineo utilizzando il perineometro di J. Beco (Perineocaliper®).

Abbiamo effettuato la valutazione clinica generale del piano

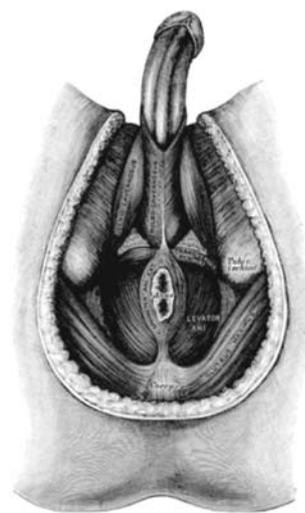


Fig. 1 - Perineo maschile: Nucleo Fibroso Centrale del Perineo.

perineale ed in particolare il testing perineale, la valutazione della presenza della contrazione anteriore e la consistenza del NFCP prima dell'intervento chirurgico, 1 mese dopo e dopo 40 giorni di trattamento riabilitativo perineale (cinesiterapia, BFB e FES). Tutti i pazienti sono stati inoltre sottoposti ad una valutazione con scale validate della Qualità di Vita percepita.

Tutti i pazienti sono stati operati da un unico chirurgo e valutati da un unico fisioterapista.

Gli strumenti utilizzati per la valutazione dell'efficacia del trattamento riabilitativo nell'ambito del presente lavoro sono stati: pad-test 24 ore, ICI-Q e valutazione con il perineometro.

L'analisi statistica dimostra come, rispetto ai 48 pazienti inseriti nello studio (età media  $55 \pm 7$  anni), 20 (42%) risultavano continenti. I valori rilevati al perineometro in questi pazienti risultano essere significativamente superiori rispetto a quelli rilevati nei pazienti incontinenti; la rilevazione fatta su quest'ultimo gruppo ha poi rilevato una correlazione tra il recupero della continenza e la misurazione al perineometro. Ciò consente di affermare che

esiste la possibilità di correlare il recupero della continenza ed il recupero del tono perineale e che la perineometria rappresenta un possibile strumento predittivo di rischio di incontinenza post-operatoria.

#### BIBLIOGRAFIA:

Broekhuis SR, Hendriks JC, Fütterer JJ, Vierhout ME, Barentsz JO, Kluijvers KB. Perineal descent and patients' symptoms of anorectal dysfunction, pelvic organ prolapse, and urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2010 Feb 5. [Epub ahead of print].

## La stimolazione magnetica perineale nell'incontinenza urinaria da sforzo femminile: risultati preliminari di un percorso diagnostico terapeutico riabilitativo

A. FALLUCCA, S. SANDRI, C. GUERRER, T. ANTONIETTA, A. ZARINELLI, L. ALEMANI, D. IEMMA, E. INVERNIZZI, L. CHIANURA

*1*A.O. Legnano – Ospedale G. Fornaroli – U.O. Urologia e Unità Spinale di Magenta

### INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

La stimolazione magnetica del piano perineale (SMP) è una valida opzione terapeutica nel trattamento dell'incontinenza urinaria da sforzo, ben accettata dalle pazienti soprattutto per la semplicità di esecuzione e per la minima invasività. E' tuttavia evidente che per godere a pieno dei suoi benefici sia necessario un corretto inquadramento clinico delle pazienti e della loro sintomatologia. Nel nostro servizio è stato definito un percorso diagnostico terapeutico riabilitativo (PDTR) con indicazione alla SMP associata alla fisiochinesiterapia (FKT) del piano perineale. Scopo di questo lavoro è valutare i risultati ottenuti attraverso l'analisi degli strumenti utilizzati.

### MATERIALI E METODI

La corretta applicazione del PDTR e il coordinamento delle singole attività in tutte le sue fasi (dalla prenotazione della prima visita per incontinenza al follow up post trattamento) hanno permesso di creare flussi informativi strutturati in grado di consentire prima il corretto inquadramento delle pazienti e poi un adeguato follow-up. In particolare sono stati utilizzati il questionario ICIQ-SF (1), PAD-TEST 24 ore e la valutazione della contrazione del piano perineale graduata (Cpp) come convenzionalmente da 0 a 5. Durante il trattamento tutte le pazienti (pz) sono state addestrate ad eseguire, sotto il controllo dell'infermiere uro-riabilitatore, la corretta contrazione della muscolatura del piano perineale isolata dalle sinergie muscolari (addominali, glutei, arti inferiori) di base e addestramento all'automatismo. Al termine della terapia è stato rivalutato ICIQ-SF, PAD TEST e Cpp ed è quindi stato organizzato con le stesse pazienti un controllo a 3 mesi per la rivalutazione del risultato ottenuto. In tale occasione le pazienti sono state invitate a compilare nuovamente ICIQ-SF, PAD-TEST, una scala di percezione, costituita da quattro risposte guarite – migliorata – invariata – peggiorata della sensazione soggettiva del risultato del trattamento: (Patient Global Impression of Improvement - PGI-I – scale) ed è stata rivalutata la contrazione del piano perineale.

### RISULTATI

Dal febbraio 2009 a settembre dello stesso anno 23 pazienti sono state sottoposte a trattamento riabilitativo con SMP. Sono state seguite a 3 mesi dal termine del trattamento 20 pazienti (3 pz hanno preferito non eseguire i successivi controlli).

#### Valutazioni pre-trattamento:

PAD-TEST in media 29 gr – Cpp in media valori pari a 2,6 – ICIQ-SF in media valori pari a 11.

#### Valutazioni dopo 18 sedute di trattamento:

PAD-TEST in media 14 gr – Cpp in media valori pari a 3,33 – ICIQ-SF in media valori pari a 8,6.

#### Valutazioni a 3 mesi dal trattamento riferite a 20 pz:

PAD-TEST in media 12 gr – Cpp in media valori pari a 3,38 – ICIQ-SF in media valori pari a 8 – PGI-I 14 migliorata 2 peggiorata e 4 invariata.

Abbiamo osservato, tuttavia che non tutte le pazienti hanno proseguito al domicilio la FKT. In particolare 14 pz hanno continuato ad eseguire gli esercizi suggeriti, 6 pz hanno scelto di non proseguire al domicilio la riabilitazione.

PZ che hanno eseguito FKT dopo il trattamento SMP:

- PGI-I: migliorata (14/14)
- PAD.TEST in media 0,5 gr
- Cpp in media valori pari a 4,12
- ICIQ-SF in media valori pari a 4,8

PZ che non hanno eseguito FKT dopo il trattamento SMP:

- PGI-I: peggiorata (2/6); invariata (4/6)
- PAD.TEST in media 30,7 gr
- Cpp in media valori pari a 2,25
- ICIQ-SF in media valori pari a 13,25

### DISCUSSIONE

Complessivamente nella nostra esperienza la stimolazione magnetica perineale si è dimostrata una metodica riabilitativa efficace, semplice e ben accettata dalle pazienti stesse, purchè l'indicazione iniziale sostenuta da una completa valutazione clinica sia stata adeguata. In un processo riabilitativo così articolato risulta tuttavia fondamentale la partecipazione attiva e motivata di tutti gli operatori che uniti da uno scopo comune utilizzano metodiche di valutazione e di addestramento comuni. Infatti l'analisi dei risultati ha mostrato nel nostro campione l'importanza sia di una stimolazione "passiva" che di un corretto apprendimento degli esercizi di rinforzo del piano perineale. Le pazienti che, ben motivate, hanno seguito correttamente il programma riabilitativo sia durante il trattamento che nei mesi successivi al follow up, a 3 mesi hanno ottenuto risultati migliori con importante riduzione delle perdite di urina. Tale dato si è manifestato anche nella compilazione dei questionari con significativa riduzione del punteggio ICIQ-SF e della scala di percezione (tutte le pazienti si sono definite migliorate).

### CONCLUSIONI

La stimolazione magnetica perineale, nella nostra esperienza, è risultata essere un valido trattamento per l'incontinenza urinaria da sforzo; è tuttavia fondamentale motivare le pazienti alla fisiochinesiterapia per mantenere nel tempo i benefici ottenuti. Tale risultato si esplica anche in una maggior consapevolezza del proprio controllo sul piano perineale (la pazienti si sentono guarite). Un iter terapeutico così articolato nel tempo e nelle sue componenti è stato possibile tramite la partecipazione diretta di tutti gli operatori alla sua stessa progettazione, in tal modo abbiamo ottenuto una visione globale del "problema", abbiamo favorito le relazioni interpersonali e sviluppato l'attitudine al lavoro di equipe. Abbiamo altresì imparato che la valutazione continua dei risultati clinici ottenuti e quindi del paziente deve essere parte integrante della nostra attività.

#### BIBLIOGRAFIA:

Tubaro, F. Zattoni, D. Prezioso, R. M. Scarpa, F. Pesce, C. A. Rizzi, A. M. Santini, L. Simoni, W. Artibani and the FLOW study group. Italian validation of the International Consultation on Incontinence Questionnaires. *British Journal of Urology International* 2006; 97 (1):101-108.

## La stimolazione magnetica extracorporea associata alla kinesiterapia nel trattamento della incontinenza urinaria da sforzo femminile

C. SPREAFICO<sup>1</sup>, E. BUTTI<sup>1</sup>, M. PEDERSOLI<sup>1</sup>, G. FRAGAPANE<sup>1</sup>, O. RISI<sup>1</sup>, G. FALLONI<sup>2</sup>, F. CHIACCHIO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Neuro-Urologia e Urologia A.O. - Treviglio; <sup>2</sup>U.O. Di Urologia Casa Di Cura San Camillo - Cremona

### INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

La stimolazione magnetica perineale (ExMS) è una nuova metodica non invasiva, indolore e poco costosa per il trattamento dell'incontinenza urinaria da sforzo e da urgenza, sia nella donna che nell'uomo, oltre che per i disturbi dell'alvo. I risultati sono simili al trattamento riabilitativo classico nelle forme di incontinenza medio-lieve con una guarigione del 50-70%. L'apparecchiatura sfrutta l'utilizzo dei campi magnetici indirizzando le onde in modo mirato sui nervi del pavimento pelvico. L'innervazione magnetica extracorporea si basa sul principio dell'induzione magnetica. Questi campi attraversano indumenti, ossa e tessuti molli per dare inizio all'impulso nervoso. Per effettuare un trattamento di riabilitazione bisogna far sedere il paziente sulla sedia dove i campi magnetici, generati dalla testata posizionata nella seduta della sedia, penetrano nei tessuti del perineo e raggiungono i nervi del pavimento pelvico e degli sfinteri muscolari. Quindi si ottiene una tonificazione del pavimento pelvico, maggior confidenza con la muscolatura ed un miglior controllo delle funzioni fisiologiche urinarie. Il trattamento prevede due sedute a settimana, per otto o più settimane, a seconda dello stato del pavimento pelvico all'inizio della terapia. Il protocollo standard ha una durata di venti minuti ed è costituito da due fasi da dieci minuti, la prima fase ha una frequenza di 5 Hz; la seconda di 50 Hz. I tempi di lavoro e riposo sono di cinque secondi.

### MATERIALI E METODI

Un gruppo di pazienti di sesso femminile giunti presso il nostro ambulatorio di riabilitazione del pavimento pelvico affetti da incontinenza urinaria da sforzo e incontinenza urinaria da urgenza sono stati trattati con le seguenti modalità: inizialmente viene effettuata la raccolta dati anamnestici comprendente innanzitutto le indagini sulla natura dei sintomi e la ricerca di riscontri obiettivi, durata del disturbo, precedenti interventi chirurgici, impatto dei sintomi su qualità di vita. Successivamente si illustrano al paziente brevi cenni anatomico-funzionali del pavimento pelvico e le eventuali disfunzioni conseguenti alla patologia di cui sono affetti. Informiamo il paziente, quindi, sui vantaggi e sugli svantaggi che il trattamento in discussione può dare, con la raccolta della firma per il consenso informato. A questo punto si sottopone il paziente alla prima visita. Il primo passo è quello di rendere cosciente il paziente della propria



area perineale (presa di coscienza). Successivamente si effettua il pc-test. Una volta che il paziente ha la consapevolezza che il proprio perineo esiste e riesce a "muoverlo", si verifica l'eventuale interferenza di muscoli accessori quali i glutei, gli addominali, gli adduttori che durante l'attività perineale devono essere inibiti. Una volta coordinata l'area perineale, si può iniziare la parte attiva di rinforzo muscolare, si tratta di insegnare al paziente una serie di esercizi mirati a incrementare la forza dei muscoli del pavimento pelvico. L'auto-training è d'obbligo sia in corso di terapia per garantirne il successo, che dopo, come sostegno per mantenere nel tempo i risultati. Già alla prima seduta il paziente viene fornito di un diario minzionale e del Questionario King's Health (questionario sulla qualità della vita) ed eseguito un Pad test 1 ora (> 8 gr) che viene ripetuto al termine del assieme alla compilazione del Subject Perception of Treatment Benefit. Abbiamo trattato nel periodo Ottobre 2008-Dicembre 2009 32 pazienti di sesso femminile (età media 56 anni range 32-78) affette da Incontinenza Urinaria da Stress. Tutte le pazienti hanno eseguito 2 trattamenti settimanali della durata di 20 minuti, seguiti da altri 20 minuti di riposo per un totale di 10 sedute

### RISULTATI

Abbiamo rivalutato le pazienti ad otto settimane dal termine della terapia, dando indicazione di proseguire a domicilio gli esercizi. Il 30% della pazienti è diventato asciutto; il 40% si definisce migliorato ed il 30% invariato; la media degli episodi di fuga è passata da 5,5 a 2,1; il pad test medio è passato da 20,5 gr a 8,3 gr. Migliorato anche la QoL in maniera significativa. Non sono stati riscontrati effetti collaterali; una paziente ha riferito parestesie in regione perineale, una paziente ha sospeso il trattamento per inefficacia. È risultata ridotta inoltre la frequenza minzionale media.

### CONCLUSIONI

La ExMS è una metodica non invasiva, indolore e poco costosa per il trattamento dell'incontinenza urinaria maschile e femminile di tipo da sforzo e da urgenza, oltre che per i disturbi dell'alvo. I risultati sono simili al trattamento riabilitativo classico nelle forme di incontinenza medio-lieve con una guarigione del 50-70% in questi casi. È quindi un trattamento di prima linea nei disturbi della incontinenza urinaria. Successivi studi sono necessari per valutare l'efficacia a lungo termine e la necessità di terapia di mantenimento

L'associazione della stimolazione ad una terapia riabilitativa sembra portare a migliori risultati rispetto alla sola stimolazione magnetica

### BIBLIOGRAFIA:

1. Sandri SD, De Francesco O, Sommariva M, Confalonieri S, Nervi S, Zanollo L. Trattamento dell'incontinenza urinaria femminile con stimolazione magnetica perineale: risultati preliminari. *Urologia* 2005; 1:107-110.
2. Sheriff MK, Shah PJ, Fowler C, Mundy AR and Craggs MD. Neuromodulation of detrusor hyper-reflexia by functional magnetic stimulation of the sacral nerve roots. *Br J Urol*; 1996;78:39.
3. Ünsal A, Saglam R, Cimentepe E. Extracorporeal magnetic stimulation for the treatment of stress and urge incontinence in women. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology* 2003; 5: 424-428.

## Ritenzione urinaria in pazienti con retroversione uterina e risoluzione attraverso manovre riabilitative-manipolative

G. GARIGLIO, E. MISTRANGELO

Genova

### INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Pur trattandosi di un argomento poco discusso in letteratura, è noto che esistono condizioni in cui l'utero retroverso, di volume aumentato (es. utero gravido o utero con miomi) o lievemente prolassato, arriva a comprimere la giunzione uretro-vescicale fino a causare disturbi minzionali della fase di svuotamento. Tali disturbi possono essere lievi e cronici, fino a slatentizzarsi come disturbi secondari della fase di riempimento (frequenza, urgenza), oppure, in casi più rari, possono manifestarsi come evento acuto con veri e propri episodi di ritenzione urinaria (i più noti in gravidanza I-II trimestre).

### MATERIALI E METODI

Portiamo ad esempio cinque casi di giovani pazienti di sesso femminile, con storia di multipli accessi al pronto soccorso per ritenzione urinaria acuta e dimesse con la sola indicazione all'autocaterismo.

CASO 1: donna in gravidanza alla 15° settimana; CASO 2: donna di 29 anni con prollasso uterino di I grado (classificazione HWS) insorto dopo parto vaginale; CASO 3: donna di 34 anni con fibromiomas uterina; CASO 4: donna di 48 anni con miomi uterini multipli; CASO 5: donna di 57 anni con prollasso uterino di II grado (classificazione HWS).

In tutti casi le donne avevano una retroversione dell'utero. Sono state tutte studiate con ecografia perineale che ha evidenziato come, in ortostatismo ed in clinostatismo sotto spinta, la cervice uterina andava a comprimere la giunzione uretro-vescicale fino ad assottigliarne il profilo.

## RISULTATI

Le cinque donne sono state sottoposte a manovre di manipolazione interna sulle fasce ed i legamenti pelvici e sono state istruite agli esercizi perineali con scomparsa degli episodi di ritenzione acuta, riduzione fino alla scomparsa del residuo postminzionale, necessità di un numero sempre minore di cateterismi intermittenti e miglioramento soggettivo dello svuotamento vescicale.

## DISCUSSIONE

Quelli presentati sono solo cinque casi clinici che non possono portare a vere e proprie conclusioni ma che vogliono porre l'attenzione su un problema spesso trascurato, quello degli episodi di

ritenzione urinaria acuta in donne con utero retroverso, di volume aumentato e/o lievemente prolassato.

## CONCLUSIONI

Secondo la nostra esperienza, tali casi possono avvalersi della riabilitazione perineale che, se eseguita da mani esperte, associando agli esercizi dei muscoli pelvici anche manovre di manipolazione interna, permette talvolta la risoluzione del problema riducendo la necessità di ricorrere all'autocatereterismo.

## BIBLIOGRAFIA:

- 1) Haylen BT. Urinary retention secondary to a uterine leiomyoma: is it nonpregnant incarceration of a retroverted uterus? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007;18(10):1247-8.
- 2) Inaba F, Kawatu T, Masaoka K, Fukasawa I, Watanabe H, Inaba N. Incarceration of the retroverted gravid uterus: the key to successful treatment. *Arch Gynecol Obstet.* 2005;273(11):55-7.
- 3) Yohannes P. Ultrasound in acute urinary retention and retroverted gravid uterus. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2004;23(5):427.

## La consapevole gestione della propria salute: la misura dell'impatto dell'istituzione di un servizio dedicato alla presa in carico della incontinenza urinaria

R. CELLA, C. RUMIANO, A. MASTRULLO, M.G. MAZZA, R. VITALE

*U.O. di Medicina Riabilitativa dell'Ospedale A Landolfi di Solfara (AV)*

### INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

L'istituzione del nostro servizio di riabilitazione dedicato alla cura dei cittadini affetti da disfunzione vescico-sfinterico-perineale ci ha indotto a valutare l'eventuale cambiamento dell'immagine e dell'idea di salute su un territorio e quindi la correlabile modificazione della domanda posta all'offerta dei servizi. Il nuovo concetto della salute e dei suoi componenti derivato dall'introduzione dell'ICF permette di valutare anche l'impatto su di essa derivato dalle offerte di servizio presenti. Le azioni sanitarie pubbliche dovrebbero essere mirate a considerare la dimensione di un problema, nel caso dei cittadini con incontinenza urinaria assistiamo al ritardo nella stima della stessa, di conseguenza si producono due effetti negativi: la scadente qualità della vita delle donne e degli uomini incontinenti e un aggravio dei costi per il SSN. La consapevolezza dei problemi è la via che apre il cammino alle possibili soluzioni, conoscere vuol dire poter migliorare la qualità di vita propria o delle persone vicine ne consegue che facilitare un atteggiamento attivo della popolazione, applicando strategie di informazione e sensibilizzazione, ne riduce il bisogno di cure. Dall'introduzione del su citato servizio di presa in carico dei cittadini con incontinenza urinaria abbiamo potuto evidenziare, attraverso ricerca, che le possibilità di ascolto e la disponibilità della presa in carico già modificano la percezione e la gestione individuale del proprio stato di salute e dell'eventuale disabilità con un'immediata modifica dell'impatto dei sintomi urinari sulla QoL dei singoli interessati e con concomitante riduzione della spesa sanitaria collettiva.

### MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto su un campione di 100 cittadini con incontinenza urinaria, giunti all'unità operativa per effettuare il percorso di cura riabilitativo, gli strumenti di valutazione usati per evidenziare i dati utili alla nostra ricerca sono stati somministrati all'inizio del percorso e alla conclusione dello stesso. I tempi di durata per ogni progetto riabilitativo non sono stati standard, poichè come per il lavoro svolto nel disegnare un abito su misura così le scelte terapeutiche si differenziano sulla base delle singole situazioni valutate.

Tutti sono stati sottoposti a visita riabilitativa (utilizzando il diario minzionale, PC-test, questionari specifici per l'incontinenza urinaria) dalla quale sono stati raccolti dati:

- anagrafici, anamnestici generali ed uro-colon-ginecologici;
- relativi al numero ed alla frequenza delle perdite;
- relativi alle caratteristiche cliniche del reclutamento del pavimento pelvico, del pattern respiratorio e della muscolatura sinergica;
- relativi ai disturbi funzionali di svuotamento e riempimento dell'IU;
- neurofisiatrici del plesso lombo-sacrale.

La percezione dell'impatto dei disturbi sulla QoL è stata misurata attraverso la somministrazione del "King's Health Questionnaire", con domande inerenti lo stato generale del cittadino incon-

tinente, l'influenza sullo stile di vita, le limitazioni quotidiane, le limitazioni fisiche e sociali, il condizionamento nei rapporti interpersonale e nella sfera sessuale, l'emotività soggettiva, il rapporto sonno/veglia, la sensibilità, e misure di severità dei sintomi.

Il King's Health Questionnaire è specifico nella valutazione della qualità di vita delle persone affette da incontinenza urinaria, è largamente utilizzato negli studi clinici multinazionali come strumento valido, attendibile e sensibile, è tradotto in diverse lingue. Si compone di 21 items che indagano 9 aspetti della vita con ottime proprietà psicometriche e un sistema attraverso il quale si attribuisce un punteggio ad ogni sintomo.

### RISULTATI

Alla valutazione iniziale la percezione dell'impatto dei sintomi di incontinenza urinaria sulla propria qualità della vita risulta essere maggiormente negativo per gli ambiti 1,2,9 (stato di salute percepito, impatto sulla vita e misure adottate in conseguenza ai sintomi), mentre per gli ambiti 6 e 7 (impatto dell'IU sull'emotività e sul sonno/energia) si evidenziano punteggi migliori. Alla valutazione finale si evidenzia un miglioramento netto per gli ambiti 1,2,9 e generalizzato per tutti gli altri del KHQ. L'evidenziazione di questi dati ci aiuta a dimostrare la veridicità della nostra ipotesi iniziale: la presa in carico riabilitativa dell'incontinenza urinaria è in grado di migliorare la percezione, singola e collettiva, dell'impatto che essa ha sulla qualità della vita e quindi lo stato di salute della popolazione.

Inoltre si può affermare che il tempo di somministrazione del questionario e il tempo di classificazione ICF sono rapidi e semplici da inserire nel nostro lavoro e utili strumenti da adoperare per sposare i principi dettati dalla comunità medica internazionale al riguardo dell'attuale concetto di salute pubblica collettiva.

### DISCUSSIONE

Emerge che il questionario KHQ è un valido strumento di misura dell'impatto sulla qualità della vita e delle problematiche legate all'incontinenza utile ai fini di studio e valutazione del processo ma estraneo al percorso recuperativo del paziente mentre l'ICF integra uno scambio di consapevolezza e di conoscenza tra il TEAM e il cittadino utente, è quindi utile al processo per entrambi e modifica immediatamente il comportamento dei cittadini nei confronti della patologia. Inoltre viste le evidenze emergenti in valutazione iniziale sugli ambiti del KHQ emotività e sonno/energia ipotizziamo che la consapevolezza dei cittadini sul correlare il proprio stato di salute fisico con la sfera psichica/emotiva risulta essere ancora poco esplorato nella nostra cultura.

### CONCLUSIONI

Una grande percentuale di cittadini segnala problematiche urinarie i dati elaborati su di essi ci portano a pensare che l'istituzione di un servizio dedicato alla presa in carico del disturbo che ne conse-

gue migliora in positivo la loro consapevolezza, la loro qualità di vita e la relazione tra la popolazione e il SSN.

#### BIBLIOGRAFIA:

- P. Di Benedetto, Riabilitazione Uro-Ginecologica, Minerva Medica.

- D. Bonaiuti, Le Scale di Misura in Riabilitazione, SEU ROMA.
- OMS, ICF, Erickson.
- Soligo M, Questionari Sintomatologici e di Valutazione della Qualità di Vita (QoL) nelle Disfunzioni Pelviche, Pubblicazione Siud 15/05/09.

## Esperienza del primo anno del “centro multidisciplinare per le patologie uro ginecologica, urologica maschile e del pavimento pelvico”

A. SATTA, M. GARAVENTA, G. CANEPA, A. PINTO, E. MISTRANGELO, F. REPETTI

Ospedale Galliera - Genova

### INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Dal 1 ottobre del 2008 opera presso il nostro Ospedale un centro interdisciplinare specifico per la presa in carico globale dei disturbi del pavimento pelvico, femminili e maschili. Tale centro è stato strutturato in modo da poter determinare:

- la creazione, per i pazienti affetti da disturbi uro-ginecologici, di un “percorso” diagnostico-terapeutico il più possibile definito e semplificato attraverso un centro unico coordinatore di tutta l’attività diagnostico terapeutica
- la possibilità per i medici coinvolti di dedicarsi a tempo pieno all’attività specifica, con aumento pertanto delle competenze
- la possibilità di formare personale paramedico dedicato (infermieri professionali, fisioterapisti, ostetriche) a competenza specifica polifunzionale
- la possibilità di creare la massima sensibilizzazione per le patologie coinvolte da parte dell’utenza

Il presente abstract ha lo scopo di riportare i dati raccolti nel primo anno di esperienza del centro.

### MATERIALI E METODI

Le figure fino ad oggi coinvolte sono costituite da un urologo, un ginecologo, un fisiatra, un’ostetrica, tre fisioterapiste, tre infermiere professionali, che operano sulle seguenti strutture:

1. ambulatorio di uro ginecologia
2. ambulatorio di uro dinamica
3. ambulatorio di riabilitazione del pavimento pelvico
4. struttura per la day-surgery
5. struttura di degenza per chirurgia maggiore

Esiste inoltre, correlata al centro, una struttura in collaborazione esterna costituita da un ambulatorio di proctologia.

Le prestazioni fino ad oggi offerte dal centro sono le seguenti:

#### Prestazioni di accesso:

##### (AMBULATORIO DI UROGINECOLOGIA)

- prima visita per patologia uro-ginecologica (tutti i disturbi minzionali compresa l’incontinenza urinaria, il prolasso uro-genitale, le infezioni croniche / ricorrenti delle vie urinarie, il dolore pelvico, la dispareunia) con: compilazione della cartella clinica informatizzata, esame clinico uro-ginecologico mirato all’evidenziazione dei segni di incontinenza urinaria da sforzo e da urgenza, esecuzione di manovre semeiologiche e strumentali per la classificazione del grado di prolasso e di incontinenza
- visite di controllo per i pazienti in terapia medica o riabilitativa
- visite di controllo post-chirurgiche e di follow-up a medio e lungo termine

#### Prestazioni diagnostiche di secondo livello:

##### (AMBULATORIO URO-GINECOLOGICO, UROLOGICO, FISIO-TERAPICO)

- valutazione fisiatrica per accesso a programma riabilitativo
- esame uro dinamico
- ecografia funzionale trans perineale
- uretroscopia diagnostica
- visita congiunta multi specialistica per patologia “complessa”

#### Prestazioni terapeutiche:

##### (AMBULATORIO FISIO-TERAPICO, SS. CC. Ginecologia e/o Urologia)

- programma riabilitativo a sedute multiple (ostetriche e fisioterapiste)
- neuro stimolazione tibiale

- terapia chirurgica divisa in:
  - day-surgery e one-day-surgery
  - chirurgia uroginecologica maggiore (con possibilità di chirurgia “associate”)
  - neuro modulazione sacrale

### RISULTATI

#### 1) ATTIVITA’ CLINICA AMBULATORIALE

##### Ambulatorio Uro Ginecologia:

- Accessi come prima visita: 367
  - Accessi come seconda visita: 592
- (totale 959)

##### Ambulatorio Urologia:

- Totale visite 174

##### Ambulatorio Urodinamica:

- Esami uro dinamici 200

#### 2) ATTIVITA’ DI RIABILITAZIONE PELVICO-PERINEALE

- Numero complessivo di pazienti trattati 100
- Numero di singole sedute eseguite (1 h ciascuna) 2000

#### 3) ATTIVITA’ CHIRURGICA

- Chirurgia vaginale in ricovero ordinario interventi n. 108
- Chirurgia incontinenza (TVTO) in one day-surgery n. 61
- Infiltrazioni uretrali per incontinenza femminile n. 10
- PRO-ACT per incontinenza maschile n. 4
- Neuro modulazioni sacrali n. 8

### DISCUSSIONE

La complessità delle situazioni anatomico-funzionali riscontrabili in ambito uro-ginecologico spiega la necessità di un approccio che più che “multidisciplinare” è corretto definire “interdisciplinare”. Nonostante il board europeo di Ostetricia e Ginecologia abbia inserito l’Uroginecologia tra le quattro sub-specialità riconosciute (insieme alla Perineologia, all’Oncologia Ginecologica e alla Medicina della Riproduzione), in realtà spesso nelle strutture ospedaliere non esiste personale dedicato esclusivamente alle patologie del pavimento pelvico ed ogni medico, sia esso urologo, ginecologo, proctologo, affronta i singoli casi che giungono alla propria attenzione curando la singola patologia che più si avvicina a campo di interesse specifico, con il risultato di una mancata ottimizzazione delle risorse e un disorientamento dell’utenza.

### CONCLUSIONI

L’esperienza riportata nel presente abstract dimostra che, nell’ambito della sanità pubblica, in Italia, è possibile creare un centro dedicato alle patologie del pavimento pelvico, che permetta di coinvolgere l’utenza attraverso un’unica via di accesso attraverso la quale, nell’ambito di un rapporto interdisciplinare tra gli operatori, viene impostato e seguito l’iter diagnostico-terapeutico più appropriato, garantendo in tal modo la personalizzazione delle cure e un’elevata competenza specifica.

### BIBLIOGRAFIA:

1. G. Dodi. “UPP: Unità di Pelvi-Perineologia”. Editoriale su Pelvi-Perineologia, RISP 2005;24: 138-139.
2. L. Passarella. “La necessità e la meta”. Editoriale su Pelvi-Perineologia, RISP 2006; 3-4.