

PELVIPERINEOLOGIA

RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

Comitato editoriale

Urologia **Salvatore Siracusano**
Ginecologia **Luisa Marcato**
Andrologia **Andrea Garolla**
Colo-Proctologia **Simona Ascanelli**
Fisiatria **Sofia Straudi**
Imaging **Vittorio Piloni**
Statistica **Carlo Schievano**
Editore Direttore resp. **Giuseppe Dodi**

Collaborazione con

**Società Italiana di Pelvi-perineologia
e di Urologia Femminile e
Funzionale**
Integrated Pelvis Group
**Associazione Italiana
di Ginecologia Estetica e Funzionale**
**Club Amici della Proctologia
e Perineologia**
**Federazione Italiana Incontinenti
e Disfunzioni del Pavimento Pelvico**

www.pelviperrineologia.it

Indice

- 3 L'estro armonico e disarmonico del pavimento pelvico G. Dodi
- 4 Water Holding Test: test predittivo della funzionalità dello sfintere anale. Un'alternativa alla manometria anorettale preoperatoria? Risultati preliminari A. BAGLIONI, S. FERRO, E. ROSSIN ET AL.
- 8 Microbiota e microbioma M.B. RUSTICONI
- 12 Efficacia della carbamazepina in un caso di enuresi secondaria refrattaria E. ANDRETTA, F. SANGUIN, C. ZULIANI
- 14 Il sesso non è peccato, anzi... è sacro M. PESCATORI
- 16 "Sono un intestino pigro". Confessioni di un organo che rivendica il diritto di essere diverso Z. ESPOSITO
- 17 Gennaro Rosa, un talento italiano della chirurgia coloretta M. PESCATORI
- 18 Abstract degli articoli di Pelviperrineology 3 2022
- 19 Riassunti del Corso teorico-pratico "La gestione della complessità pelvi-perineale nelle fasi della vita: la primavera della pelvi"
- 38 Progetto formativo dell'Integrated Pelvis Group (IPG): didattica e confronto nella cura della complessità pelviperrineale

Leda e il cigno - Leonardo da Vinci, 1510

Redazione:
info@espodesign.it

Stampa:
Pixartprinting S.p.A.

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

AIGEF



epinorm[®]
GEL

nella **riepitelizzazione** delle
lesioni muco-cutanee

con **Adelmidrol**
(modulatore mastocitario)



5 monodose da 3 ml
epinorm[®] GEL CE
0476

epitech
group

www.epitech.it

L'estro armonico e disarmonico del pavimento pelvico

GIUSEPPE DODI

C'è in rete un sito molto interessante intitolato *La parola del giorno* che sicuramente molti dei nostri lettori conoscono. Di recente è stata presa in considerazione la parola *estro*. A questo termine vengono attribuiti vari e diversi significati: ispirazione creativa, capriccio, periodo di fertilità nelle femmine dei mammiferi, insetto parassita degli animali domestici (sic!). Estro è una voce dotta recuperata dal latino *oestrus*, a sua volta dal greco *òistros*, cioè assillo, ma anche un dittero, il tafano (!), nonché passione ardente. È quindi una parola con cui si percorre “la sottile linea che separa una smania desiderosa, l'archetipica scalmanata che nasce nei lombi (!), da una fastidiosa frenesia causata dal tormento esterno... ma che poi può innalzarsi nel mondo etereo e celeste dell'ispirazione o ricadere nella labilità del capriccio, nella vanità del ghiribizzo”.

Quindi, avvicinandoci ai nostri temi “stagionali” pelvici, ci stupiamo di come *òistros*, *oestrus* e *estro* abbiano così tanti significati, ma c'è un filo conduttore che fa il nostro gioco. Da una parte l'insetto che tormenta gli animali domestici, dall'altra la conseguenza dell'assillo, una frenesia, una voglia di dimenarsi per liberarsi da questo tormento. Frenesia simile alla fregola degli animali in calore, ed è da lì che l'estro è diventato anche il periodo di fertilità delle femmine dei mammiferi. Così, via via, andando per etimologie, arriviamo agli *estrogeni*.

Comunque, con l'estro inteso come ispirazione, ardore inventivo e momento creativo, dobbiamo vedere anche l'approccio alla nostra professione, dove l'interpretazione del rapporto tra organi, funzioni e disfunzioni è mediato, dal punto di vista sia del paziente che del terapeuta, da una tale varietà di espressioni, da creare un difficile equilibrio tra l'*arte medica*, che oggi si tende a relegare ad un mestiere del passato, e la necessità di *algoritmi* che ci definiscano la probabilità di una diagnosi e di una terapia corretta che riporti all'armonia delle funzioni.

Questo numero di Pelviperineologia contiene gli atti del secondo estroso corso didattico-formativo organizzato dall'Integrated Pelvis Group all'insegna dell'idea fondante della nostra associazione, quella di creare, dall'incontro delle quattro specialità generali del pavimento pelvico Urologia, Ginecologia, Andrologia e Coloproctologia, un valore integrato e unitario interdisciplinare e intradisciplinare.

Il corso di Rovigo del 19 Novembre 2022 è servito da test e ci ha dimostrato come la formula sia valida e grazie ad ottimi docenti abbiamo ottenuto un risultato assai soddisfacente come si può dedurre dalla valutazione degli allievi.

Valutazione generale dell'evento

20 votanti per 12 relatori in 27 presentazioni: su 5 punti
rilevanza 4,65 qualità 4,70 utilità 4,65

Questo risultato ci ha incoraggiato a proseguire nel programma del 2023 con i tre corsi teorico-pratici sulla *Gestione della complessità pelviperineale nelle fasi della vita* dedicati alle problematiche pelviperineali nei giovani, la *primavera* della pelvi, nell'adulto l'*estate* e nel vecchio l'*autunno* della pelvi. Firenze, Roma e Padova-Abano sono le città che ospitano i tre eventi l'1 Aprile, il 24 Giugno e il 18 Novembre.

La didattica ha un intento informativo e formativo, con parti di pratica riabilitativa e messaggi molto concreti sul come gestire i problemi delle/dei pazienti in organi vicini e con funzioni diverse, spesso concomitanti ma non di rado contrastanti. Ne esce un corpus di notevole interesse, premessa di ulteriori sviluppi sempre nell'ottica del *problem solving* in ambito di pavimento pelvico che peraltro coinvolge tutti, ma proprio tutti, gli aspetti della persona.

Scorrendo l'indice di questo numero si nota come gli atti del corso siano preceduti da un interessante e originale lavoro del gruppo di chirurghi coloretali dell'Università di Ferrara su un tema spinoso, qual'è quello di capire in che misura oggettiva il paziente che lamenta incontinenza anale ne sia effettivamente colpito. Il tema del microbiota intestinale è ormai all'ordine del giorno in tutti i campi della medicina e quindi fare il punto sullo stato dell'arte è d'obbligo per chi si occupa delle patologie del pavimento pelvico. Oltre ad un'utile presenza urologica, tra il serio ed il faceto scopriremo anche che l'intestino parla, o ... scrive, e sotto l'influsso dei suoi padroni, la flora ma anche la mente del corpo che la contiene, ci dice quanto pensa e quanto può soffrire. Accenni alla primavera, indirettamente anche a quella della pelvi, si trovano anche nelle “variazioni” religioso-sessuali dell'articolo di Pescatori.

Buona lettura.

Corrispondenza
 giuseppe.dodi@unipd.it

Water Holding Test: test predittivo della funzionalità dello sfintere anale. Un'alternativa alla manometria anorettale preoperatoria? Risultati preliminari

AGNESE BAGLIONI, SILVIA FERRO, ELEONORA ROSSIN, LAURA CHIMISSO, PAOLO CARCOFORO, SIMONA ASCANELLI

UO Chirurgia 2, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ferrara

Riassunto. Introduzione: Lo studio della continenza anale pre- e post-operatoria si basa sull'esecuzione della manometria ano-rettale che rappresenta a tutt'oggi l'esame predittivo della funzionalità sfinteriale in pazienti da sottoporre a interventi chirurgici che possono alterare la continenza anale: interventi proctologici (per fistole anali complesse, prolapsi emorroidari e rettali); interventi di resezione del retto per neoplasia (TME: Total Mesorectal Excision, TaTME: Transanal Total Mesorectal Excision), interventi di ricanalizzazione intestinale dopo intervento secondo Hartmann o chiusura dell'ileostomia, interventi di asportazione transanale di neoformazioni retto-anali, e interventi di correzione di prolapsi pelvici (prolassectomia transanale, correzione di rettocele, colpoplastica posteriore, rettopessi ventrale con protesi laparoscopica, colposacropessi, sospensione laterale uterina, etc). Il test di tenuta dell'acqua (Water Holding Test) viene eseguito frequentemente in diverse unità chirurgiche prima dell'intervento chirurgico di ricanalizzazione intestinale al posto della manometria anorettale ma, a tutt'oggi non esiste ancora un'analisi sul ruolo di questo test nella routine clinica. **Materiali e metodi:** Lo scopo dello studio è valutare l'efficacia del Water Holding Test nel predire la continenza anale in caso di interventi chirurgici in cui si può modificare. L'esito del test (positivo in caso di riuscita nella tenuta nell'acqua) è correlato con le pressioni manometriche rilevate pre-operatoriamente nei pazienti da sottoporre a interventi chirurgici sul retto sia per patologia benigna che per patologia neoplastica. **Risultati:** In caso di un test di tenuta dell'acqua sufficiente nonostante i bassi livelli di pressione manometrica, il rischio di incontinenza anale post-operatoria sembra essere basso. **Conclusioni:** Il Water Holding Test rappresenta un metodo facile e affidabile per prevedere una sufficiente continenza fecale post-operatoria in caso di interventi chirurgici che possono alterare la continenza anale.

Parole chiave: Incontinenza anale, Manometria rettale, Chirurgia del retto, Carcinoma rettale, Ricanalizzazione intestinale, Disfunzioni complesse pavimento pelvico; Prolapsi pelvici

Water Holding Test: predictive test of anal sphincter function. An alternative to preoperative anorectal manometry?

Abstract. Introduction: The study of pre- and postoperative anal continence is based on anorectal manometry's results, which is to date the predictive test of sphincter function in patients undergoing surgical procedures that may alter anal continence: anorectal surgery for benign diseases (complex anal fistulas, hemorrhoidal and rectal prolapses); anterior resection of the rectum for cancer (TME: Total Mesorectal Excision, TaTME: Transanal Total Mesorectal Excision), stoma reversal or ileostomy closure, transanal excision of recto-anal tumours, and surgical correction of pelvic prolapse (transanal prolapse excision, rectocele correction, posterior colpoplasty, laparoscopic ventral rectopexy with mesh, colposacropxy, lateral uterine suspension, etc.). Water holding test is frequently performed in several surgical units prior to stoma reversal in place of anorectal manometry but, to date, there is still no analysis on the role of this test in clinical routine. **Materials and Methods:** The purpose of the study is to evaluate the effectiveness of the Water Holding Test in predicting anal continence in case of surgery in which it may change. The outcome of the test (positive in case of successful water holding) correlated with manometric pressures measured preoperatively in patients to undergo surgery on the rectum for both benign and neoplastic pathology. **Results:** In case of sufficient water holding test despite low manometric pressure levels, the risk of postoperative anal incontinence seemed to be low. **Conclusions:** The Water Holding Test is an easy and reliable method to predict sufficient postoperative fecal continence in case of surgery that may alter anal continence.

Keywords: Anal incontinence, Rectal manometry, Rectal surgery, Rectal carcinoma, Stoma reversal, Pelvic floor complex dysfunction; Pelvic prolapses

INTRODUZIONE

La chirurgia cosiddetta "Sphincter-saving" in ambito coloretale benigno e neoplastico comporta rischi di deterioramento della funzionalità anale. In particolare, la resezione anteriore del retto (TME: Total Mesorectal Excision) e ancor più la resezione transanale del retto (TaTME: Transanal Total Mesorectal Excision), nonostante preservi lo sfintere anale, può avere risultati funzionali insoddisfacenti¹. Diversi studi hanno dimostrato che un terzo dei pazienti presenta incontinenza fecale dopo TME o TaTME e radioterapia neoadiuvante². Sebbene si ritenga che la chirurgia sphincter-saving migliori la qualità di vita (QoL), l'incontinenza fecale rappresenta un problema importante. Dopo la resezione anteriore bassa del retto (TME e TaTME) e altre procedure di resezione rettosigmoidea, fino all'80% dei pazienti riferisce sintomi quali urgenza defecatoria, defecazioni frazionate e frequenti, difficoltà di svuotamento e incontinenza ai gas e alle feci³. L'insieme di questi sintomi viene raggruppato nella sindrome da resezione anteriore bassa (LARS: Low

Anterior Resection Syndrome) che è definita come alterazione della funzionalità intestinale dopo resezione del retto con alterazione della qualità di vita⁴. Tra i fattori predisponenti la LARS vi sono l'assenza del reservoir rettale e le alterazioni biomeccaniche del neoretto e colon distale, la sede e dimensioni della anastomosi, la fibrosi post-radioterapica, l'alterata funzione dello sfintere anale (secondaria alla radioterapia, o all'utilizzo del dilatatore anale, e alla suturatrice), l'enteropatia dell'intestino tenue secondaria alla radioterapia e le anomalie sensoriali della mucosa anale residua. Una stomia (ileo- o colostomia) può diventare necessaria in un numero rilevante di pazienti sottoposti a chirurgia gastrointestinale. La chiusura dello stoma e la ricanalizzazione intestinale possono comportare alterazioni intestinali e incontinenza anale. Nell'ambito della patologia benigna del retto e sul trattamento chirurgico del prolasso rettale e della sindrome da ostruita defecazione (ODS: Obstructed defecation syndrome) molto si è scritto e studiato, in particolare sugli esiti dell'intervento di STARR (Stapled Transanal Rectal

Resection) sviluppato da Longo⁵: la sicurezza e l'efficacia di questo intervento sono state messe in discussione e confrontate con gli esiti di altri interventi di asportazione del prolasso rettale quale l'intervento di Delorme^{6,7}. Gli interventi di correzione del prolasso rettale interno associato a ODS sono gravati da un rischio del 30% di urgenza defecatoria e fino al 10% di incontinenza anale⁸. La possibilità di predire il rischio di incontinenza postoperatoria dopo interventi di chirurgia anorettale e pelvica è di cruciale importanza. La manometria è l'esame gold-standard che a tutt'oggi consente di prevedere la continenza anale postoperatoria prima dell'intervento. È la tecnica più utilizzata per valutare l'impatto della chirurgia rettale sulla funzione anorettale⁹, tuttavia non tutti i centri hanno la possibilità di eseguire la manometria rettale.

Da alcuni anni, il test di tenuta dell'acqua (Water Holding Test, WHT) è eseguito in alcune Unità Chirurgiche al posto della manometria rettale prima della chiusura della stomia e della ricanalizzazione intestinale. Schwandner F. et al. nel 2019 hanno condotto uno studio pilota prospettico per valutare il ruolo della manometria ano-rettale e del WHT come test predittivi della continenza postoperatoria prima di un intervento di ricanalizzazione intestinale e chiusura della stomia¹⁰ e hanno verificato che tutti i pazienti avevano superato con successo il WHT nonostante i valori pressori preoperatori bassi alla manometria rettale e normalmente non sarebbero stati ricanalizzati. Tuttavia, non esiste ancora un'analisi sul ruolo di questo test nella routine clinica.

L'obiettivo dello studio è stato valutare se il WHT può essere utilizzato come alternativa della manometria rettale per predire il rischio di incontinenza anale postoperatoria dopo chirurgia del retto per patologia benigna e neoplastica.

MATERIALI E METODI

Abbiamo disegnato uno studio osservazionale su tutti i pazienti operati consecutivamente di chirurgia anorettale e pelvica presso l'UO di Chirurgia 2 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ferrara da giugno 2022 a dicembre 2022.

A tutti i pazienti arruolati per chirurgia coloretale e pelvica è stato chiesto di eseguire il WHT, la manometria ano-rettale e di rispondere ai questionari concernenti l'incontinenza anale prima e dopo 3 mesi l'intervento chirurgico.

Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico dell'Area Vasta Emilia Centro (CE-AVEC), Italia (numero 681/2021/Oss/AOUFe) e tutti i pazienti hanno espresso il consenso informato scritto.

I criteri di inclusione sono stati: età maggiore di 18 anni; consenso alla partecipazione allo studio; anamnesi patologica remota negativa per incontinenza anale; indicazione a intervento chirurgico di resezione anteriore del retto per neoplasia; ricanalizzazione intestinale dopo Hartmann o chiusura di ileostomia; e prolassectomia transanale (qualsiasi tecnica).

Sono stati esclusi dallo studio i pazienti con anamnesi patologica remota positiva per incontinenza anale, prolasso rettale esterno >5 cm, rifiuto a sottoporsi al WHT, alla manometria rettale e alle visite di controllo.

L'obiettivo dello studio è stato valutare il ruolo del WHT e la sua correlazione con le pressioni manometriche rilevate pre-operatoriamente nel predire la continenza anale dopo un intervento di chirurgia rettale.

Water Holding test

Il WHT (o Water Retention Test) consiste nell'instillare nel retto del paziente 100 ml di acqua tiepida, attraverso un catetere. Il test non necessita di digiuno o di altre partico-

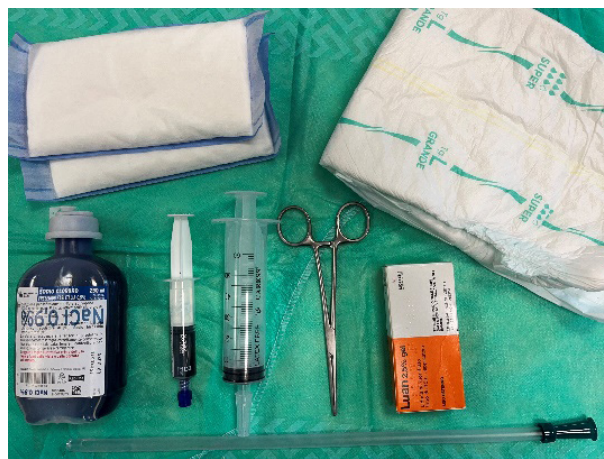


Fig.1

lari misure di preparazione. Il materiale necessario al test è composto da una sonda rettale, 2 siringhe cono-catetere da 60 ml, blu di metilene, e pannolone (Fig.1).

Le fasi del test sono: raccogliere il consenso al test da parte del/della paziente, dopo aver dato l'informativa e risposto alle domande del paziente; posizionare il paziente in posizione di Sims (disteso sul fianco sinistro), instillare nel retto 120 ml di acqua tiepida mescolata a una fiala di blu di metilene attraverso la sonda rettale, rimuovere il catetere, far indossare un pannolone al paziente; far alzare il paziente chiedendogli di trattenere l'acqua inserita nel retto per venti minuti. Durante questo tempo, il paziente è invitato a camminare nei corridoi dell'ospedale, senza sedersi o stendersi. Il test è considerato superato/positivo (punteggio 1) se dopo 20 minuti il paziente riesce a trattenere l'acqua e la mutanda assorbente risulterà asciutta.

Abbiamo aggiunto il Blu di Metilene per evidenziare con più facilità la perdita di acqua, in modo che anche piccole gocce possano essere ben visibili, da qui l'idea di soprannominare il test come Test di Pollicino.

I pazienti che non sono riusciti a trattenere l'acqua (punteggio 0 al WHT) sono stati informati del rischio molto elevato di presentare incontinenza fecale dopo l'intervento chirurgico.

Manometria rettale

La manometria ano-rettale è stata eseguita lo stesso giorno del WHT utilizzando un catetere flessibile a 8 canali, alimentato ad acqua (Memphis Biomedica, Bologna, Italia) con fori laterali per la registrazione della pressione, e la procedura è stata eseguita utilizzando una tecnica pull-through¹¹. Di tutti i valori registrati con la manometria, sono stati riportati la massima pressione anale a riposo (Maximum Resting Pressure, MaxRP), la pressione media a riposo (Mean Resting Pressure, Mean RP) la massima pressione anale di contrazione volontaria (Maximum Squeeze Pressure, MSP), l'endurance, e la percentuale di rilassamento puborettale allo sforzo evacuativo. Sono state anche riportate la sensibilità rettale, la distensibilità del retto e la compliance rettale, misurando i volumi alla prima sensazione (FS: first sensation), allo stimolo costante (CS: constant stimulus) e al massimo volume tollerato (MTV: Maximum Tolerated Volume).

Anorectal manometry scoring system

Abbiamo costruito un sistema di punteggio di valutazione dell'esito della manometria anorettale (Tabella 1) sulla scorta di un sistema di punteggio utilizzato in chirurgia pediatrica per confrontare i risultati funzionali dopo chirurgia per le malformazioni anorettali¹².

Tabella 1 Anorectal manometry scoring system (ARMSS)

Mean resting pressure (MRP) >40 mmHg	0
Mean resting pressure (MRP) <40 mmHg	2
Maximum sphincter pressure (MSP) > 120 mmHg with duration >22 sec	0
Maximum sphincter pressure (MSP) < 120 mmHg with duration <22 sec	1
Rectoanal inhibitory reflex present	0
Rectoanal inhibitory reflex absent	1
Maximum tolerated volume (MTV) >160	0
Maximum tolerated volume (MTV) <160	1

I punteggi 0-1 indicano una buona funzionalità anorettale
I punteggi 2-5 indicano una funzionalità ridotta.

I pazienti con scarsa funzionalità anorettale alla manometria sono stati informati della elevata probabilità di presentare incontinenza fecale dopo l'intervento chirurgico.

Questionario di valutazione dell'incontinenza anale

I pazienti sono stati sottoposti al questionario Incontinence Wexner Score (Cleveland Clinic Anal Incontinence Score) ¹³ prima dell'intervento chirurgico e dopo 3 mesi.

Follow-up

I pazienti sono stati rivalutati ambulatorialmente a 3 mesi dall'intervento chirurgico con il WHT, la manometria rettale e i questionari di valutazione dell'incontinenza anale (Wexner Score).

L'outcome primario è stato confrontare l'esito del WHT preoperatorio (1: superato o 0: non superato) con i valori pressori e volumetrici registrati alla manometria rettale preoperatoria (punteggi secondo l'ARMSS) e con il questionario Wexner eseguito preoperatoriamente.

L'outcome secondario è stato confrontare gli esiti preoperatori del WHT, valori manometrici e questionario Wexner con gli esiti degli stessi test eseguiti a 3 mesi dall'intervento chirurgico.

Analisi statistica

Per l'analisi statistica è stato utilizzato il test di Shapiro-Wilk per valutare l'ipotesi di normalità e i dati sono stati espressi come mediana (range interquartile - IQR 25-75) secondo la distribuzione. I dati categorici sono stati presentati come numero assoluto e percentuale (%). I dati sono stati analizzati utilizzando i test Chi-quadro e Mann-Whitney quando indicati. La significatività è stata considerata per valori di $p < 0,05$. L'analisi statistica è stata eseguita con IBM SPSS Statistics for Windows, versione 24.0 (IBM Corp. Armonk, NY: IBM Corp.).

RISULTATI

Da giugno 2022 a dicembre 2022 presso l'UO di Chirurgia 2 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ferrara sono stati inclusi nello studio 30 pazienti (16 femmine e 14 maschi) di età media 65 (range 33-83). Di questi 10 (33%) sono stati sottoposti a resezione anteriore bassa del retto con ileostomia e successivamente a chiusura dell'ileostomia, 10 (33%) a ricanalizzazione di Hartmann e 10 (33%) a prolassectomia transanale (STARR o Delorme procedure) (Tabella 2).

Tabella 2. Caratteristiche dei pazienti

N=30 pazienti	
Genere [N (%)]	
Maschio	14 (46.7)
Femmina	16 (53.3)
Età media (anni) (range)	
	65 (34-85)
BMI* (Kg/m ²) [Mediana (IQR 25-75)]	
	25.7 (18.6-28.2)
Chiusura di ileostomia dopo TME [N (%)]	
	10 (33.3)
Ricanalizzazione di Hartmann [N (%)]	
	10 (33.3)
STARR [N (%)]	
	6 (20)
Delorme [N (%)]	
	4 (13.3)

BMI – Body Mass Index; TME: Total Mesorectal Excision; STARR Stapled Transanal Rectal Resection

L'80% (24 pazienti) dei pazienti inclusi in questo studio ha superato il WHT riuscendo a trattenere l'acqua instillata nel retto. La valutazione manometrica preoperatoria ha evidenziato un punteggio mediano di 2 corrispondente a una funzionalità anorettale ridotta (Tabella 3). Il punteggio mediano preoperatorio dell'incontinenza secondo il questionario di Wexner è risultato 1.

A 3 mesi dall'intervento chirurgico il 66.7% dei pazienti ha superato il WHT. Il punteggio mediano dell'ARMSS è risultato 4. Il Wexner score mediano 5.

Tabella 3. Risultati funzionali prima e dopo l'intervento chirurgico

	Prima della chirurgia	Dopo la chirurgia
WHT [N (%)] superato	24 (80)	20 (66.7)
ARMSS [Mediana (IQR 25-75)]	2 [0 3]	4 [1 4]
Wexner score [Mediana (IQR 25-75)]	1 [0 2]	5 [1 10]

DISCUSSIONE

I risultati preliminari di questo studio hanno evidenziato che il WHT è predittivo della funzionalità anorettale prima di un intervento chirurgico di resezione del retto o ricanalizzazione intestinale dopo intervento di Hartmann o dopo prolassectomia transanale.

I bassi livelli di pressione manometrica preoperatoria, nonostante il superamento del test di tenuta dell'acqua nel retto, non sono risultati associati a un punteggio di incontinenza postoperatorio più elevato a 3 mesi dall'intervento chirurgico.

Considerando solo le pressioni manometriche come criterio per sottoporre i pazienti a ricanalizzazione intestinale dopo Hartmann o a chiusura dell'ileostomia dopo TME o TaTME, la maggior parte dei pazienti non sarebbe stata ricanalizzata. La manometria anorettale è considerato l'esame cruciale nel selezionare la tecnica chirurgica più adeguata e nel predire/valutare gli esiti funzionali dopo chirurgia rettale oncologica o benigna (prolassi, emorroidi). È perciò molto utilizzata, valutando sia la componente sensitiva che motoria della continenza anale, nel work-up preoperatorio dei pazienti proctologici: è discussa però la sua effettiva utilità nei pazienti maschi, giovani, ben continenti per il basso rischio di incontinenza e soiling post-operatori. Nello studio di Pescatori et. al l'unico parametro che aveva significato prognostico era la soglia massima della sensibilità rettale alla distensione, unico dato con significative differenze tra pazienti continenti e incontinenti ¹⁵.

La sensibilità rettale può essere valutata anche da test meno invasivi e dispendiosi della manometria, come il Water Holding Test. Nello studio di Schwandner et al.¹⁰, il WHT si è dimostrato essere uno strumento valido per predire la continenza fecale post-ricanalizzazione in quanto gli sperimentatori hanno rilevato che pazienti con valori pressori bassi a riposo o in fase dinamica alla manometria, ma con Water Holding Procedure positiva, non hanno dimostrato incontinenza fecale post-operatoria.

Si tratta di dati preliminari e la raccolta dati è ancora in atto. Sarà interessante valutare i test e questionari suddividendo i pazienti per classi di patologia. I numeri attuali ancora non lo consentono.

CONCLUSIONI

Il Water Holding test è un test semplice, economico, riproducibile ed eseguibile in qualunque ambulatorio; pertanto, potrebbe essere uno strumento aggiuntivo nella valutazione e nella stima della continenza fecale prima di interventi di resezione del retto o asportazione di un prolasso rettale, aiutando il chirurgo nel processo decisionale. Inoltre, con ulteriori studi e ricerche, potrebbe diventare parte integrante della valutazione della continenza fecale, riservando la manometria ano-rettale a casi selezionati.

BIBLIOGRAFIA

1. Bittorf B, Stadelmaier U, Gohl J, Hohenberger W, Matzel KE. Functional outcome after intersphincteric resection of the rectum with coloanal anastomosis in low rectal cancer. *Eur J Surg Oncol* 2004; 30: 260–265
2. Parc Y, Zutshi M, Zalinski S, Ruppert R, et al. Preoperative radiotherapy is associated with worse functional results after coloanal anastomosis for rectal cancer. *Diseases of the colon & rectum*, 2009, 52.12: 2004-2014
3. Martellucci J. Low anterior resection syndrome: a treatment algorithm. *Diseases of the Colon & Rectum*, 2016, 59.1: 79-82
4. Keane C, Fearnhead NS, Bordeianou LG, Christensen P, et al.; LARS International Collaborative Group. International Consensus Definition of Low Anterior Resection Syndrome. *Dis Colon Rectum* 2020; 63(3):274-284. doi: 10.1097/DCR.0000000000001583. PMID: 32032141; PMCID: PMC7034376
5. Biviano I, Badiali D, Candeloro L, Habib FI, et al. Comparative outcome of stapled trans-anal rectal resection and macrogol in the treatment of defecation disorders. *World J Gastroenterol* 2011; 17(37): 4199-4205 DOI: 10.3748/wjg.v17.i37.4199
6. Ohazuruike NL, Martellucci J, Mencon C, Panicucci S, et al. Short-term results after STARR versus internal Delorme for obstructed defecation: a non-randomized prospective study. *Updates Surg* (2014) 66:151–156 DOI 10.1007/s13304-014-0247-2
7. Dodi G, Pietroletti R, Milito G, et al. Bleeding, incontinence, pain and constipation after STARR transanal double stapling rectotomy for obstructed defecation. *Techniques in coloproctology* 2003; 7:148-15
8. Picciariello A, Papagni V, Martines G, et al. Post-operative clinical, manometric, and defecographic findings in patients undergoing unsuccessful STARR operation for obstructed defecation. *International journal of colorectal disease* 2019; 34: 837-842.
9. Bharucha AE, Basilisco G, Malcolm A, Lee TH, et al. Review of the indications, methods, and clinical utility of anorectal manometry and the rectal balloon expulsion test. *Neurogastroenterology & Motility*, 2022, 34.9: e14335
10. Schwandner F, Klimars U, Gock M, Schiffmann L, et al. The Water-Holding Procedure for Ensuring Postoperative Continence Prior Restoring Intestinal Continuity. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 2020; 24:411–417 <https://doi.org/10.1007/s11605-019-04171-7>
11. Drossman DA. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. *Gastroenterology* 2006, 130 (5): 1377-1390. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2006.03.008>
12. Keshtgar AS, Athanasakos E, Clayden GS, Ward HC. Evaluation of outcome of anorectal anomaly in childhood: the role of anorectal manometry and endosonography. *Pediatr Surg Int* 2008; 24:885–892 DOI 10.1007/s00383-008-2181-1
13. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 77–97
14. Rockwood TH, Church JM, Fleshman J W, Kane R L, et al. Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Diseases of the Colon & Rectum* 2000, 43, 9-16
15. Pescatori M, Ayabaca S, Caputo D. Can anal manometry predict anal incontinence after fistulectomy in males? *Colorectal Disease* 2004, 6, 97-102

DICHIARAZIONE

Gli Autori dichiarano l'assenza di conflitti di interesse. Lo studio non è stato supportato da alcun finanziamento o da alcuna Azienda.

Corrispondenza
simona.ascanelli@unife.it

Microbiota e microbioma

MARIA BEATRICE RUSTICONI

Farmacista, Microbiota Specialist, Milano

Riassunto: Lo scopo di questo articolo è quello di introdurre il concetto di Microbioma, come è stato scoperto, cos'è e quali principali molteplici funzioni esplica nell'organismo umano, sia a livello generale che a livello gastrointestinale. Della disbiosi intestinale vengono evidenziati i motivi che la inducono, le patologie correlate, indicando infine quali sono le implicazioni terapeutiche del microbiota. Viene presentato il documento che il Consiglio Superiore di Sanità ha stilato per definire le linee guida su tale nuovo argomento.

Parole chiave: Microbioma; Microbiota; Disbiosi; Disbiosi intestinale

Microbiota and microbiome

Abstract: Aim of this article is to introduce the concept of Microbiome, how it was discovered, what it is and what main multiple functions it performs in the human organism, both at a general and gastrointestinal level. The reasons that induce intestinal dysbiosis, and the related pathologies are highlighted, finally indicating what are the therapeutic implications of the microbiota. The document that the Superior Health Council has drawn up to define the guidelines on this new topic is presented.

Keywords: Microbiome; Microbiota; Dysbiosis; Intestinal dysbiosis

INTRODUZIONE

La scoperta e gli studi sul Microbiota segnano una rivoluzione nel campo della medicina, cambiano la nostra prospettiva, ci spingono a riconsiderare la nostra idea di salute e malattia. Si è evidenziato che i batteri sono partner delle cellule tissutali dell'organismo e se vengono a mancare, se sono alterati o disturbati noi ci ammaliamo. La scoperta del microbiota ha svelato molti meccanismi dell'interazione tra apparato digerente e sistema immunitario, sistema nervoso e ormonale, chiarendo molti fattori regolatori dell'infiammazione e del metabolismo, ed è probabilmente il più importante dei fattori epigenetici noti, ossia in grado di indurre modificazioni fenotipiche ereditabili dall'organismo senza che vari il genotipo¹, così come dieta, età, ambiente, ecc, riescono a modulare l'espressione dei geni con meccanismi che non coinvolgono mutazioni del DNA.

Lo scudo microbico migliora la nostra capacità di adattamento all'ambiente in base alla ricchezza microbica ovvero al livello di biodiversità. Come avere dei soldati al nostro servizio, regolati da uno stato di eubiosi.

Cos'è quindi il **microbiota**? È un *organo* di nuova evidenza, una comunità strettamente connessa con le cellule dei nostri tessuti ed è l'insieme di tutti i microrganismi unicellulari: batteri, miceti, virus, retrovirus, parassiti, che risiedono nell'organismo umano, in una simbiosi mutualistica. Il microbiota va considerato un organo vitale per l'essere umano, in cui i microbi e le cellule del nostro organismo fanno parte di un unico ecosistema.

Con il termine **microbioma** si intende invece l'informazione genetica collettiva contenuta nel microbiota.

Nel 2001 fu annunciato che il *genoma umano* era stato decifrato. Era stata migliorata la tecnica di sequenziamento ed era quindi possibile identificare i geni in maniera più veloce e economica. Si partì quindi con il progetto di ricerca sul genoma umano e alla sua conclusione si realizzò che il numero dei geni nei cromosomi umani ammonta appena a 23.000 circa, poco più di quelli di un topo. Sembrava impossibile, ma si trovò una risposta inattesa: dobbiamo la nostra complessità ai geni dei batteri che vivono dentro di noi. Essi contengono la quantità mancante, circa centomila volte di più di quelli dei nostri cromosomi umani. Il potenziale metabolico del microbiota dato dalla ricchezza del suo genoma è una risorsa che integra i limiti della nostra genetica. Siamo una squadra: 23.000 noi, un milione "loro".

LE PRINCIPALI FUNZIONI DEL MICROBIOTA

Le funzioni del microbiota sono molteplici e coinvolgono tutti i distretti del nostro organismo^{2,3}: funzione *protettiva* e *immunitaria* ossia protezione fisica e funzione di barriera con difesa dell'epitelio dai patogeni potenziali, e l'attivazione del GALT (Gut Associated Lymphoid Tissue); *metabolica* con produzione e sintesi di vitamina K, B1, B5, B6, B12 e folati, digestione delle fibre solubili e insolubili con produzione di acidi grassi a catena corta (acido butirrico, acetico, propionico, ecc), catabolismo enzimatico di molti alimenti, metabolismo di farmaci e ormoni endogeni ed esogeni; strutturale e regolatoria del *sistema nervoso autonomo*; vascolare di *angiogenesi*; *comportamentale* per la risposta allo stress, sensibilità al dolore (Fig. 1a e b).

La correlazione tra immunità, infiammazione e microbiota è molto importante^{4,5}. È già noto che sia l'immunità che l'infiammazione vengono controllate prevalentemente dall'interno del tratto digerente; infatti, più del 70% del nostro sistema immunitario ha sede nell'intestino e il Gut-Associated Lymphoid Tissue (GALT) costituisce da solo l'80% di tutto il sistema immunitario. Sembra che l'equilibrio tra le diverse specie batteriche del microbiota regoli la differenziazione delle cellule T.

In assenza di microbi, il sistema immunitario non riceve stimoli, non impara a distinguere tra aggressori e sostanze innocue, non matura una corretta risposta ai vari antigeni e può reagire con risposte spesso esagerate fino all'allergia e all'autoimmunità.

Il microbiota rappresenta anche la prima linea di difesa, situata all'interno del doppio strato di muco intestinale. La mancanza di microbi o del muco permette l'adesione di patogeni, con stimolo dell'infiammazione.

Il nostro organismo ha bisogno del microbiota per portare a termine alcune funzioni importanti: la digestione delle *fibre* e la produzione di *acidi grassi* a catena corta⁶. I batteri sono in grado di produrre il *muco intestinale*, che protegge la mucosa intestinale e la nutre, la irrorata e sa distinguere ciò che è utile da ciò che è da espellere. E qui grazie al sistema immunitario avviene il "controllo" di compatibilità. Il muco viene trasformato da *Akkermansia muciniphila* (traduzione: amante del muco) in butirrato mediante un processo enzimatico. Il butirrato viene assorbito e utilizzato da *Faecalibacterium prausnitzii* che fornisce alle cellule l'energia per produrre mucina e quindi a rinnovare il muco. Se questo processo viene alterato o addirittura interrotto, possono insorgere malattie infiammatorie, allergiche e auto-immuni^{7,8}.

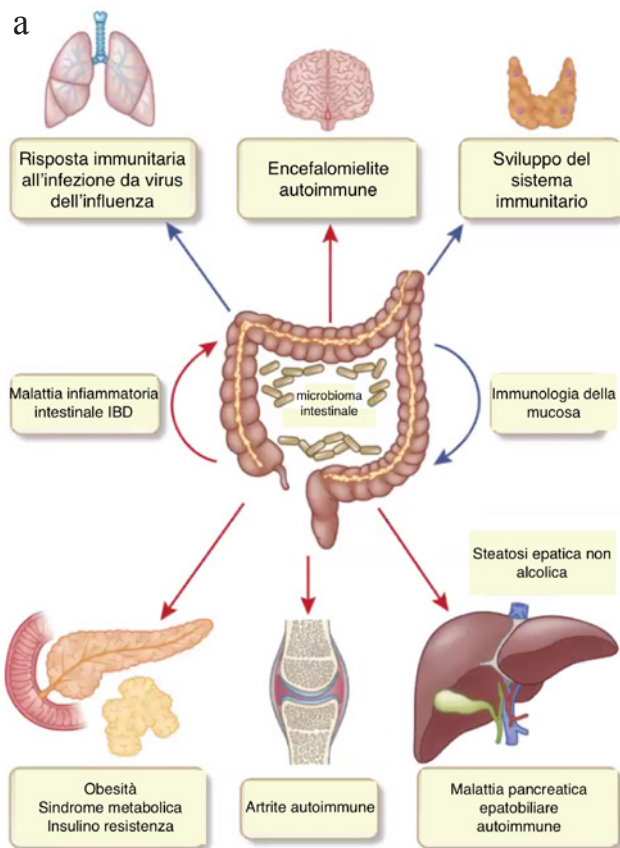
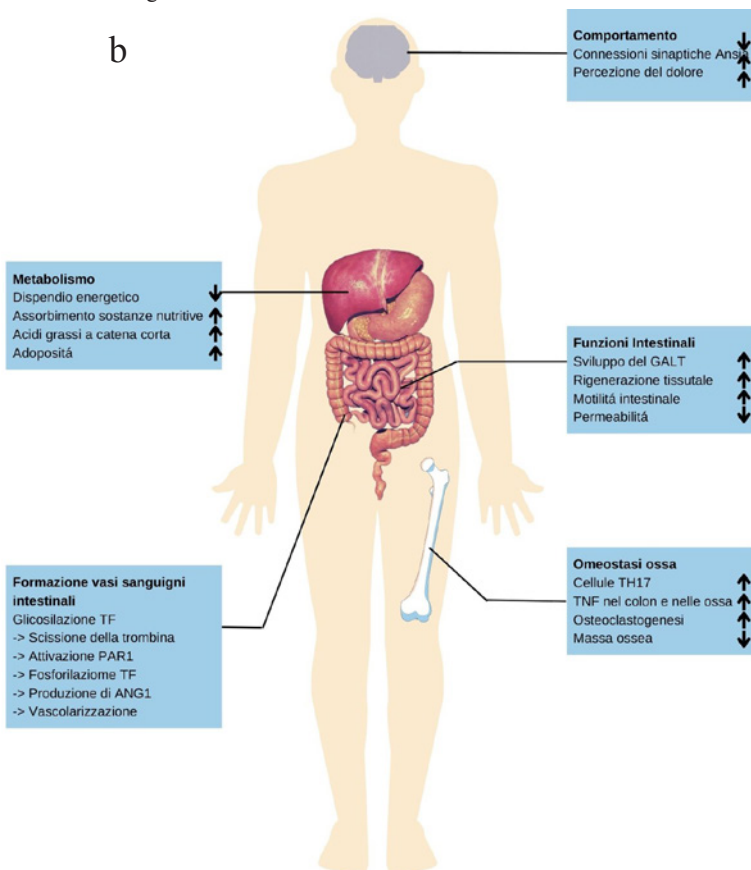


Fig. 1. Principali funzioni del microbiota:

- eubiosi/disbiosi, responsabilità nell'insorgenza di malattie sistemiche a carico di polmoni, sistema immunitario, mucosa intestinale, fegato, articolazioni, metabolismo, pancreas, e nelle malattie infiammatorie intestinali, in tutti i casi con meccanismo di infiammazione cronica latente;
- esempi di altre funzioni: angiogenetica, osteogenetica, comportamentale, causa di ansia, stress, abbassamento della soglia del dolore, massa ossea.



LA DISBIOSI INTESTINALE

Tutti i distretti possono risentire di un disturbo del microbiota quando questo è in situazione di non equilibrio cioè di disbiosi, dalla bocca sino ai genitali, passando per orofaringe, apparato digerente, tratto respiratorio, cute e vie urinarie. I sintomi principali di disbiosi gastrointestinali sono il dolore addominale, meteorismo, alvo alterno, diarrea, stipsi, perdita di muco nelle feci, proctite, reflusso gastro esofageo, eruttazioni e gonfiore. A livello ginecologico e urologico: cistite, vaginite, dismenorrea, tensione premestruale, prostatite e dispareunia^{9,10,11}.

Le patologie gastrointestinali correlate a disbiosi sono moltissime: SIBO (*Small Intestinal Bacterial Overgrowth* o sovracrescita batterica intestinale), IBS (*Irritable Bowel Syndrome*), diverticolite, appendicite, IBD (*Inflammatory Bowel Disease*, morbo di Crohn e rettocolite ulcerosa), colelitiasi, colite da antibiotici, gastroenterite da rotavirus, polmonite post-chirurgica, encefalopatia epatica, infezioni delle vie biliari, SIRS (*Systemic Inflammatory Response Syndrome*), alitosi, steatosi epatica non alcolica^{12,13,14,15}.

La disbiosi sembra avere un ruolo eziopatogenetico anche in malattie sistemiche quali artrite reumatoide, vasculiti, asma, dermatiti, ipertensione, obesità, diabete di tipo 1 e 2, CKD (*Chronic Kidney Disease*) e nefropatie croniche, Malattia di Alzheimer, Parkinson, Sclerosi Multipla, autismo, depressione, ADHD (*Disturbo da Deficit di Attenzione Iperattività*), cardiomiopatie, arteriosclerosi e problemi prostatici. Tutte queste patologie sono accomunate da un' infiammazione cronica silente^{16,17,18,19,20}.

Quali sono le implicazioni terapeutiche del microbiota?

Per spezzare il circolo negativo che si è instaurato nell'intestino in caso di disbiosi, cioè di disequilibrio, piuttosto che combattere i microrganismi indesiderati è fondamentale ripristinare la corretta composizione del microbiota, intervenendo per aumentare i batteri che risultano carenti e diminuire quelli in eccesso.

Da sempre gli esseri umani hanno utilizzato i microrganismi come strumento di guarigione anche se con modalità diverse dall'attuale idea di medicina. Il vino, la birra, il latte cagliato cioè tutte le bevande fermentate, venivano impiegate come rimedi terapeutici. Già per gli Egizi il pane era un rimedio fisico, Plinio il Vecchio scriveva del pane fermentato come medicamento, come molte civiltà usavano gli escrementi perché ricchi di batteri come medicinali. In Svizzera e in Germania c'erano cliniche in cui la terapia consisteva nella somministrazione quotidiana di siero di latte fresco ricavato dai propri animali allevati su prati coltivati senza pesticidi e/o inquinamento attuale.

Prebiotici, probiotici e postbiotici

Ora abbiamo a disposizione *prebiotici*, *probiotici*, *postbiotici* e *simbiotici* oltre ad una svariata quantità di alimenti come le fibre e gli alimenti fermentati che possono aiutarci in modo davvero efficace. E soprattutto la consapevolezza della funzione vitale che svolgono quei batteri che per decenni abbiamo alterato con l'alimentazione ricca di zuccheri, grassi animali, emulsionanti, dolcificanti, conservanti, glutine aggiunto ovunque, pesticidi, microplastiche, antibiotici, farmaci sintomatici, disinfettanti, antibatterici e antimicrobici²¹.

L'importanza di una nutrizione sana e di qualità

Noi saremmo più sani se potessimo nutrirci con alimenti non trattati, con cibi non scadenti. Nel corso dei millenni, le colture venivano praticate con il fine di ottenere una buona crescita e un beneficio per l'essere umano. Da alcuni decenni però i metodi di coltivazione si impostano ai fini della riduzione dei costi e della coltivabilità con i

mezzi meccanici. Il vero senso di un alimento, cioè la sua tollerabilità per gli esseri umani, è andato perduto. Stiamo parlando di qualità scadente del cibo in concomitanza di un microbioma indebolito e quindi di un muco assottigliato e di una reazione immunitaria esagerata al contatto con molecole provenienti da cibi non digeriti perché sconosciuti o perché non abbiamo i batteri che siano in grado di digerirli. Questi meccanismi li chiamiamo celiachia o intolleranze o allergie, ecc. Ora le grandi aziende alimentari per continuare a vendere ad un cliente che non digerisce più molti alimenti, sempre meno tollerante al cibo raffinato, cominciano ad aggiungere fibre; la dicitura “più ricchi di fibre” compare spesso perché le fibre sono il cibo per i batteri, quindi si corre ai ripari anche se in modo ancora poco incisivo. Si aggiungono probiotici nei prodotti caseari, si producono alcuni alimenti senza zuccheri aggiunti, si vanno diffondendo alimenti e bevande fermentate, quali Kefir, Kombucha, Kimchi, si parla maggiormente di proteine vegetali e meno di quelle animali, e di analisi e correzione del microbiota²².

IL DOCUMENTO DEL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ

La consapevolezza dell'importanza del microbiota è ufficialmente riconosciuta anche dai governi e dagli Istituti Superiori di Sanità. In Italia il Consiglio Superiore di Sanità nel 2018 ha pubblicato un documento di 72 pagine intitolato *Il Microbiota umano: dalla ricerca alle applicazioni cliniche. Raccomandazioni e linee di indirizzo*²³.

Se ne citano di seguito due brevi passaggi ad avvalorare quanto sopra scritto :

1) “...recenti meta-analisi suggeriscono che le disbiosi microbiche intestinali possono modificarsi nel tempo e che, pertanto, la caratterizzazione delle loro dinamiche è importante nella definizione di strategie terapeutiche personalizzate²⁴ ...”

2) “...è cruciale approfondire il percorso di alterazione dell'omeostasi intestinale dalle condizioni fisiologiche (eubiosi) alla fase di disbiosi e il suo ruolo nell'instaurarsi della patologia²⁵”.

Nella sua interezza questo documento ci introduce ai grandi progressi ottenuti sino ad oggi nelle conoscenze relative alla composizione del microbiota e alla sua espressione genica, cioè il microbioma. Lo indica come una grande potenzialità per lo sviluppo di nuovi strumenti per la gestione diagnostica-terapeutica di molte patologie.

Gli obiettivi che pone per il presente ed il futuro sono:

1. Facilitare l'applicazione clinica delle conoscenze nell'ambito del microbiota definendo profili-tipo associati a singoli individui, gruppi di età, gruppi di patologie per la caratterizzazione di stati di eubiosi e disbiosi del microbiota.
2. Favorire la standardizzazione dei protocolli diagnostici
3. Definire il ruolo dei probiotici nel migliorare l'equilibrio del microbiota.
4. Allestire programmi standardizzati di *fecal microbiota transplantation* (FMT) sul territorio nazionale.

Raccomanda alle varie Istituzioni coinvolte nella ricerca sul Microbiota le seguenti azioni: pianificare studi per la raccolta di dati a livello nazionale per costituire una banca dati nazionale pubblica che contenga profili metagenomici di microbiota intestinale e di altri distretti corporei; pianificare studi tesi a tracciare profili di microbiota in varie fasce di età e in vari distretti corporei; favorire l'utilizzo nella pratica clinica delle nuove applicazioni diagnostiche del microbiota.

CONCLUSIONI

L'importanza della scoperta del microbioma umano e lo studio per ora di quello intestinale, portano già oggi ad una

sinergia estremamente significativa con la medicina moderna nel trattamento di molteplici patologie delle quali attualmente si riesce esclusivamente ad attenuare il sintomo e non ad intervenire nella risoluzione definitiva.

In futuro con il continuo evolversi della conoscenza di questo nuovo organo, potremo e dovremo considerarlo parte integrante della valutazione di tutti i distretti e di tutte le patologie in quanto parte integrante di tutte le cellule dell'organismo umano e animale .

BIBLIOGRAFIA

1. Kumar H, Lund R, Laiho A et al. Gut microbiota as an epigenetic regulator: pilot study based on whole-genome methylation analysis. *mBio*. 2014; 5(6):e02113-14. doi: 10.1128/mBio.02113-14. PMID: 25516615; PMCID: PMC4271550.
2. Fan Y, Pedersen O. Gut Microbiota in human metabolic health and disease. *Nature Reviews Microbiology* 2021; doi: 10.1038/s41579-020-0433-9.PMID: 32887946
3. Rook G, Backhed F, Levin B R, et al. Evolution, human-microbe interactions, and life history plasticity. *Lancet* 2017; doi:10.1016/S0140-6736(17)30566-4 PMID: 28792414.
4. Levy M, Kolodziejczyk AA, Thaiss CA, et al, Dysbiosis and the immune system. *Nat Rev Immunol*. 2017;17(4)219-232. doi:10.1038/nri2017.7 PMID: 28260787.
5. Hippala K, Jouthten H, Ronkainen A et al. The potential of gut commensals in reinforcing intestinal barrier function and alleviating inflammation. *Nutrients* 2018;doi:10.3390/nu10080988 PMID:30060806 PMCID: PMC6116138.
6. Duncan SH, Louis P, Flint HJ. Lactate-utilizing bacteria, isolated from human feces, that produce butyrate as a major fermentation product. *Applied and Environmental Microbiology* 2004;doi:10.1128/AEM.70.10.5810-5817.2004. PMID: 15466518.
7. Derrien M, Vaughan EE, Plugge CM et al. *Akkermansia muciniphila* gen. nov., sp. nov., a human intestinal mucin-degrading bacterium. *International Journal of Systematic and Evolutionary Microbiology* 2004.doi:10.1099/ijs.0.02873-0. PMID: 15388697.
8. Burger-vanPaassen N, Vincent A, Puiman PJ, et al. The regulation of intestinal mucin MUC2 expression by short-chain fatty acids: implications for epithelial protection. *Biochemical Journal* 2009 doi: 10.1042/BJ20082222 PMID: 19228118.
9. Weiss GA, Hennet T. Mechanisms and consequences of intestinal dysbiosis. *Cell Mol Life Sci*. 2017; 74(16):2959-2977. doi: 10.1007/s00018-017-2509-x. PMID: 28352996.
10. Saffouri GB, Shields-Cutler RR, Chen J et al. Small intestinal microbial dysbiosis underlies symptoms associated with functional gastrointestinal disorders. *Nat Commun*. 2019; doi: 10.1038/s41467-019-09964-7. PMID: 31043597; PMCID: PMC6494866.
11. Aragón IM, Herrera-Imbroda B, Queipo-Ortuño MI et al. The Urinary Tract Microbiome in Health and Disease. *Eur Urol Focus*. 2018;4(1):128-138. doi:10.1016/j.euf.2016.11.001 PMID:28753805
12. Berry D, Reinisch W. Intestinal microbiota: a source of novel biomarkers in inflammatory bowel diseases?. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2013; doi:10.1016/j.bpg.2013.03.005 PMID: 23768552
13. Geirnaert A, Calatayud M, Grootaert C, et al. Butyrate-producing bacteria supplemented in vitro to Crohn's disease patient microbiota increased butyrate production and enhanced intestinal epithelial barrier integrity. *Scientific Reports* 2017.doi:10.1038/s41598-017-11734-8 PMID: 28904372 PMCID: PMC5597586
14. Guo XY, Liu XJ, Hao JY. Gut microbiota in ulcerative colitis: insights on pathogenesis and treatment. *J Dig Dis* 2020. doi:10.1111/1751-2980.12849 PMID: 32040250.
15. Mouries J, Brescia P, Silvestri A, et al. Microbiota-driven gut vascular barrier disruption is a prerequisite for non alcoholic steatohepatitis development. *JHepatol*2019 doi:10.1016/j.jhep.2019.08.005 PMID: 31419514 PMCID: PMC6880766
16. Fang Z, Zhang H, Zhao J et al. Gut Microbiota, Probiotics, and Their Interactions in Prevention and Treatment of Atopic Dermatitis: A Review. *Front Immunology* 2021.doi:10.3389/fimmu.2021.720393 PMID: 34335634 PMCID: PMC8317022.
17. Castillo-Álvarez F, Marzo-Sola ME. Role of intestinal microbiota in the development of multiple sclerosis. *Neurologia*. 2017; doi: 10.1016/j.nrl.2015.07.005. PMID: 26383059.
18. Chang L, Neu J. Early factors leading to later obesity

- ty: interactions of the microbiome, epigenome, and nutrition. *Curr Probl. Pediatric Adolesc Health Care*. 2015;doi:10.1016/j.cppeds.2015.03.003 PMID: 26043042
- 19 Emoto T, Yamashita T, Sasaki N, et al. Analysis of Gut Microbiota in Coronary Artery Disease Patients: a possible link between Gut Microbiota and Coronary Artery Disease. *Journal of Atherosclerosis and Thrombosis* 2016. doi:10.5551/jat.32672 PMID:26947598 PMCID: PMC7399299
20. Jie Z, Xia H, Zhong S-L, et al. The gut microbiome in atherosclerotic cardiovascular disease. *Nature Communication* 2017. doi:10.1038/s41467-017.00900.1. PMID: 29018189 PMCID: PMC5635030.
21. Vieira AT, Teixeira MM, Martins FS. The role of probiotics and prebiotics in inducing gut immunity. *Frontiers in Immunology* 2013. doi: 10.3389/fimmu.2013.00445 PMID: 24376446 PMCID:PMC3859913
22. Clarke SF, Murphy EF, O'Sullivan O, et al. Exercise and associated dietary extremes impact on gut microbial diversity. *Gut*. 2014; doi:10.1136/gutjnl-2013-306541 PMID: 25021423.
23. Ministero della salute. Consiglio Superiore di sanità. Sez. terza. Il Microbiota umano: dalla ricerca alle applicazioni cliniche. Raccomandazioni e linee di indirizzo. AgsJ: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2800_allegato.pdf
24. Halfvarson J, Brislawn CJ, Lamendella R, et al. Dynamics of the human gut microbiome in inflammatory bowel disease. *Nat Microbiol*. 2017; 2: 17004.
25. Zaneveld JR, McMinds R, Vega Thurber R. Stress and stability: applying the Anna Karenina principle to animal microbiomes. *Nat Microbiol*. 2017; 2: 17121.

DICHIARAZIONE

L'Autore dichiara l'assenza di conflitti di interesse. Lo studio non è stato supportato da alcun finanziamento o da alcuna Azienda.

Corrispondenza

e-mail mbeatricerusticoni@gmail.com

CORSI BREVI TEORICO-PRATICI IPG

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

Parte teorica (2 ore)

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

Parte pratica (2 ore, con i pazienti)

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

Informazioni: giuseppe.dodi@unipd.it

Efficacia della carbamazepina in un caso di enuresi secondaria refrattaria

ELENA ANDRETTA¹, FRANCESCA SANGUIN², CRISTINA ZULIANI³

¹ Unità Operativa Urologia

² Unità Operativa Medicina – Ospedale Dolo (VE)

³ Unità Operativa Neurologia – Ospedale Mirano (VE)

CASO CLINICO

Si presentava presso i nostri ambulatori, inviata dai colleghi neurologi, una donna di 42 anni con enuresi secondaria (EnS). Anamnesticamente riferiva 4 aborti spontanei, 2 parti di feti morti e pregressa colecistectomia per calcolosi.

L'EnS era esordita all'età di 20 anni. A 22 anni la paziente aveva eseguito, a seguito di una crisi convulsiva generalizzata tonico-clonica, un Elettroencefalogramma (EEG), che aveva evidenziato la presenza di modesti segni irritativi a proiezione diffusa prevalenti sulle regioni anteriori; in quell'occasione veniva inoltre segnalata marcata tendenza all'assopimento. Tali alterazioni dell'EEG perduravano per circa 20 giorni per poi scomparire nei successivi tracciati di controllo. Al tempo veniva posta in trattamento antiepilettico con Carbamazepina (CBZ) 200 mg 3 volte/die, proseguito per 7 anni. Durante il trattamento farmacologico l'EnS scompariva per ricomparire alla sospensione di CBZ.

La paziente eseguiva quindi rivalutazione neurologica e Risonanza Magnetica Nucleare dell'encefalo, entrambe negative. Un successivo video-EEG risultava nella norma salvo documentare un episodio di enuresi al raggiungimento della fase 1 del sonno non-REM ed il mancato raggiungimento delle fasi più profonde del sonno. Veniva pertanto esclusa la genesi epilettica dell'enuresi. Venivano prescritti in modo sequenziale vari anticolinergici ed Amitriptilina, tutti inefficaci sull'enuresi.

Quando la paziente giunse alla nostra osservazione riferiva di usare stabilmente pannoloni notturni. I diari minzionali di 4 giorni documentavano enuresi costante (350-550 cc da pesatura del panno) e 4-5 minzioni diurne con capacità vescicale media sui 250 cc ed urgenza minzionale media di grado 1.5 (range 0-2) secondo il "Patient's Perception of Intensity of Urgency Scale" (PPIUS), che descrive il grado di urgenza minzionale in una scala da 0 (no urgenza) a 4 (incontinenza urinaria da urgenza) (1). Non veniva rilevata la presenza di residuo vescicale post-minzionale. La normalità di ionemia, osmolarità plasmatica ed urinaria escludevano possibili cause endocrine dell'enuresi quali diabete insipido o sindrome da inappropriata secrezione di ormone anti-diuretico. Allo studio urodinamico si rilevava ridotta capacità vescicale massima cistometrica e la fase minzionale avveniva con contrazione detrusoriale (fig 1, 2).

Tutti i trattamenti proposti, comportamentali e farmacologici (riduzione dell'apporto idrico serale, desmopressina, allarme notturno, altri antimuscarinici quali ossibutinina e solifenacina, mirabegron) risultavano inefficaci anche in associazione. La paziente riprendeva pertanto l'assunzione di CBZ a basso dosaggio (200 mg/die), con significativa riduzione degli episodi di enuresi (1 notte bagnata ogni 9-10), senza modifiche dei diari minzionali e in assenza di residuo vescicale post-minzionale. Durante il trattamento ionemia, osmolarità urinaria e sierica permanevano nella norma. Dopo 6 mesi la paziente preferiva sospendere la terapia per gli effetti collaterali quali ottundimento del sensorio e sonnolenza.

DISCUSSIONE

L'enuresi notturna primaria (EnP), condizione comune che interessa il 5-10% dei bambini fino ai 7 anni di età, sembra dipendere in vario grado da 3 fattori: disfunzione vescica-

le, poliuria notturna e mancato risveglio alla sensazione di ripienezza vescicale (2). Nella EnS si ritiene invece che le cause sottostanti il disturbo siano prevalentemente la vescica iperattiva - come riportato da Madhu e coll nel 2017 dopo analisi di 12.795 donne sottoposte a valutazione completa comprensiva di studio urodinamico (3) - o le disfunzioni vescicali associate all'uso di sedativi (4) o all'obesità (5). Si ritiene anche che vi sia una relazione fra alcuni tipi di epilessia focale ed enuresi (6).

In letteratura sono presenti pochi studi, la maggior parte inattagato dati e con conclusioni non univoche, che hanno indagato il possibile coinvolgimento dei disturbi del sonno fra i meccanismi patogenetici dell'EnP. Attraverso registrazione polisonnografica su 25 soggetti enuretici di età compresa tra 7 e 17 anni, Nevéus et al hanno evidenziato come l'enuresi si manifestasse in modo prevalente durante il son-

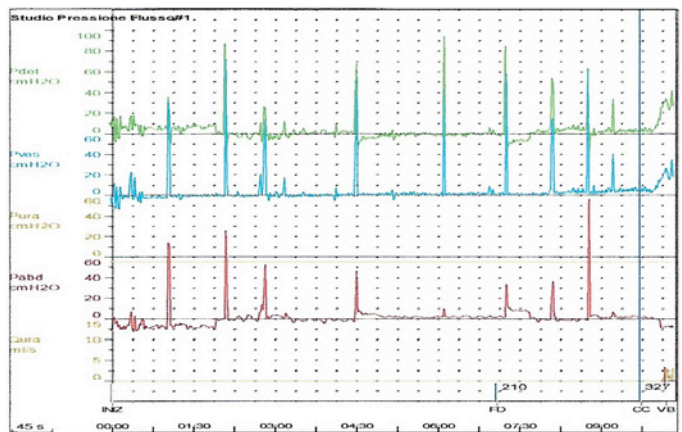


Fig 1. Studio pressione-flusso: fase di riempimento. Non compaiono contrazioni vescicali instabili; il 1° stimolo minzionale viene avvertito a 210 cc e la ripienezza a 327 cc.

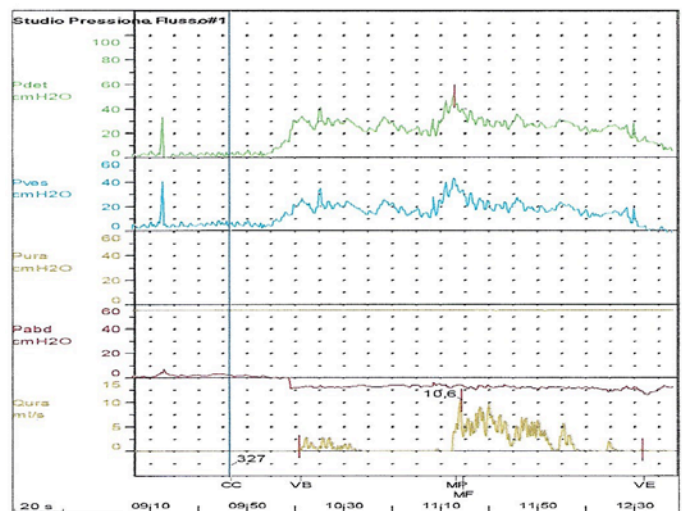


Fig 2. Studio pressione-flusso: fase di svuotamento che avviene con contrazione vescicale prolungata a bassa pressione (30 cm H₂O)

no non-REM (7), dato confermato da altri autori (8). Inoltre da una revisione sistematica della letteratura sul possibile ruolo del sonno e dei meccanismi di attivazione del risveglio (arousal) nella patogenesi dell'enuresi, è emerso che gli enuretici hanno una soglia di arousal maggiore con sonno più profondo (9).

Per quanto riguarda l'utilizzo di CBZ nell'enuresi Al-Waili ne ha valutato l'efficacia nell'EnP. In uno studio randomizzato di modica numerosità – 26 soggetti - ha rilevato che CBZ 200 mg è stata significativamente efficace rispetto al placebo nel trattamento dell'EnP (numero medio di notti asciutte/mese 18.8+/-8.8 contro 3.9+/- 5.2 con placebo) (10). Nel 2006 lo stesso Autore ha riscontrato in 8 pazienti che CBZ produceva una netta riduzione della diuresi diurna e notturna ed un incremento medio dell'osmolalità urinaria delle 24 ore del 43% (11), facendo supporre un suo effetto anti-diuretico.

Un altro dato interessante riguardante CBZ deriva da un paio di case-report in cui la sua assunzione prolungata aveva provocato ritenzione cronica di urina risoltasi con la sospensione (12, 13), a suggerire una riduzione della contrattilità vescicale indotta dalla molecola medesima per il suo effetto anticolinergico ed anche il possibile aumento delle resistenze uretrali per ipertono dello sfintere uretrale interno.

Nel caso da noi descritto è stata esclusa una genesi epilettica della EnS mentre grazie alla Polisonnografia è stato rilevato un episodio di enuresi durante la fase 1 di sonno non-REM - cioè la fase di transizione che va dalla veglia all'inizio dell'addormentamento, durante la quale viene a mancare qualsiasi attività muscolare -. Riteniamo pertanto che le cause dell'EnS nel caso in oggetto siano dovute alla concomitanza di un disturbo del sonno, con meccanismi di risveglio deficitari allo stimolo minzionale, e di sindrome della vescica iperattiva con un buon adattamento ai sintomi minzionali durante lo stato di veglia. Considerato che solo CBZ è stata in grado di controllare l'enuresi, refrattaria a tutti i trattamenti, è ipotizzabile una sua azione anticolinergica sull'iperattività vescicale ed anche un effetto di modulazione a livello del sistema nervoso centrale.

CONCLUSIONI

Nella EnS refrattaria ai trattamenti convenzionali la CBZ può rappresentare una valida opzione terapeutica, qualora

sia tollerata. Il suo utilizzo rende però necessario un attento monitoraggio clinico e bioumorale (dosaggio ematico di CBZ, emocromo, natriemia e funzionalità epatica).

BIBLIOGRAFIA

1. Notte SM, Marshall TS, Lee M, et al. Content validity and test-retest reliability of patient perception of intensity of urgency scale (PPIUS) for overactive bladder. *BMC Urol* 2012; 12:26.
2. Pedersen MJ, Rittig S, Jennum PJ, Kamperis K. The role of sleep in the pathophysiology of nocturnal enuresis. *Sleep Med Rev.* 2020;49:101228.
3. Madhu CK, Hashim H, Enki D, Drake MJ. Risk factors and functional abnormalities associated with adult onset secondary nocturnal enuresis in women. *Neurourol Urodyn.* 2017;36(1):188-191.
4. Lee D, Dillon BE, Lemack GE. Adult Onset Nocturnal Enuresis: Identifying Causes, Cofactors and Impact on Quality of Life. *Low Urin Tract Symptoms.* 2018;10(3):292-296.
5. Song QX, Wang L, Cheng X, Hao Y, Liu Z, Abrams P. The clinical features and predictive factors of nocturnal enuresis in adult men. *BJU Int.* 2020;126(4):472-480.
6. Jang HJ, Kwon MJ, Cho KO. Central Regulation of Micturition and Its Association With Epilepsy. *Int Neurourol J.* 2018;22(1):2-8.
7. Nevéus T, Stenberg A, Läckgren G, Tuvemo T, Hetta J. Sleep of children with enuresis: a polysomnographic study. *Pediatrics.* 1999;103(6 Pt 1):1193-1197.
8. Reimao P, Pachelli LC, Carneiro G, Faiwichow G. Primary sleep enuresis in childhood. Polysomnographic evidences of sleep stage and time modulation. *Arq Neuropsiquiatr.* 1993; 5(1):41-45.
9. Nevéus T. The role of sleep and arousal in nocturnal enuresis. *Acta Paediatr.* 2003;92(10):1118-23.
10. Al-Waili NS. Carbamazepine to treat primary nocturnal enuresis: double-blind study. *Eur J Med Res.* 2000;5(1):40-4.
11. Al-Waili NS, Al-Waili H, Saloom KY, Al-Waili T, Al-Waili A, Akmal M, Al-Waili F. Effect of carbamazepine on urinary volume and osmolality, water clearance, and serum osmolality in patients with primary enuresis. *Eur Urol.* 2006;50(4):844-849; discussion 849-50.
12. Anders RJ, Wang E, Radhakrishnan J, Sharifi R, Lee M. Overflow urinary incontinence due to carbamazepine. *J Urol.* 1985;134(4):758-759.
13. Hmouda H, Ben Salem C, Grira M, Slim R, Bouraoui K. Carbamazepine-induced urinary retention. *Br J Clin Pharmacol.* 2007;64(6):833-834.

Il sesso non è peccato, anzi... è sacro

MARIO PESCATORI

Unità di Colonproctologia di Roma

Nel suo magnifico libretto *La ricerca della felicità* Bertrand Russell, filosofo e premio Nobel per la pace, scrive che il mestiere, la professione che più avvicina l'uomo alla felicità è quella di *artista* e di *scienziato*. Io ho provato per decenni a disegnare storie (artista ?) e a scrivere articoli o libri di chirurgia (scienziato ?) ma, ahimè, dalla felicità sono lontanissimo. Direi che Russell pensava a uno tipo Leonardo da Vinci, che alternava La Gioconda con le Macchine Volanti. Ma Russell scrive anche un'altra cosa (e qui entriamo nel tema). Che tutte le azioni dell'uomo (e della donna) sono ispirate da quattro grandi motivazioni. Il *sesso*, il *potere*, la *maternità* e, con buon pace delle vetero-femministe, la *paternità*. Dice anche che la *vanità* è una sottospecie del *potere*. E il teologo laico Mancuso, nel libro *L'anima e il suo destino*, scrive che la vanità, ovvero il *nostro ego* è il vero peccato originale.

Sesso al primo posto per Russell, dunque. Ed è logico: senza sesso la razza umana si estinguerebbe.

Ecco perché vi voglio parlare di sesso, perché è una cosa molto importante.

Per il cristianesimo il sesso non finalizzato alla procreazione è considerato un peccato. Almeno fu così per secoli, ora il Papa e la Chiesa sono "più morbidi". *To my knowledge* il primo fustigatore del sesso fu San Paolo nella lettera ai Corinzi, scritta nel 55 d.C., solo venti anni dopo la morte di Gesù. Quando Paolo era andato a convertire in Grecia, a Corinto, aveva fatto diventare cristiani un buon numero di ebrei. Si era quindi formata una comunità a cui lui era molto legato, anzi, ne andava proprio fiero. Ma, nella lettera che scrisse loro tempo dopo, li rimprovera aspramente. Perché? Avevano rubato? No. Avevano ucciso qualcuno? Ma no!.. Semplicemente erano tornati a *fare sesso* come facevano prima di ascoltare i suoi insegnamenti. Come mai? Perché Corinto, in tutta la Grecia, anzi in tutto il Mediterraneo, era la città col maggior numero di prostitute. Che erano anche famose per la loro bellezza. E i maschi corinzi non avevano rispettato il *digiuno* promesso. Tutto qui.

Eh sì, dunque ai tempi dei greci e dei romani (pagani) il sesso non era peccato.

Anzi, al contrario, poteva essere *sacro*.

Infatti esistevano le prostitute sacre, che si chiamavano *ierodule*. Non lavoravano in una *casa di tolleranza*, ovvio, ma in un *tempio*. Tenevano a posto, riordinavano, accendevano e spegnevano il fuoco sacro, mantenevano pulita e in ordine la grande statua della divinità a cui il tempio era dedicato, ma... dovevano pur campare, mangiare, bere, cambiarsi la tunica... insomma, servivano soldi. E i soldi li portavano soprattutto i devoti che venivano a pregare nel tempio. Sì, perché facevano delle offerte. Ma le offerte non erano solo accompagnate da preghiere, ma anche, e qui entriamo nel vivo dell'argomento, da *rapporti sessuali* ("sacri") con le *ierodule*.

Alcune erano famose per la loro generosità (sessuale), la loro efficienza nel mantenere perfetto il tempio e la loro bellezza. Pare che le migliori del Mediterraneo fossero le *ierodule* di Erice, nell'ovest della Sicilia, e del suo tempio. Che sorgeva in alto, su una montagna (chi dei lettori è stato a Erice lo sa), per cui il fuoco sacro che lì ardeva era da loro acceso e alimentato al calare della notte e serviva anche da *faro*, per illuminare il tragitto delle navi che costeggiavano quella terra. Immaginatevi i marinai che stavano sulla tolda delle loro navi (non transatlantici ma navette fragili, di le-

gno, scosse dal mare, in quella zona quasi sempre mosso se non tempestoso) con la faccia schiacciata dagli spruzzi delle onde, circondati dal buio, stanchi, impauriti, magari anche digiuni... Ebbene, guardavano verso l'alto al sacro fuoco del tempio, mantenuto acceso dalle *ierodule*, come a un segnale che indicava loro la giusta via. Ma non solo... quel fuoco, lo sapevano bene, era governato da sacerdotesse giovani e belle, che, dopo il faticoso approdo, li avrebbero con cura "riscaldati". In cambio, certo, di qualche moneta con cui avrebbero comprato la legna e il carbone per la notte successiva. Ma qualche moneta quei marinai la spendevano volentieri.

Di recente, negli scavi molto belli di Ostia antica, a poca distanza da Roma, è stato scoperto un edificio, una "casetta" a dire il vero, per secoli nascosto dalla terra e dai rovi. L'interno è magnificamente affrescato. Ci sono delle bellissime figure femminili e poi alberi, rami in fiore, uccellini che svolazzano... *Uccellini*... forse che qualcuno di voi lettori ha pensato a un doppio senso? Se sì... ha fatto bene. Infatti quel piccolo edificio, a cui è stato dato il nome di *Casa delle ierodule*, ospitava le professioniste del sesso sacro.

Ma, a proposito di sesso, ben altro succedeva in quei tempi. Con il sesso, con gli accoppiamenti, dedicati in particolar modo agli *stranieri*, si festeggiava, pensate, la *primavera*. Stagione molto importante. Dopo il freddo dell'inverno, dopo il triste spettacolo degli alberi coi rami senza foglie, scheletri nella campagna, dell'acqua magari gelida che pioveva dal cielo offuscato da neri nuvoloni, del vento che tagliava le ossa, della neve talvolta o della grandine, del fango che spesso rendeva le strade impraticabili, dopo tutto questo... ecco che la natura si risvegliava, diventava più bella, più verde e profumata. Non è cosa da poco. "La Natura è Dio" diceva Spinoza, il filosofo. Ebbene, si poteva non festeggiare un tale evento? L'arrivo della Primavera? No di certo. E un modo per festeggiare era fare sesso (che differenza con il sesso per San Paolo o per Sant'Agostino...). Ma di più!... fare sesso tutti insieme! Tra poco mi spiego meglio, ma lasciatemi aprire una parentesi.

Sapete che da tempo immemorabile, nell' antichità (e chissà, magari anche adesso in qualche atollo della Polinesia) si facevano le *orge sacre*. Pensate che una leggenda racconta (ma è davvero una leggenda?) che Maria, sì, la Madonna, abbia concepito Gesù non dopo la visita dello Spirito Santo, come le aveva annunciato un angelo e come hanno insegnato ai credenti, ma in un altro modo: dopo un'orgia sacra e un rapporto con un sacerdote degli esseni, gli eremiti del mar Morto. Ecco perché Gesù era un grande taumaturgo. Gli Esseni avevano la fama di abili guaritori e lui da loro (forse) aveva imparato negli anni dell'adolescenza, quando il Vangelo non ne racconta nulla. D'altra parte Gesù era cugino di Giovanni Battista che, prima di fare l'eremita, era stato capo degli esseni. Questa è Storia.

"Possibile?" Penserà qualcuno. "Pescatori blasfemo" penserà qualcun altro. No signori lettori. E' vero, io sono ateo (purtroppo). Ma è anche vero che sono profondamente *gesuano*. Ovvero ammiratore di Gesù, ma di Gesù-uomo. Credo cioè che fosse un grande profeta, un individuo eccezionale. Ma... se qualcuno di voi potesse tornare in Palestina con un salto indietro nel tempo, mettiamo... al 40 dopo Cristo, alcuni anni dopo il Golgota, e se questo "qualcuno" incontrasse in quell'epoca, mettiamo a Gerusalemme, San Pietro, o meglio, diciamo Pietro, non ancora santo, non an-

cora partito per Roma dove andò a predicare. Oppure San Giacomo, o meglio diciamo Giacomo, fratello di Gesù, capo della chiesa di Gerusalemme, degli *ebreo-cristiani* come venivano chiamati (tutto scritto negli Atti degli Apostoli). Ebbene, dicevo, se aveste incontrato Pietro e Giacomo e aveste loro detto “Certo, questo fatto di Maria che ha partorito pur essendo vergine, è davvero una gran cosa”... ebbene, i due vi avrebbero guardato come si guarda un matto e avrebbero risposto: “Cosa? Maria vergine? Ma è uno scherzo? A noi non risulta”. Eh, sì. Perché la verginità della Madonna è entrata nella fede cristiana anni dopo. Come pure l'*ascensione* di Gesù in cielo. Aggiunta (cinque righe) da un “copista” iper-cristiano (cioè che voleva enfatizzare la divinità di Gesù con un avvenimento clamoroso) alla fine del vangelo di Marco, ben un secolo dopo la morte di Gesù. E non lo dico io, ma i grandi studiosi di critica testuale dei Vangeli, come per esempio il cristianissimo Bart D. Ehrman che, tra le altre cose, ha scritto il bel libro “Gesù non l’ha mai detto”, Oscar Mondadori.

Scusate la digressione, torniamo alle orge sacre.

C'erano nel primo secolo (tra Italia, Grecia, Turchia, Siria, Palestina, Egitto) ben 70 (settanta!) gruppi diversi di Cristiani. E uno di questi, ahimè non ricordo quale, di certo non gli Gnostici né gli Ebioniti, praticava le orge sacre, che avvenivano, forse anche sotto effetto del vino bevuto nella comunione, alla fine della Messa. Rientro nel tema. Dunque fare sesso *sacro*, cioè dedicato alle divinità della *primavera*, delle messi, dei boschi, che so a Cerere, a Diana, era una abitudine, anzi, una *fiesta* diffusa nel mondo pagano.

Funzionava così: il primo giorno di primavera molte donne di un paese, una città, un villaggio, andavano nel bosco o nei campi, davanti o in prossimità del tempio. Quelle povere a piedi, quelle ricche portate dai lettighieri. Donne sposate, donne non sposate, vergini, non vergini, non fa differenza. I padri, i mariti e i fratelli erano pienamente d'accordo. Ci mancherebbe altro, era un evento in certo qual modo sacro, o comunque ben augurante, per un buon raccolto, per la prosperità del paese. Immaginate dunque dieci o trenta o cento donne, giovani, meno giovani, belle, brutte che arrivano nella zona *sacra* e si siedono per terra (o forse qualcuna su un panchetto) con stesa davanti una sorta di *collare* o *catenella* o *ghirlanda*. A questo punto arrivano i maschi. Che

maschi sono? Assolutamente *non* del villaggio o città donde vengono le femmine. Bensì *stranieri*, *viaggiatori*. Si fanno un giro (è logico, devono scegliere con quale donna intrattenersi) e poi, fatta la loro scelta, si avvicinano a lei, le mettono la corolla intorno al corpo (la testa, la vita, quel che è) e...*tac!* La scelta è fatta. Ovviamente si appartano, copulano, si salutano, solita offerta del maschio al tempio e alla comunità locale. E lo straniero, il viaggiatore, riprende la sua strada.

Tutto finito? No. Perché restano delle signore o signorine che, in quanto *bruttine* o *sfortunate*, non sono state scelte. Cosa fanno? Tornano a casa? Assolutamente no, sarebbe un'onta, verrebbero dileggiate. Per cui restano lì. Magari si alzano o camminano per farsi notare dai pochi maschi dubbiosi o ritardatari. Magari dormono la notte stese in terra, pur di non tornare al villaggio “non scelte”. Ma per forza di cose alcune tornano. E allora si chiudono in casa, non si fanno vedere per un po'... perché, poverine, non sono state scelte per fare sesso in onore degli dei e della *Primavera* e in onore del loro villaggio o paese o città.

Vedete come cambiano i tempi? Decenni fa in Sicilia, o comunque nel sud dell'Italia, dopo il sesso (proibito!!!) di due fidanzati c'era la *fujtina*, la fuga. E poi il matrimonio riparatore. Preceduto dalle rampogne del padre e dei fratelli. Invece, all'epoca, colei che *non* faceva sesso (e per di più con un estraneo!!!) veniva dileggiata e rimproverata.

E così siamo alla fine.

Il “succo” di tutto questo? Beh, dovrebbe richiamare il titolo. *Il sesso non è peccato, anzi ... è sacro*. Eppure proprio gli antichi romani hanno coniato il proverbio *post coitum omnia animalia tristia sunt*. Ci viene tristezza dopo un rapporto. E vero? E, se lo è, cosa vuol dire? Va a smentire quanto scritto finora?

Ecco, questo sarebbe materia per la esperta sessuologa di cui ho letto ottimi articoli su questa rivista. Chissà? Potrebbe essere lei a rispondere, a commentare.

Corrispondenza

Unità di Colonproctologia di Roma, Clinica Parioli
e di Vallo della Lucania (SA), Clinica Cobellis
ucpclub@virgilio.it www.ucp-club.it

“Sono un intestino pigro”. Confessioni di un organo che rivendica il diritto di essere diverso

Sì, sono pigro. Lo ammetto.

Voglio dire, sono quel che sono. Non posso spersonalizzarmi solo perché “lei” me lo impone. Mi ha pure dato un nome. Ma scherziamo? Io mi chiamo IN-TE-STI-NO – senti come suona bene – e non Alfio. Al mio collega lassù, lo stomaco, è andata peggio. Gli è toccato Saturnino. E vogliamo parlare di Arthur, il mio orifizio in fondo al tunnel? Oh Gesù!

Lei è spesso di cattivo umore e, a volte, piange disperata. Dice che è colpa mia se è tutta gonfia, se ha dolori addominali, se ha mal di testa e se i vestiti le tirano. E io mi faccio piccolo piccolo dal dispiacere.

Vorrei vederla felice, poterla aiutare ma non so come. Sono quello che sono, un intestino pigro. Eppure ho molte responsabilità, gestisco un ecosistema complicato o, per rendere meglio l’idea, sono un amministratore di un condominio di inquilini morosi da bacchettare, orchestrare, sedare. Mica son qui a pettinare i villi! E cosa ne ho in cambio? Rimproveri, scenate, crisi di pianto e pappette insulse.

Il mio collega, lo stomaco, è più fortunato: può vantarsi di fare gli onori di casa a cibi appena masticati che hanno ancora sapore, un’identità, per poi lasciarli ai suoi acidi e aggressivi tirapiedi, che ne fanno man bassa, riducendo quel ben di dio in un’insulsa poltiglia che veicolano con nonchalance verso di me. Che darei per avere qualche bocconcino succulento! Non so, melanzane alla parmigiana, un’amatricianina o una bella cotoletta alla milanese con contorno di verza ripassata in un fondo fino fino di alicette, rallegrati da una pisciatina di Barbaresco. Ah che vita grama la mia!

Ogni sera che Dio manda, mentre guardiamo la tele, invece di rilassarci, mi sottopone ad una rieducazione cognitiva: mi tamburella in senso orario con i polpastrelli a partire dal colon ascendente, “per invitarmi ad emularla e favorire il transito fecale”, dice lei. Ma io sono pigro. Come glielo devo dire, pigro, pigro, pigro, pigro, pigro! Non lo faccio apposta, sono proprio così, pigro.

Siccome per un misterioso motivo sto scivolando sempre più verso il perineo, mi mette in posizione declive “per aiutare il cervello a ricordare la mia collocazione originaria”, dice. Ci mancava pure il Capo dei capi smemorato, come se tutti i miei problemi non bastassero! Lo stomaco si è già lamentato, dice che ho mire espansionistiche e che voglio eliminarlo schiacciandolo. Sono lungo circa 7 metri, io, figuriamoci se ho bisogno di espandermi e poi tengo molto ai rapporti di buon vicinato. Che colpa ne ho se sono vittima di una congiura!

Il martedì andiamo in trasferta a Trastevere, un bel posto se non fosse per la riabilitazione a cui mi sottopone. Loredana, la fisioterapista, le fa fare dei grandi respiri addominali, fino a stirare al massimo i polmoni e allargare le costole. Mi sento fluttuare come Neil Armstrong nello spazio, per poi essere strizzato come uno straccio quando lei espira, svuotando i polmoni e contraendo gli addominali, lasciandomi senza fiato. Dice che questa procedura potrebbe aggirare la mia atonia ed aiutare la peristalsi. Sarà ma, al momento, rischio solo di morire soffocato. E come se non bastasse il mio ingresso viene esplorato per essere vascola-

rizzato e sottoposto a manipolazioni e prove di resistenza, compreso il famigerato risucchio: Arthur, anch’esso vittima della gravità, deve raccogliere tutte le forze per risalire la china, come i salmoni controcorrente. Stesso destino per la povera Petunia, la mia amica vagina.

Due volte al mese ci sottoponiamo a ipnoterapia. Il tizio ci fa concentrare “sul respiro, nient’altro che il respiro”, dice. Lei abbandona le braccia, le gambe, l’addome, le palpebre. E poi comincia il conto alla rovescia, da dieci ad uno, per verificare che siamo entrati in uno stato inconscio. E ripete che io mi rilasserò e che lei riuscirà a liberarsi delle feci, “abbattendo le barriere razionali che ci imprigionano”, dice con voce narcotizzante. Sta tentando di farci il lavaggio del cervello, di riprogrammare la nostra mente! Io voglio continuare ad essere me stesso e non qualcun altro. La domenica mattina, mi purga. Ingoia una capsula e, dopo un paio d’ore ancora non si muove un villo, tutto è calmo di una calma apparente, come quando sta per arrivare il terremoto. Dopo un po’, giustappunto, si scatena l’inferno. La mia mucosa comincia a tremare mentre la mia farcitura fecale inizia a liquefarsi ed a scorrere come un torrente in piena verso il mio orifizio, inondando i villi. Flora e io suoi protetti, spaventati, cominciano a correre – correre, correre correre, correre –, cercando riparo in antri e diverticoli. Li sento gridare con forza tutta la paura di cui sono preda – ahhhhh –, come i bambini sulle montagne russe.

Trascorriamo l’intero pomeriggio in bagno. Mi sento esausto, come lei d’altronde. Non facciamo in tempo a stenderci sul letto che ricomincia lo strazio. Finita l’estenuante tarantella mi sento fiacco, debilitato. Per lo shock, mi vengono gli spasmi, una specie di singhiozzo, e lei, per calmarmi, appoggia sulla pancia la borsa dell’acqua calda. E allora mi quieto un po’ e mi addormento.

Mi sento violentato, snaturato, umiliato e ferito nei sentimenti.

Eppure lei sono molto affezionato. Cerco di tenere a bada i batteri discoli, quelli che, tronfi, danno il là ai gas, gonfiandomi e facendole venire male alla pancia. A volte immagino di ascoltare musica house, di quella che ha un ritmo sostenuto e costante – unz unz unz – per non rallentare il passo e accompagnare la mia farcitura fecale verso l’uscita.

Ma mi stanco facilmente, mi sento come un calzino spaiato che adempie ai suoi doveri a metà. Invece io vorrei essere un superintestino, un macho, uno su cui poter contare, non un mollaccione come me. Eppure mi definiscono “il secondo cervello, il quartier generale del sistema immunitario”. Se sapessero che sono una schiappa... Non siamo mica tutti uguali, rivendico il mio diritto di essere diverso!

Ci si mettono pure le feci a rendermi la vita difficile. Se non sono io ad accompagnarle all’uscita, si adagiano sulla mia mucosa, si disidratano fino a diventare palline caprine, facendo pure a gara a chi diventa più dura, escoriandomi. E prego perché arrivi la cavalleria, i Fermenti Lattici. Mi danno un po’ di sollievo e un po’ di energia, accelerando un cincinin la mia narcolettica peristalsi – almeno ci voglio credere – per condurre i morosi e fastidiosi boccini alla porta.

Sono così, diverso, complicato e malconco. Ma sono qui per te.

Ti garantisco che ci saranno altri tempi duri in cui mi maledirai, in cui mi vorrai strappare dal tuo ventre, ma ti garantisco anche che – con ogni fibra della mia mucosa, ogni mio villo, e con Flora – ce la metterò tutta per renderti felice, perché sei l’unica per me.

Zaira Esposito, specialista in identità aziendale, vive a Roma. Ama scrivere racconti semiseri e storie per l’infanzia, viaggiare e disegnare elementi di arredo e accessori di design. zespo@libero.it

Gennaro Rosa, un talento italiano della chirurgia coloretale

MARIO PESCATORI

Cliniche Parioli e Cobellis, Roma e Vallo della Lucania email: ucclub@virgilio.it website: www.ucp-club.it

All'età di 89 anni è venuto a mancare il Professor Gennaro Rosa, l'ultimo presidente della SICP, Società Italiana di Colonproctologia, prima della fusione con Ucp Club e della fondazione della SIUCP e poi della SICCR.

Gennaro era un uomo garbato e mite d'aspetto, ma tenace nell'animo. Forse perché aveva dovuto a lungo "patire" e "ubbidire suo malgrado" al cattedratico di turno prima di diventare indipendente nella sua Università, a Verona.

Aveva la virtù della pazienza e, tutto sommato, anche dell'umiltà, merce rara in questa società moderna dell'*achievement*, della competizione, della conquista, del successo.

Avevamo avuto lo stesso maestro: Alan Parks. Anche Rosa era un *St Mark's man*. Mi aveva preceduto di qualche anno nella frequentazione del leggendario *Sir Alan*. Mi trattava, come era giusto che facesse, come un giovane compagno di strada turbolento. E, più di una volta, ha placato la mia tendenza ad essere "arrembante" e "decisionista". Ma sempre con pazienza e con affetto. Un fratello maggiore, un padre saggio. Questo era Gennaro per me.

Ricordo la sua commozione quando ci trovammo, noi numerosi coloproctologi italiani, al congresso del suo AD-DIO, a Verona. Fu applaudito con sincero calore.

Era uno dei pochi che ancora faceva la **emorroidectomia sub mucosa** di Parks, un intervento un po' lungo e laborioso che aveva però come maggior pregio il fatto di lasciare totalmente ricostruito il canale anale, senza rischi di stenosi e con indubbi vantaggi per la continenza, perché restavano la *transitional zone*, deputata alla capacità di distinguere tra feci e muco "fatte discendere" dal riflesso inibitorio retto-ale e il tessuto a livello dell'*anal verge* e dell'epitelio perianale, così ricco di terminazioni nervose (Pacini, Meissner, Golgi).

Era anche un patito del **post-anal repair**, un'altra invenzione di Parks. Intervento di grande interesse anatomico, ma che poi, con controlli a lungo termine, si vide che funzionava solo in metà dei casi, perché si faceva nell'incontinenza da neuropatia del pudendo, con gli sfinteri ormai pallidi e flaccidi. Mike Keighley, di Birmingham, che di Parks fu il giovane "rivale", aggiunse la plicatura anteriore degli sfinteri striati e degli elevatori (*total pelvic floor repair*) ma con poco profitto. Le due tecniche furono giustamente sostituite dalla neuromodulazione sacrale, certo più costosa, ma meno invasiva e con una percentuale di guarigione dell'80%.

Altro "pallino" di Gennaro fu la **sfinterotomia interna graduata** in caso di ragade anale con ipertono. La lunghezza della sua sfinterotomia non era standard (fino alla linea dentata) come l'aveva per primo descritta Peter Hawley (sempre del *St Mark's*), ma basata sul grado dell'



ipertono, misurato con la manometria anoretale pre-operatoria. E il fatto che poi Khubchandani pubblicasse su *Dis Colon Rectum* il suo noto articolo (per la verità un po' troppo drammatizzante) sulla incontinenza anale dopo sfinterotomia interna, diede ragione alla prudenza di Gennaro.

Però il suo "cavallo di battaglia" erano le **fi-stole anali**. A quei tempi si faceva tutto "a mano", la *LIFT* era agli albori, descritta da Robin Phillips ma non ancora enfatizzata dal thailandese Rojanasakul. Non c'erano costose *innovations* come la *colla di fibrina* poi per

sempre tramontata per i cattivi risultati a lungo termine, pubblicati dall'israeliano Zmora, o il *plug* o il *Permacol*, tutte operazioni che salvano sì la continenza, ma con una percentuale di guarigione del 50%. All'epoca di Rosa insomma, il primo obiettivo dei pazienti con fistola anale era di guarire dalla fistola, non di evitare l'incontinenza postoperatoria, in genere minore. Tant'è vero che Blumetti e Abcarian pubblicarono su *Dis Colon Rectum* che nel loro centro di Chicago in vent'anni si era passati dall'80% al 20% di fistulotomie (intervento che guarisce nel 95% dei casi, dati dell'Università di Minneapolis, Goldberg e Rothemberger) e, specularmente, dal 20% all'80% di fistulectomie. Sulle *innovations*, incluso il *laser* e l'impianto di *stem cells*, chi legge può consultare le linee guida della nostra Società pubblicate di recente da Amato et al su *Tech Coloproctol*.

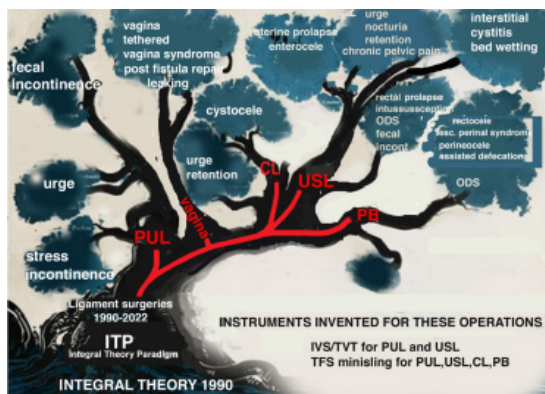
Le fistole anali... una patologia considerata di facile cura, persino esclusa dalle cento tesine per l'idoneità a Primario, con un DRG super-basso, con un compenso irrisorio nelle tabelle delle Assicurazioni private... ma di cui maestri della chirurgia coloretale come John Goligher o Steven Wexner hanno scritto nei loro trattati che, se complesse e recidive, sono più difficili da curare di un cancro del retto e sono "una sfida" per i chirurghi coloretali. Ebbene, nella chirurgia delle fistole e degli ascessi anali, Gennaro Rosa era un vero maestro. Penso il migliore in Italia.

Lui aveva vissuto decenni al nord, ma era pugliese. E nel modo di fare pacato e paziente conservava alcuni aspetti del carattere della sua terra d'origine. Aveva una moglie giovane, sorridente e simpatica. Il non rivederlo mai più sulla scena ai congressi dopo il suo ritiro ufficiale significò evidentemente che la loro vecchiaia insieme è stata serena. Gennaro Rosa resterà nella memoria di chi, per sua fortuna, l'ha conosciuto e apprezzato. Ed è bene che, chi non lo ha mai visto perché adesso è ancora giovane o di mezza età, dopo aver letto questo mio necrologio, lo tenga in mente come uno tra i più grandi precursori italiani della nostra disciplina. Se la nostra Società è viva, se chi l'ha fondata è fiero di averlo fatto, se i giovani la seguono con passione, il merito va anche e soprattutto a persone come lui.

La crisi della vescica iperattiva. L'entropia dell'ICS ha deluso un miliardo di donne?

DM GOLD St Vincent's Hospital, University of NSW, Sydney, Australia

L'editoriale descrive come la fondazione della International Continence Society (ICS) nel 1971 sia stata l'espressione di un crescente interesse mondiale per vescica e disfunzioni anorettali, interesse che, tradotto in volume di lavori scientifici pubblicati, può essere descritto come *caos scientifico*. La *vescica iperattiva/OAB OverActiveBladder* aveva in precedenza molteplici denominazioni: disfunzione detrusoriale dissinergica, vescica psicogena, vescica disinibita, dolore vescicale. Oltre a ciò c'erano elementi complessi e contraddittori come la coincidenza di incontinenza da urgenza e da sforzo, l'essere apparentemente l'OAB causa di incontinenza da parto e in menopausa, a dispetto dei riscontri di incontinenza in nullipare e nei bambini! e, ancora, urgenza de novo dopo la cura dell'incontinenza urinaria da sforzo (SUI) secondo quello che l'allora era il gold standard ovvero la colposospensione di Burch. La standardizzazione delle definizioni e altri importanti progressi hanno in effetti portato ad una disciplina medica completamente nuova che potrebbe essere definita proprio come l'*Incontinenza*, un problema che in vario modo colpisce 20-30 persone su 100 nel mondo. Questi risultati hanno rapidamente portato l'ICS a quello status di magistero che ha oggi. Successivamente, nel 1976, l'urodinamica è stata raccomandata da un comitato di esperti in modo da separare l'IUS dall'incontinenza da urgenza, soprattutto prima di sottoporsi a un intervento chirurgico per IUS, e questa convenzione continua invariata oggi. Tuttavia in un arco di 50 anni qualsiasi sistema rischia di cedere all'*entropia*, e questo è capitato anche all'ICS. Le definizioni originali, portando ordine nel caos scientifico, furono universalmente adottate derivandone all'ICS l'enorme potere che deriva dall'essere un punto di riferimento unico, ma in quanto tale ponendo anche le basi per le inevitabili devastazioni dell'entropia che si verificano con qualsiasi sistema. Collegata alla seconda legge della termodinamica l'*entropia* è una legge fondamentale della natura che impone un naturale declino nel disordine, ed è applicabile a ogni aspetto del mondo, anche ai sistemi sociali. Per mantenere la funzione di un sistema come l'ICS deve essere applicata nuova energia, energia che può derivare dal progredire di nuovi concetti in accordo con la dichiarazione di intenti societaria. L'esempio che qui interessa sono le scoperte fatte 30 anni fa che possono curare la *vescica iperattiva* (urgenza, frequenza, nicturia) ma anche altre condizioni della vescica che colpiscono un miliardo di donne, e che sono state bellamente ignorate. ICS e ICI hanno affermato che la patogenesi dell'OAB era sconosciuta e la malattia incurabile e nulla è cambiato da 50 anni, tranne la scoperta che gli anticolinergici, il trattamento farmacologico di scelta, hanno dimostrato di essere una causa di demenza senile e Alzheimer, davvero una situazione di **crisi per l'OAB** con una popolazione che invecchia. Il concetto di **vescica iperattiva** dipendente dal muscolo detrusore, va modificato come dipendente da strutture principalmente al di fuori del detrusore in particolare dalla lassità dei legamenti di sostegno della vagina. Questo nuovo paradigma di **vescica iperattiva**, porta a ricerche e trattamenti innovativi. Dal 1997 migliaia di casi di OAB sono stati curati fino



di **vescica iperattiva**, porta a ricerche e trattamenti innovativi. Dal 1997 migliaia di casi di OAB sono stati curati fino

Fig. 1. Crescita del paradigma della teoria integrale dal 1990 al 2022.

all'80% delle donne grazie ai concetti proposti dall'Integral Theory Paradigm (ITP) su base anatomica (Fig. 1), mediante l'intervento chirurgico di riparazione dei legamenti in presenza di un test clinico positivo.

- Abendstein B et al. Study No.12: Role of the uterosacral ligaments in the causation of rectal intussusception abnormal bowel emptying and fecal incontinence. A prospective study. *Pelviperineology* 2008; 27: 118
- Goeschen K, Gold DM. Surgical cure of chronic pelvic pain, associated bladder & bowel symptoms by posterior sling in 198 patients validates the Pescatori Iceberg principle of pelvic symptom co-occurrence. *Pelviperineology* 2017; 36: 84.
- Gold DM. OAB crisis *Pelviperineology* 2022;41:149

Darren Gold, British/Australian colorectal surgeon, supports with strong arguments Peter Petros' theory that has revolutionized stress urinary incontinence surgery since the end of the 80s. The success of that technique resulted in the Integral Theory according to which many dysfunctions of the three compartments of the pelvic floor are to be attributed to the pelvic ligaments damage. This fascinating theory has found followers and clinical applications above all among German and Japanese surgeons and is proposed, also in males, with important scientific contributions at a clinical level, not always in accordance with the policies of the international scientific societies which are in part influenced in turn by the results of the pharmaceutical research and in more recent years to some extent hindered, especially in the Anglo-Saxon world, by the FDA warning against prosthetic materials. The applications of the Integral Theory recently have sought applications with native tissues.

Risultati perioperatori della sacrocolpopessi robotica contro laparoscopica

E. ÖZBAŞLI, M. GÜNGÖR Dept of Ob. Gyn, University Faculty of Medicine, İstanbul, Türkiye

Per confrontare i risultati perioperatori della sacrocolpopessi robotica assistita (RSCP) rispetto a quella laparoscopica convenzionale (LSCP) una coorte retrospettiva di 68 pazienti è stata sottoposta a LSCP convenzionale o RSCP tra il 2010 e il 2019. Sono stati esaminati i dati sulle caratteristiche demografiche e chirurgiche e sugli esiti peri e postoperatori. Gli esiti primari erano il tempo operatorio e il tasso di complicanze postoperatorie, gli esiti secondari il punteggio del dolore postoperatorio, i valori di emoglobina pre e postoperatori, l'indice di massa corporea, il tasso di riammissione, la durata della degenza ospedaliera e l'incidenza di interventi intraoperatori per complicanze. Sono stati utilizzati il test della bontà di adattamento di Kolmogorov-Smirnov, il test t, il test U di Mann-Whitney, il test chi-quadrato e il test esatto di Fisher, ed è stata eseguita l'analisi di correlazione di Spearman. È risultato che su un totale di 68 pazienti (LSCP, n=52; RSCP, n=16), il gruppo RSCP (204,88±54,97 min) ha avuto un tempo operatorio più lungo rispetto al gruppo LSCP (142,1±35,32 min) (p<0,001). I tassi di complicanze postoperatorie precoci (come desaturazione, oliguria e nausea) erano del 31,3% nel gruppo RSCP e del 5,8% nel gruppo LSCP (p=0,015). I punteggi del dolore postoperatorio non differivano significativamente tra i gruppo LSCP (3,9±1,64) e gruppo RSCP (3,38±1,54) (p=0,256). Inoltre, non vi era alcuna differenza significativa tra i due gruppi in termini di valori di emoglobina pre e postoperatoria, caratteristiche demografiche, tasso di riammissione, incidenza di intra e postoperatoria complicanze (come erosione della rete, difficoltà di svuotamento, fistola e recidiva) e durata della degenza ospedaliera. La conclusione è che LSCP può essere superiore a RSCP, ma gli autori ammettono che il percorso chirurgico va individualizzato in base all'esperienza del chirurgo oltre che alle risorse della clinica.

Wise conclusion considering costs and education of surgeons increasingly inexperienced in open procedures, those often needed in emergency surgery.



CORSO TEORICO-PRATICO

**LA GESTIONE
DELLA COMPLESSITÀ
PELVI-PERINEALE
NEL CORSO DELLA VITA:
LA PRIMAVERA
DELLA PELVI**

Presidente del Corso: Prof. Filippo Pucciani

FIRENZE 1° APRILE 2023

Presentazione del Corso su “La gestione della complessità pelviperineale nelle fasi della vita: la primavera della pelvi”

FILIPPO PUCCIANI

Università di Firenze filippo.pucciani@unifi.it

Questo corso, centrato sulle patologie pelviche in età giovanile, primo nel panorama scientifico internazionale, si propone di descrivere, con un approccio multidisciplinare, quali patologie possano essere presenti in quella fascia di età. È la prima iniziativa di un progetto che vedrà altre due future manifestazioni, rispettivamente sull'estate della pelvi, legata alla fascia di età 30-50 anni, e sull'inverno pelvico, mirata sugli ultracinquantenni. La pelvi, infatti, attraversa cambiamenti strutturali correlati con le diverse epoche della vita, e, in età giovanile, nello specifico, si può avere l'esordio di patologie che potranno evolvere verso quadri severi in età matura.

La complessità anatomica e funzionale della pelvi, dalla statica posturale alla minzione, dalla defecazione all'attività sessuale, comporta necessariamente un approccio polyvalente, trasversa-

le a più specialità. Il confronto tra più specialisti è perciò determinante per un approccio olistico anche alle singole patologie pelviche. La struttura del corso è stata, pertanto, calibrata sulle competenze professionali di varie specialità, quali l'urologia, la ginecologia/ostetricia, la gastroenterologia, la chirurgia colo-proctologica, la sessuologia, la fisioterapia, la microbiologia, la radiologia e la fitoterapia. Tutte assieme parteciperanno all'inquadramento della complessità patologica pelvi-perineale, per sottolineare di volta in volta quali problematiche specifiche dovranno essere affrontate e risolte. L'età giovanile, 20-40 anni, sarà il filo conduttore dei vari interventi e sarà indicato, di volta in volta, quali siano le caratteristiche specifiche di un quadro patologico pelvi-perineale e della migliore terapia da adottare in quella fascia di età.

Il dolore pelvico cronico nella donna fertile

GIAN LUCA BRACCO

U.O.C. Ostetricia e Ginecologia, Ospedale San Luca, Lucca gianluca.bracco@uslnordovest.toscana.it

La sindrome da **dolore pelvico cronico** è un dolore cronico o persistente, percepito nell'area anatomica pelvica specificata, associato a conseguenze cognitive, comportamentali, sessuali ed emotive negative, nonché a sintomi indicativi di disfunzione del tratto urinario inferiore, sessuale, intestinale e del pavimento pelvico ginecologico. L'insieme dei sintomi che si presentano sono **dolore localizzato nell'area pelvica o perineale** e che si può irradiare fino alla regione lombare, all'inguine, alla vagina o alla vulva, alla regione sovrapubica, al sacro-coccige e alla radice delle cosce. Perché sia considerato tale, è necessario che duri **da almeno 6 mesi** e che non presenti meccanismi patogenetici tipici del **dolore acuto** (causati da infezioni o altra patologia locale). Se sono presenti meccanismi del dolore non acuto e di **sensibilizzazione centrale** (la sensibilizzazione centrale è caratterizzata da amplificazione o aumento della percezione sensoriale, dove gli stimoli normalmente non dolorosi sono ora percepiti come dolorosi), la condizione è considerata cronica, indipendentemente dal periodo di tempo.

Il **dolore pelvico cronico** può avere **varie cause** di natura uretrale, vescicale (cistite interstiziale), prostatica, ginecologica (endometriosi, prolasso genitale), intestinale (sindrome del colon irritabile), anorettale, neurogena, vascolare, osteomuscolare o cutanea. Spesso si associa a conseguenze cognitive, comportamentali, sessuali ed emotive negative, nonché a sintomi disfunzionali urinari, sessuali, intestinali o ginecologici. Se la causa può essere differente, l'**origine è comunque comune** ed è dovuta all'**infiammazione neuro-mediata** oltre che al ruolo dei **mastociti**, le cellule immunitarie capaci di stimolare alcuni **processi infiammatori**.

Il dolore pelvico cronico di origine viscerale presenta **caratteristiche semeiologiche** complesse: oltre alla presenza di dolore spontaneo troviamo spesso fenomeni di ipersensibilità, con reazione algica a vari stimoli fisiologici come i rapporti sessuali, la defecazione e il riempimento vescicale. In molte circostanze sono anche presenti fenomeni di iperalgesia visceroviscerale, che porta all'amplificazione reciproca delle disfunzioni dei diversi organi pelvici, con frequente coesistenza delle diverse sindromi dolorose.

La componente urologica è rappresentata prevalentemente dalla **Bladder Pain Syndrome (BPS)**. La BPS è definita dall'International Society for the Study of Interstitial Cystitis (ESSIC): dolore pelvico cronico, pressione o disagio di durata superiore a 6 mesi (l'American Urological Association AUA suggerisce valida anche una storia di 6 settimane) percepiti come correlati alla vescica accompagnati da almeno un altro sintomo urinario come aumentata frequenza urinaria.

La **sindrome del dolore alla vescica (IASP)** è l'insorgenza di dolore persistente o ricorrente percepito nella regione della vescica, accompagnato da almeno un altro sintomo, come il dolore che peggiora con il riempimento della vescica, la frequenza minzionale diurna e/o notturna. Non vi è alcuna provata infezione o altra evidente patologia locale. La sindrome del

dolore vescicale è anche associata a molteplici conseguenze negative, nonché a sintomi indicativi di disfunzione del tratto urinario inferiore e sessuale.

La **valutazione** iniziale prevede un iter ben codificato per giungere ad una diagnosi ed un trattamento che può andare dal rilassamento del pavimento pelvico, farmaci orali o trattamenti intravesicali fino alla neuromodulazione sacrale, tossina botulinica intradetrusoriale o la Ciclosporina orale A ed infine come ultima spiaggia interventi chirurgici quali: diversione urinaria con o senza cistectomia o la cistoplastica di ampliamento. Una buona percentuale di cause è a carico del sistema anorettale o intestinale (emorroidi o ragadi croniche, proctalgia fugax, sindrome elevatoriale, colon irritabile, diverticolosi sintomatica o stipsi). Dopo un'accurata e completa valutazione clinica (ecografia pelvica, endocavitaria transanale e/o transvaginale e una valutazione anoscopica o rettoskopica, idealmente da eseguire consensualmente alla visita, indirizzando poi solo casi selezionati verso accertamenti più complessi come la risonanza magnetica o la colonscopia), le **terapie** possono essere di varia natura, sia mediche che fisiche, sia riabilitative che chirurgiche, ma anche comportamentali e dietetiche.

Il circolo vizioso del dolore comprende sempre l'ipertono, non solo della pelvi, ma comprende anche il tipo di catena sintomatica dove è fondamentale nel trattamento, includere l'educazione sanitaria ed il counseling, anche sessuologico. Avvalersi della riabilitazione come punto nodale di un possibile circolo virtuoso da innescare per contribuire alla guarigione può risultare vincente e abbattere i tempi della farmacologia. La cura però va ricercata sempre anche da un punto di vista medico perché nel dolore pelvico cronico la riabilitazione non basta, pur nella sua estrema importanza.

TAKE HOME MESSAGE La complessità del fenomeno fa sì che spesso le pazienti consultino più medici prima di trovare un trattamento, venendo sottoposte a innumerevoli esami e, talvolta, addirittura a interventi chirurgici, senza ottenere benefici. È importante la diagnosi precoce come nell'endometriosi pelvica che purtroppo ha di media un ritardo tra l'insorgenza dei sintomi e la diagnosi di 9 anni. Da non sottovalutare anche l'utilità di riconoscere "pattern posturali" o modelli neuro-meccanici. È quindi fondamentale che la valutazione di queste pazienti sia multidisciplinare e che valuti l'insieme dei sintomi urinari, gastrointestinali, ginecologici, muscoloscheletrici, sessuali e psicosociali. La filosofia della gestione del dolore pelvico cronico si basa infatti su un modello bio-psicosociale e adotta un approccio olistico, che prevede il coinvolgimento attivo della paziente. La terapia si sviluppa fondamentalmente in due direzioni: trattare tempestivamente le singole condizioni individuabili con una terapia mirata, con l'obiettivo di rimuovere quanti più fattori algogeni possibile, e trattare il sintomo dolore in sé, con strategie combinate che vanno dall'assunzione di farmaci alla fisioterapia, alla psicoterapia.

Dolore pelvico cronico e sindrome del dolore vescicale

GIULIO DEL POPOLO

SODC Neuro-Urologia SODC Unità Spinale Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze delpopolog@aou-careggi.toscana.it

Il dolore pelvico cronico vede il coinvolgimento di urologi, colonproctologi, ginecologi, fisioterapisti. La componente prevalente urologica è rappresentata dalla **Bladder Pain Syndrome (BPS)**. La BPS è definita dall'International Society for the Study of Interstitial Cystitis (ESSIC): dolore pelvico cronico, pressione o disagio di durata superiore a 6 mesi percepiti come correlati alla vescica accompagnati da almeno un altro sintomo urinario come aumentata frequenza urinaria. Non ci

sono dati pubblicati su quale durata dei sintomi indichi che la risoluzione spontanea precoce dei sintomi è improbabile. Mentre ESSIC utilizza arbitrariamente una durata di 6 mesi, le linee guida dell'American Urological Association (AUA) suggeriscono che una storia di 6 settimane è abbastanza lunga per iniziare la diagnosi e il trattamento della BPS. Senza ulteriori dati, spetta alla discrezione del medico e del paziente l'intervallo corretto tra l'insorgenza dei sintomi e la valutazione e

la diagnosi di una condizione cronica. La *sindrome della vescica dolorosa*, come definita dall'International Continence Society (ICS), è troppo restrittiva per la sindrome clinica. Mentre il termine *sindrome del dolore alla vescica* sembra adattarsi bene alla tassonomia dell'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) e descrive meglio il complesso dei sintomi. La sindrome del dolore alla vescica (IASP) è l'insorgenza di dolore persistente o ricorrente percepito nella regione della vescica, accompagnato da almeno un altro sintomo, come il dolore che peggiora con il riempimento della vescica, la frequenza minzionale diurna

e/o notturna. Non vi è alcuna provata infezione o altra evidente patologia locale. La sindrome del dolore vescicale è spesso associata a conseguenze negative cognitive, comportamentali, sessuali o emotive, nonché a sintomi indicativi di disfunzione del tratto urinario inferiore e sessuale. Nei pazienti con *lesione di Hunner* e sintomatici si utilizza il termine "*Cistite Interstiziale*", indicando così una vera e propria infiammazione interstiziale (Fig.1), da considerare che in presenza di sintomi locali è difficile differenziare dalla sindrome del dolore alla vescica in assenza di endoscopia. Anche la presenza di disturbi comunemente associati tra cui la sindrome dell'intestino irritabile, la sindrome da affaticamento cronico e la fibromialgia in presenza dei sintomi della sindrome del dolore vescicale suggerisce la diagnosi. La *valutazione iniziale* consiste in un diario vescicale, un esame fisico mirato, analisi delle urine e urinocoltura. In assenza di disturbi confondibili, è possibile formulare una diagnosi e istituire un trattamento. La citologia delle urine, la cistoscopia e la valutazione urodinamica sono raccomandate se clinicamente indicate e/o la diagnosi

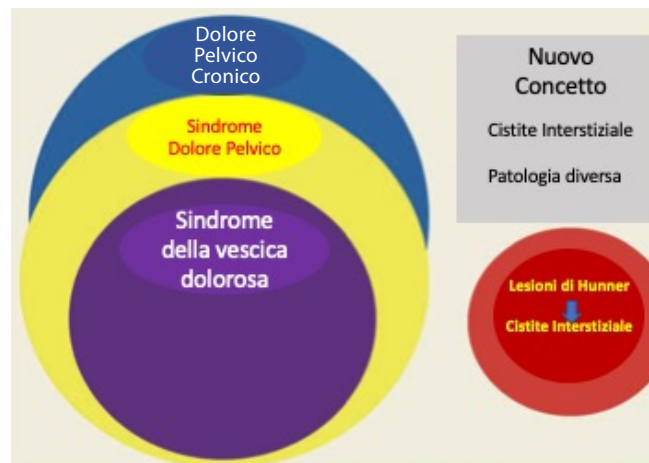


Fig. 1 Dolore pelvico cronico, sindrome del dolore vescicale, cistite interstiziale.

è dubbia. I pazienti con infezione urinaria devono essere trattati e rivalutati. Quelli con infezione urinaria ricorrente, citologia urinaria anormale ed ematuria microscopica o macroscopica vengono valutati con appropriate procedure di imaging ed endoscopiche. Il *trattamento* iniziale prevede, variazioni dietetiche, analgesici, riduzione dello stress e tecniche di rilassamento del pavimento pelvico. La fisioterapia del pavimento pelvico con il rilascio del trigger point miofasciale e il massaggio Thiele intravaginale è spesso un intervento terapeutico efficace. Il trattamento del dolore in alcuni casi deve essere gestito da un centro di anestesia/

dolore. Quando la terapia conservativa fallisce o i sintomi sono gravi si procede con farmaci orali o un trattamento intravesicale. Se la terapia orale o intravesicale iniziale fallisce bisogna prendere in considerazione un'ulteriore valutazione che può includere urodinamica, imaging pelvico e cistoscopia con distensione della vescica ed eventuale biopsia della vescica sotto anestesia. Il riscontro di iperattività detrusoriale prevede la terapia antimuscarinica o beta-3-agonista. La presenza di una lesione di Hunner una terapia con resezione transuretrale, folgorazione della lesione o infiltrazione diretta di steroidi nella lesione. La stessa distensione vescicale può avere benefici terapeutici nel 30-50% dei pazienti. In quei pazienti con sintomi persistenti si può proporre la neuromodulazione sacrale, tossina botulinica intradetrusoriale o la ciclosporina orale A. L'ultima spiaggia è solitamente un tipo di intervento chirurgico quali: diversione urinaria con o senza cistectomia o la cistoplastica di ampliamento (Incontinence 6th editon Abrams P. et al. 2017).

Il dolore pelvico cronico nella donna in età fertile: il punto di vista colonproctologico

JACOPO MARTELLUCCI

Chirurgia d'Urgenza, Centro del pavimento pelvico, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze jamjac64@hotmail.com

Il dolore pelvico cronico è un problema ad elevata rilevanza sociale, in quanto è stato stimato che nel corso della vita fino ad una donna su quattro possa andare incontro a periodi sintomatici. L'ampio spettro di possibilità eziologiche e l'incidenza circa doppia nelle donne rispetto agli uomini rende il problema decisamente meritevole di attenzione, in particolare da tutte quelle figure che potenzialmente possono essere coinvolte nella sua diagnosi o nella sua gestione. Se si considera che circa il 10% delle visite ginecologiche si svolge per un dolore pelvico cronico e di queste fino all'80% non ha una causa ginecologica si capisce come l'approccio multidisciplinare sia assolutamente necessario. Di queste cause ovviamente, una buona percentuale è a carico del sistema anorettale o intestinale.

Molto spesso, infatti, soprattutto nelle donne in età fertile, questa disfunzione può avere una correlazione con problematiche proctologiche come emorroidi o ragadi croniche, proctalgia fugax, sindrome elevatoriale, colon irritabile, diverticolosi sintomatica o stipsi. Questo ovviamente escludendo i pazienti con problematiche oncologiche (che comunque vanno escluse da una valutazione clinica e diagnostica) o le complicazioni dopo chirurgia pelvica, proctologica o addominale, che comunque rappresentano una possibile causa.

A prescindere dalle possibili terapie quindi, che possono essere di varia natura, sia mediche che fisiche, sia riabilitative

che chirurgiche, ma anche comportamentali e dietetiche, rimane momento fondamentale la valutazione clinica. È questo strumento che consente infatti di escludere o trattare le cause proctologiche, oncologiche o correlare la sintomatologia con possibili cause gastroenterologiche. Solo a questo punto sarà possibile indirizzare il paziente verso il più corretto percorso diagnostico e terapeutico, ottimizzando la necessità di accertamenti e di coinvolgimento di altri professionisti coinvolti nella gestione di queste problematiche. Non bisogna dimenticare infatti che molti di questi pazienti interrompono i loro percorsi di cura perché necessitano da 3 a 11 valutazioni specialistiche diverse prima di trovare una indicazione utile per gestire il loro problema. Il percorso diagnostico iniziale di questi pazienti non può pertanto non prevedere una ecografia pelvica, endocavitaria (transanale e/o transvaginale) e una valutazione endoscopica o rettoscopica, idealmente da eseguire consensualmente alla visita, indirizzando poi solo casi selezionati verso accertamenti più complessi come la risonanza magnetica o la colonscopia.

Conclusioni: La valutazione clinica, eventualmente integrata in ambito multidisciplinare, è momento fondamentale nell'inquadramento del dolore pelvico cronico, in particolare nelle donne in età fertile, in quanto può fare la differenza tra un percorso efficace e una perdita di tempo.

Il dolore pelvico cronico nella donna fertile: il punto di vista ginecologico

ELEONORA RUSSO

U.O. Ginecologia e Ostetricia Universitaria I, Pisa elenoire.russo@gmail.com

Sebbene non vi sia consenso sulla definizione di dolore pelvico cronico, esso viene generalmente definito come un dolore non ciclico percepito nell'area pelvica che dura da tre a sei mesi e che non è correlato con la gravidanza.

Si stima che possa colpire fino al 25% circa delle donne in età riproduttiva e spesso si associa a conseguenze cognitive, comportamentali, sessuali ed emotive negative, nonché a sintomi disfunzionali urinari, sessuali, intestinali o ginecologici. Il dolore pelvico cronico può essere il risultato di una patologia identificabile (dolore pelvico cronico secondario) o può persistere senza che venga identificata un'etiologia infettiva o infiammatoria specifica (dolore pelvico cronico primario). Spesso comunque, indipendentemente dalla fonte iniziale del dolore, l'infiammazione locale determina un processo di sensibilizzazione nervosa, prima periferica e poi centrale, che fa persistere e amplifica il sintomo anche dopo la scomparsa del trigger iniziale.

Il dolore pelvico cronico è di fatto un sintomo finale con molteplici cause potenziali e fattori contribuenti. Le possibili origini del dolore pelvico cronico sono viscerali, muscolo-scheletriche o neuropatiche.

Tra quelle viscerali annoveriamo patologie a carico dell'apparato ginecologico, urinario e gastroenterico, come ad esempio l'endometriosi, la cistite interstiziale o la sindrome del colon irritabile. Il dolore pelvico cronico di origine viscerale presen-

ta caratteristiche semeiologiche complesse: oltre alla presenza di dolore spontaneo troviamo spesso fenomeni di ipersensibilità, con reazione algica a vari stimoli fisiologici come i rapporti sessuali, la defecazione e il riempimento vescicale. In molte circostanze sono anche presenti fenomeni di iperalgesia visceroviscerale, che porta all'amplificazione reciproca delle disfunzioni dei diversi organi pelvici, con frequente coesistenza delle diverse sindromi dolorose.

La complessità del fenomeno fa sì che spesso le pazienti consultino più medici prima di trovare un trattamento, venendo sottoposte a innumerevoli esami e, talvolta, addirittura a interventi chirurgici, senza ottenere benefici. È quindi fondamentale che la valutazione di queste pazienti sia multidisciplinare e che valuti l'insieme dei sintomi urinari, gastrointestinali, ginecologici, muscoloscheletrici, sessuali e psicosociali. La filosofia della gestione del dolore pelvico cronico si basa infatti su un modello bio-psicosociale e adotta un approccio olistico, che prevede il coinvolgimento attivo della paziente.

La terapia si sviluppa fondamentalmente in due direzioni: trattare tempestivamente le singole condizioni individuabili con una terapia mirata, con l'obiettivo di rimuovere quanti più fattori algogeni possibile, e trattare il sintomo dolore in sé, con strategie combinate che vanno dall'assunzione di farmaci alla fisioterapia, alla psicoterapia.

Il dolore pelvico cronico nella donna fertile: il punto di vista riabilitativo

DÉSIRÉE UGUCCIONI dei BUONDELMONTI

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

Sul dolore pelvico cronico c'è moltissima confusione: il grosso problema è che evidentemente c'è tra i professionisti una confusione che poi si manifesta in una tragica incomprensione da parte delle pazienti le quali arrivano dal riabilitatore con diagnosi che non corrispondono alla realtà. Questo si constata in maniera abbastanza semplice: ad esempio arrivano moltissime diagnosi di vulvodinia che in realtà sono forme di vaginismo. Possono avere avuto una positività allo *swab test*, ma bisogna vedere in che contesto la paziente è stata testata. In un contesto di *discomfort* può anche essersi manifestata una pseudo-allodinia, e magari un esame un po' superficiale può portare ad una diagnosi che non corrisponde certo ad una problematica neuropatica quale si trova invece nella vulvodinia propriamente detta e quindi nel dolore pelvico cronico in generale.

Non dobbiamo dimenticare che le pazienti (e spesso anche i maschi) si "sottopongono" al coito nonostante il dolore e questo, con un ipertono reattivo del pubococcigeo, porta ad un attrito sulla mucosa che non la lascia indenne, quindi sensibile al test del bastoncino cotonato. Ma la stessa reazione la darà una mucosa irritata da un tentativo di coito sullo spasmo vaginismico.

Va da sé che il dolore pelvico cronico non trova elezione esclusiva nella vulva (difatti si dice "pelvico") quindi il riabilitatore, se non ha la certezza della perizia dei suoi collaboratori specialisti (non tutti si occupano di dolore cronico), deve essere in grado di muoversi agevolmente tra vaginismo e vulvodinia e orientare la propria risposta terapeutica ad una sintomatologia che può essere simile. A titolo non esaustivo, il circolo vizioso del dolore comprende sempre l'ipertono – non solo nella pelvi – ma comprendere il tipo di catena sintomatica è fondamentale nel trattamento, che include l'educazione sanitaria e il counseling, anche sessuologico. Ad esempio, di sporeunia da ipertono, da secchezza della mucosa, da dolore neuropatico, richiederanno approcci differenti all'ipertono.

Nel dolore cronico propriamente detto mettere in atto una terapia medica è essenziale, nel vaginismo è inutile: orientarsi è indispensabile. Del resto, avvalersi della riabilitazione come punto nodale di un possibile circolo virtuoso da innescare per contribuire alla guarigione può risultare vincente e abbattere i tempi della farmacologia. La cura però va ricercata sempre anche da un punto di vista medico perché nel dolore pelvico cronico la riabilitazione non è assolutamente sufficiente, pur essendo cruciale.

Non dimentichiamo che, come riabilitatori, non ci occupiamo solo di muscoli; ormai abbiamo sdoganato (era ora) l'approccio fasciale: il connettivo come memoria posturale e algica rappresenta un altro orizzonte cui volgere la nostra attenzione. Quindi da un punto di vista concettuale, va trattata la fascia che possiamo considerare come un involucro del corpo che si localizza sotto la pelle, per poi introflettersi nelle molteplici forme dei tessuti connettivi che si esprimono in fasce e legamenti. Parimenti, non vanno dimenticati la valutazione e il trattamento della muscolatura liscia viscerale, che risponde benissimo all'approccio che riserviamo alla muscolatura striata ipertonica.

La componente principe del dolore cronico rimane sempre il dolore. Che è, oltretutto, cronico. Questo comporta un'alterazione del comportamento del paziente che si "aggiusta" in una modalità iperreattiva che gli dà la percezione di una risposta maggiormente efficace all'allontanamento dalla noxa irritativa occasionale, a sua volta non più solo fisica nella malattia cronica, ma anche drammaticamente emotiva e relazionale. Per questo il fisioterapista è chiamato ad avere competenze e abilità (non solo attestati) di counselor: è ampiamente dimostrato che la relazione terapeutica ha un impatto prioritario sull'*outcome*.

Riesco a far rilassare il paziente cronico mentre faccio manovre endocavitare sui trigger points o mentre stimolo un riflesso tendineo?

Prolasso di organi pelvici: prevenzione e gestione delle forme iniziali

FILIPPO LA TORRE

Casa di Cura "Villa del Rosario" Roma, filippo.latorre@uniroma1.it

Il Prolasso degli Organi Pelvici (POP) costituisce una alterazione dell'anatomia distrettuale e può assumere gradi differenti a seconda delle sue dimensioni. La classificazione in base alle dimensioni però non è spesso veritiera rispetto all'impatto "disfunzionale" che il prolasso comporta, ovvero non c'è perfetto parallelismo tra entità e complessità del prolasso e qualità dei sintomi riferiti. Le forme iniziali e le forme "lievi/moderate" del prolasso pelvico possono infatti essere caratterizzate da una sintomatologia "sogettiva" riferita come insopportabile e, comunque, fortemente invalidante la qualità stessa della vita. E' opportuno, nella nostra definizione di "forma iniziale" di prolasso pelvico, tenere nella giusta considerazione questo aspetto dando la dovuta importanza sia all'entità anatomica del prolasso che ai sintomi che possono corrispondervi.

Viene frequentemente riferita allo specialista la comparsa di uno o più sintomi senza riferire la comparsa di forme di prolasso che verranno invece identificate attraverso la visita specialistica e gli esami successivi. La qualità e quantità di sintomi saranno raccolti ed identificati come tipici e/o caratteristici di prolasso degli organi pelvici; sarà poi la visita specialistica e gli esami indicati successivamente a porre la diagnosi corretta. Soltanto a questo punto saremo in grado di definire la nostra diagnosi di "forma iniziale di prolasso pelvi-perineale", che sarà come già detto una diagnosi di riferimento alla situazione anatomica del soggetto. A questo aggiungeremo il quadro sintomatologico riferito.

E' giusto dire che la definizione di "forma iniziale" è fondamentale dal punto di vista della gestione ed in particolare della prevenzione vs le forme più avanzate. Parlare di una gestione sintomatica dei quadri iniziali soltanto dal punto di vista terapeutico/riabilitativo non è infatti sufficiente perché, a nostro giudizio, è

altrettanto importante la valutazione della situazione clinica del soggetto in esame (età, peso, BMI, abitudini di vita, altre patologie, etc.).

La nostra impostazione, eseguita la corretta diagnosi, si dovrà avvalere di quanto necessario per invitare a modificare e correggere, in primo luogo, la/le cause scatenanti e, soltanto quando questo sarà stato chiarito (è importante porre l'accento su questo fondamentale aspetto poiché rappresenta il passo principale della prevenzione), impostare l'eventuale trattamento terapeutico.

La gestione di queste forme di prolasso comincia con l'avvalersi degli opportuni suggerimenti igienico/dietetici e quindi dell'eventuale impiego di un trattamento riabilitativo pelvico, sia strumentale che fisiatrico, quando la sintomatologia ed anche le caratteristiche del prolasso lo richiedano. La *riabilitazione pelvica* riveste un ruolo rilevante e spesso risolutivo nelle forme iniziali avendo un impatto favorevole sia sulla sintomatologia che sul prolasso stesso. Essa è stata una conquista iniziata con grande difficoltà alla fine degli anni settanta per poi progredire molto lentamente, con l'acquisizione di dati scientifici finalmente validabili, nell'uso comune solo alla fine del secolo scorso. Questo risulterà evidente durante la raccolta dati in corso di trattamento come anche la eventuale variazione del prolasso pelvi-perineale. I suoi vantaggi, se ben applicati secondo i protocolli validati, sono ormai considerati rilevanti nell'impiego terapeutico non soltanto di primo livello. Scarsa/nessuna importanza, a nostro parere, deve essere attribuita a trattamenti invasivi chirurgici in questi gradi di prolasso. La correzione chirurgica di gradi lievi di prolasso rischia infatti di non modificare la sintomatologia ma invece spesso di aggravarla, rendendo oltremodo difficili ulteriori trattamenti.

Prevenzione e gestione delle forme iniziali di prolasso anale

GIUSEPPE DODI

Centro Pelvi Padova giuseppe.dodi@unipd.it

Con il termine "prolasso" si intende "fuoriuscita di un viscere da un orifizio naturale". La desinenza "-cele" indica propriamente una erniazione. Questi aspetti semantici sono rilevanti per eliminare il rischio di confusione in ambito nosografico. Attraverso l'ano possono prolassare le emorroidi interne (E), la mucosa del retto (M), il retto (R) e il cavo del Douglas/edrocele (Ec). Per ognuna di queste condizioni si descrivono 4 gradi: col *grado 1* non c'è prolasso ma solo un semplice aumento di volume o una discesa di uno degli organi che sono presenti nell'area pelviperineale: **E1** emorroidi interne voluminose, sanguinanti, **M1** eccedenza mucosa detta anche prolasso mucoso occulto, **R1** intussuscezione retto-rettale o retto-ale detta anche prolasso rettale interno (entrambi ritenute possibile cause di ostruita defecazione e dolore gravativo), **Ec** condizione in cui le anse intestinali contenute nel cavo del Douglas scendono tra le due pareti del retto potendo fuoriuscire, con il retto, dall'ano. Col *grado 2* c'è effettivo prolasso che si riduce spontaneamente dopo la defecazione, col *grado 3* il prolasso va ridotto in genere manualmente; nel *grado 4* il prolasso (E,M,R,Ec) è irriducibile. M1 e R1 sono da considerare varianti della norma; per trattare M1 possono bastare le legature elastiche. Per R1 solo i chirurghi molto interventisti effettuano le rettopessi o, peggio, la Starr.

Tutte le condizioni, dal grado 1 al grado 3, possono essere considerate **iniziali** in base a tre fattori: 1) la *dimensione* del prolasso (questo vale per il grado 2 e 3), ossia se la fuoriuscita è parziale o a tutta circonferenza, 2) se la riduzione, generalmente manuale, è rapida e indolore e 3) in che misura il prolasso crea *disabilità* (H dell'IPGH) ossia quanto condiziona la *qdv* del soggetto per motivi anatomici, funzionali ed estetici. Non sempre è facile capire la corrispondenza tra il dato anamnestico, l'effettivo grado del

prolasso e il grado evidente all'esame obiettivo in ambulatorio, dove l'ambiente estraneo, la presenza di un dito esploratore, altrettanto estraneo, e l'assenza della defecazione immediatamente precedente, possono falsare la misurazione. Una *foto*, fatta nel privato del proprio bagno domestico, il più delle volte risolve brillantemente il problema diagnostico evitando esami di *imaging* in questi casi inutili e costosi. Molto utile, per far comprendere ai pazienti gli aspetti fisiopatologici del prolasso anale e consentir loro la comprensione dei propri sintomi e le motivazioni delle eventuali terapie, è l'*analogia ano-bocca* sotto il profilo anatomico e funzionale. I *sintomi* che vengono attribuiti a tali condizioni (sanguinamento, mucorrea, defecazione insoddisfacente in senso ritentivo=stipsi, incontinenza anale, dolore, ipertonica o ipotonia sfinterica) vanno trattati considerando la *teoria dell'iceberg*. Il grado 2 di E ed M richiede terapie possibilmente conservative mediche o ambulatoriali (autodilatazioni anali, legature elastiche), raramente chirurgiche se non in caso di sanguinamento altrimenti intrattabile. Il grado 2 di R e Ec, se di poco impatto sulla *qdv*, richiede solo trattamenti riabilitativi che ne prevenano l'evoluzione in grado 3 dove la chirurgia (cerchiaggio, rettopessi) diventa quasi sempre necessaria. Alimentazione, *valutazione del microbiota individuale*, prevenzione del ponzamento e dell'aumento della pressione intraddominale, integratori flebotonici per la cura del microcircolo, unguenti antiemorroidari (sempre privi di anestetici locali!) sono i pilastri della terapia conservativa in tutti i gradi e in tutti i tipi di prolasso anale. Opportuno fare particolare attenzione alla presenza di *dissinergia* che può obbligare il paziente ad un ponzamento eccessivo e quindi portare all'aggravamento del prolasso stesso, condizioni rimediabili anche con *bfh domiciliare* o *TAI*.

Prolasso genitale: prevenzione e gestione delle forme iniziali

ELEONORA RUSSO

U.O. Ginecologia e Ostetricia Universitaria I, Pisa elenoire.russo@gmail.com

Il prollasso degli organi pelvici (POP) è una condizione estremamente frequente con un forte impatto sulla qualità della vita della donna. L'esatta prevalenza del disturbo rimane ancora da stabilire, vista l'eterogeneità degli studi in letteratura; si stima che circa il 50% delle donne presenti POP, ma che solo tra il 3 e il 12% riporti una sintomatologia POP-relata. Diversi fattori di rischio sono stati associati al POP. Tutti i fattori di rischio contribuiscono all'indebolimento del tessuto connettivo/collagene del pavimento pelvico. Esistono fattori predisponenti, non modificabili, tra cui razza e il corredo genetico. Altri fattori promuoventi per i quali l'intervento o la prevenzione possono essere di beneficio, tra cui lo stile di vita, l'obesità e il fumo e fattori di rischio inizianti come la storia ostetrica e la modalità del parto, associati a un danno neuro-muscolare acuto e cronico del pavimento pelvico. Le cause della progressiva perdita di forza delle strutture di sostegno durante la vita della donna non sono del tutto stabilite, il ruolo della genetica del collagene e del milieu ormonale nella fisiopatologia del POP, rappresentano campi di crescente interesse nell'ambito della possibile prevenzione di questo disturbo. Non è ad oggi possibile prevedere quale don-

na avrà un peggioramento del POP nel corso della vita e quale no. Idealmente, l'individualizzazione degli specifici fattori di rischio per la singola paziente permetterebbe una personalizzazione del trattamento terapeutico e del suo timing. Ad oggi la scelta terapeutica dipende da fattori quali il grado di prollasso, la sintomatologia associata, l'età e la volontà della paziente. Il trattamento conservativo che include le modificazioni dello stile di vita e la terapia riabilitativa ha l'obiettivo non solo di recuperare il difetto di statica pelvica e prevenirne il peggioramento ma anche di trattare i disturbi funzionali ad esso associati. Da questo punto di vista, un precoce intervento riabilitativo permette una rieducazione del controllo della dinamica pelvica e una ottimizzazione della funzione di riempimento e svuotamento di vescica e retto che è quasi sempre alterata in caso di POP indipendentemente dal compartimento anatomico interessato. L'intervento sui fattori di rischio modificabili e il potenziamento neuro-muscolare del pavimento pelvico rappresentano inoltre un obiettivo terapeutico finalizzato a garantire la durata nel tempo di ogni tecnica chirurgica ricostruttiva del POP e deve essere raggiunto prima o dopo il trattamento chirurgico.

Prevenzione e gestione delle forme iniziali di colpocele anteriore (cistocele)

ALDO TOSTO

Urologo, Firenze aldotosto@yahoo.it

I Prolassi Organo Pelvici rappresentano una condizione presente nelle donne in età fertile ed in menopausa con prevalenza variabile in letteratura per razza, segmento, comorbidità. Sono noti alcuni fattori predisponenti come la pluriparità, la chirurgia pelvica (isterectomia in primis) una erodofamiliarità su base di disordini genetici. La classificazione per segmento vaginale interessato (anteriore, apicale o centrale e posteriore) è utile ai fini dell'approccio clinico, tenendo sempre presente che la perdita del supporto muscolo legamentoso ai visceri pelvici riguarderà progressivamente tutti i visceri contenuti in pelvi, se non trattata. Vengono date almeno due diverse definizioni dei prollassi: una riguarda la parete vaginale procedente (colpocele) ed una riguarda il viscere interessato (cistocele, isterocele, rettocele): in entrambi i casi alla definizione descrittiva si aggiunge sempre la stadiazione ovvero il grado di procidenza del viscere in vagina. Sono state proposte diverse stadiazioni: quella di Baden & Walker (nota anche con l'acronimo HWS ovvero *Half Way System* o "metà strada", affiancata nel tempo da quella di Beecham, più semplice e dalla classificazione proposta da Walters e Karram. A partire dalla fine del secolo scorso Bump proponeva una stadiazione "centimetrica" la cosiddetta POP-Q (quantification) che tuttavia è utilizzata prevalentemente a scopo di ricerca perché difficile da mettere in pratica.

La classificazione più utilizzata rimane quella di Beecham che prevede tre gradi di POP ed è applicabile a tutti i segmenti vaginali: *stadio I* definisce il prollasso contenuto al di sopra dell'introito; *stadio II* definisce il prollasso che affiora all'introito (alla

semplice schiusura delle labbra); *stadio III* definisce il prollasso oltre l'introito.

Clinicamente, nelle *forme iniziali*, la sintomatologia è limitata all'ingombro vaginale che può condizionare la *qualità di vita* così come, per il segmento anteriore, l'*incontinenza urinaria da sforzo*, talvolta associata, in virtù del basculamento in avanti ed in alto dell'uretra alla tosse o alle manovre di ponzamento (*iper-mobilità uretrale*).

Le indicazioni per la *prevenzione* e la *gestione*, risultano ampiamente condivise fino al II grado e consistono nella modifica degli stili di vita quindi il dimagrimento in caso di aumento ponderale, lo stop al fumo di sigaretta soprattutto in soggetti con bronchite o asma cronica, il trattamento della stipsi cronica. Queste raccomandazioni sono state testate da numerosi studi RCT (Randomized Controlled Trials) e devono considerarsi essenziali per limitare il progredire del descensus.

La gestione conservativa di queste forme iniziali non può prescindere dalla *riabilitazione* pelvipereale (PFMT, ovvero Pelvic Floor Muscle Training) che parte dalla presa di coscienza della muscolatura da esercitare alla motivazione del soggetto per l'aderenza al programma. L'uso di tecniche accessorie (*bio-feedback* o *elettrostimolazione* funzionale) va considerato un "optional" e comunque sempre associato alla *fisiochinesiterapia* visto che non è mai stata dimostrata un'equivalenza nei risultati rispetto alla FKT. Più recentemente sono state proposte altre tecniche strumentali come la *magnetoterapia* di cui però non ci sono ancora dati validati in letteratura.

POP: prevenzione e gestione riabilitativa delle forme iniziali

DÉSIRÉE UGUCCIONI dei BUONDELMONTI

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

Da un punto di vista riabilitativo si possono distinguere due differenti classi di intervento: prollasso genitale anteriore e rettocele. In ambito proctologico il prollasso mucoso e il prollasso rettale non traggono giovamento da un trattamento riabilitativo, se non in un'ottica di prevenzione primaria e terziaria¹, ma anche quest'ultima va valutata caso per caso.

Se per il *prollasso mucoso* occulto o esterno la causa fosse una dischezia, in questo caso potremmo avere delle opzioni valide in ambito preventivo, laddove per la cura non abbiamo invece nessuno strumento idoneo, trattandosi di problematica organica e non funzionale. A sua volta tuttavia, all'*eccedenza mucosa* comunemente detta prollasso mucoso occulto e che spesso altro non

è se non una variante della norma, si attribuisce una responsabilità nell'ostruire la defecazione. Invece molto attenti si dovrà essere alla *dissinergia*, che trova il suo trattamento elettivo nella riabilitazione. Il trattamento può difatti evitare interventi chirurgici che non troverebbero facile possibilità di successo sulla lunga distanza, laddove la defecazione ostruita sia la causa prima dell'alterazione organica. Anche in un *prolasso rettale* completo di grado 2, magari ben tollerato, la riabilitazione potrà rendersi utile: per prevenirne l'evoluzione in grado 3 e per gestire la stipsi e/o l'incontinenza che spesso si manifestano precocemente.

Escludendo quindi patologie esclusivamente chirurgiche, possiamo invece trovare conferma in numerosi studi dell'efficacia dell'intervento riabilitativo nei *prolassi del comparto anteriore*. Limitandoci ad aspettarci un risultato positivo negli stadi I e II HWS, ci appelliamo in ogni caso ad un intervento funzionale anche se il problema è organico e investe addirittura un'alterazione anatomica, sia in termini di alterazione tissutale (fasce e legamenti) sia in termini topografici (il viscere si sposta dalla propria sede originaria, dando luogo così ad alterazioni della meccanica sulle quali possiamo talvolta intervenire).

Attenendoci alla sempre validissima metafora della nave nel porto (*boat in dry dock*), il ruolo del fisioterapista può rivelarsi utile nel recupero della funzione della muscolatura nel sostenere la nave. I fattori concomitanti rimangono però molteplici e lavorare sulla causa posturale che ha concorso all'alterazione della meccanica e al sovraccarico dei connettivi è sicuramente

un altro punto cruciale che spesso viene tralasciato: dobbiamo ricordarci che anche il nostro affezionato pavimento pelvico non è solo il pavimento della dignitosissima pelvi, ma si inserisce in un corpo che ha pretese di *unicum* sia quando si tratti del tronco (diaframma, respirazione, colonna vertebrale, dinamica deambulatoria, etc) sia quando si tratti degli arti, perlomeno inferiori (relazione otturatori/elevatore dell'ano, ad esempio).

Il lavoro è complesso e non si limita a stringi e lascia, come troppo spesso si sente tristemente consigliare. Certo che tutto può capitare, da un punto di vista probabilistico: ad esempio lo stringi e lascia ci potrebbe sorprendere con risultati interessanti. Ma se non vogliamo attenerci al caso, un lavoro globale che ristabilisca relazioni più vicine alla fisiologia tra i vari segmenti nell'ambito della statica e della dinamica può darci soddisfazioni maggiori. Inoltre, se il danno connettivale è ormai fatto, almeno fornire al corpo e alla paziente un substrato migliore per accogliere i risultati della chirurgia potrebbe evitare o ritardare fortemente una paventata recidiva.

1) *Prevenzione primaria* è l'insieme delle attività, azioni o interventi volti ad evitare l'insorgenza (incidenza) di malattie nelle persone sane. *Prevenzione secondaria* sono le attività e gli interventi finalizzati a raggiungere una diagnosi precoce delle malattie, quando sia ancora in una fase asintomatica, ad esempio, le attività di *screening*. La *prevenzione terziaria* consiste nel trattamento di una malattia pregressa, talvolta cronica, e delle sue conseguenze allo scopo di prevenire complicanze o ulteriori danni che potrebbe causare.

Imaging: peculiarità dell'ecografia trans perineale e della RMN dinamica della pelvi in età giovanile

VITTORIO PILONI

Specialista in diagnostica per immagini. Diagnostica Marche (Ancona), Affidea (Monselice) vittorio.piloni@libero.it

Premesse La progressiva sostituzione delle tecniche ionizzanti (raggi x) con quelle non ionizzanti (ecografia e risonanza magnetica) nelle popolazioni giovani e in età fertile ha fatto affiorare problematiche cliniche nuove da risolvere. **Scopo** Duplice, ossia stabilire 1) quali siano le problematiche più rilevanti in età giovanile; 2) quale sia la *first line imaging approach* ottimale da adottare. **Metodo** Sono state valutate le richieste di imaging afferite al centro diagnostico di Affidea in pazienti di età compresa fra 14 e 40 anni nel periodo Gennaio-Dicembre 2022. Per ogni caso sono stati considerati il quesito clinico e il tipo di tecnica e protocollo scelto. **Risultati** I pazienti sono stati 122 di cui 50 (41%) maschi e 72 (59%) femmine (F/M ratio 1.44; età media M 30.7 e F 29.5, range 18-40 vs 14-40 rispettivamente) distribuiti come segue: 12 casi di cui 4 maschi (33%) e 8 femmine (67%) nella classe compresa fra 14 e 20 anni; 51 casi di cui 19 maschi (37%) e 32 femmine (63%) in quella fra 21 a 30 anni; e 59 casi di cui 27 maschi (46%) e 32 femmine (54%) in quella fra 31 e 40 anni. Il *quesito clinico* posto più frequente riguardava i disturbi della *sessualità* e il *dolore pelvico cronico* (89/122 casi, 72.95%); i disturbi della *evacuazione, minzione e statica pelvica* (36/122 casi, 29.50%), di cui 5 casi studiati per i risultati funzionali a distanza in esiti di ricostruzione chirurgica per anomalie congenite; e le *sepsi anoperianali* (7/122 casi, 5.73%). La *tecnica di imaging* scelta è stata la RM pelvi con un protocollo specifico comprendente lo studio della anatomia (tutti) e, a seconda del problema specifico la innervazione del nervo pudendo (89/122, pari a 72.95%), seguita dalla defeco-RM (36/122 pari a 29.5%) e dalla fistolo-RM (7/122 pari a 5.73%). In 5 casi si è ricorso alla ecografia perineale e allo studio radiologico tradizionale della fase minzionale. **Commento** Questa disamina suggerisce le seguenti considerazioni. **A** I professionisti che si occupano di patologie anatomiche funzionali del pavimento pelvico legate all'approccio diagnostico con RM, relativamente costoso, molto richiesto (con indicazioni di effettiva urgenza solo in alcuni casi di suppurazioni pelviperineali) e con disponibilità di strutture e di specialisti non adeguata al numero di richieste, devono tener conto di alcuni suggerimenti fondamentali artico-

lati in una sorta di *flow chart* di diagnosi d'immagine (NdR). Con la consapevolezza che il più delle volte è necessario l'abbinamento di almeno due modalità, in base al problema clinico prevalente è possibile adottare il seguente schema: 1) *sintomi disurici/incontinenza urinaria*: primo approccio ecografia perineale dinamica, a seguire cistouretrografia retrograda e minzionale (uomo) e uretrocistografia retrograda e minzionale (donna); secondo approccio: RM per studio delle strutture di supporto, ligamenti e hiatus dell'elevatore; 2) *sintomi evacuativi ostruttivi/incontinenza/prolassi*: primo approccio ecografia perineale dinamica, a seguire defeco-RM; 3) *sepsi ano perianali* ex novo o recidive/ sequele operatorie: primo approccio RM, a seguire controlli con ecografia endoanale; 4) *dolore pelvico cronico*: unico approccio RM e correlazione con test elettro-neurofisiologici. **B** Ci sono, se pur non frequenti, casi in cui l'esame obiettivo clinico accurato viene demandato all'esame tecnico di immagine (NdR): da un calcolo effettuato sulle richieste pervenute al centro diagnostico di Monselice, tuttavia solo 2 su 10 sono prive di notizie e informazioni esaurienti. A tal proposito può comunque risultare efficace un'azione di sbarramento preventivo adottato presso la segreteria che vieta di dar corso alla prenotazione in mancanza di documentazione giudicata sufficiente dal radiologo responsabile del settore. **C** I casi in cui si fa strada l'ipotesi per cui la diagnostica di immagine sia considerata un elemento di difesa contro possibili contenziosi medico-legali (ad esempio la documentazione di varianti anatomiche come il rettocele o l'intussuscezione rettale per giustificarne la correzione chirurgica, NdR) sono difficili da quantificare; è un fattore ipoteticamente sempre insito in ogni richiesta anche se in pratica quest'ultima sembra per lo più animata da autentica motivazione di ottenere un guadagno di informazioni utili. **Conclusioni** Nelle popolazioni giovani i disturbi della sfera sessuale con dolore cronico e i risultati disfunzionali a distanza dopo ricostruzione chirurgica per alterazioni congenite sono le problematiche più rilevanti; la RM della pelvi è la tecnica di prima scelta. In casi selezionati, l'ecografia perineale e lo studio radiologico della minzione possono risultare necessari.

Sessuologia femminile ed incontinenza fecale ed urinaria: imbarazzo o dramma?

GIAN LUCA BRACCO

U.O.C. Ostetricia e Ginecologia, Ospedale San Luca, Lucca gianluca.bracco@uslnordovest.toscana.it

L'**incontinenza urinaria** è un disturbo molto presente anche in giovane età e comunque in tante donne ancora sessualmente attive. Purtroppo non sempre tale disturbo viene riferito al medico o allo specialista e tale patologia accompagna la vita di queste donne vuoi perché è un disturbo non ritenuto così grave o perché alcune donne hanno vergogna o difficoltà a parlarne con il proprio medico. Queste donne, fuorviate spesso anche da pubblicità inadeguate che propagandano l'uso del pannolino più o meno profumato, non sanno però che l'incontinenza urinaria femminile è una patologia che può essere curata bene con la riabilitazione del pavimento pelvico o con interventi chirurgici in regime ambulatoriale/day surgery ormai consolidati come le sling sottouretrali o l'uso di iniettabili uretrali.

L'incontinenza urinaria femminile può presentarsi già durante la gravidanza e persistere nei primi mesi dopo il parto in circa il 30% delle puerpere. Va sottolineato però che molte donne sperimentano poi un miglioramento spontaneo dei sintomi urinari nei mesi successivi con buona probabilità di completa remissione dei sintomi soprattutto nelle donne più giovani.

I fattori di rischio associati sono: parità, BMI, età, incontinenza urinaria prima o durante la gravidanza, parto vaginale operativo, trauma perineale e macrosomia fetale. L'incontinenza urinaria può essere da sforzo (perdita involontaria di urina con uno sforzo fisico) o da urgenza (perdita involontaria associata a un bisogno improvviso e impellente di urinare). Di questi tipi, quella da sforzo è più spesso associata alla gravidanza e al post-partum. La riabilitazione del pavimento pelvico è raccomandata come terapia di prima linea per entrambi i tipi di incontinenza urinaria. In caso di fallimento delle misure conservative il trattamento medico e/o chirurgico deve essere bilanciato e coordinato con il desiderio riproduttivo della paziente.

Per quanto riguarda l'incontinenza, sia fecale che urinaria, per avere un quadro più completo delle esigenze di chi ci sta di fronte, ci dobbiamo soffermare sugli aspetti sociali e relazionali, non soltanto individuali. Il riabilitatore non dovrebbe occuparsi solo della sintomatologia funzionale nuda e cruda: la goccia o lo scroscio di urina che la donna perde non sono il solo messaggio che la paziente ci lancia: possiamo, con una po' di accortezza, accoglierne anche altri altrettanto significativi e bisognosi di essere ascoltati.

Nelle persone giovani non abbiamo, statisticamente, tutta quella rosa di sfumature grigie di *discomfort* che accompagnano la componente psicologica, che invece è da prendere in considerazione nelle persone più anziane, soprattutto quando l'incontinenza si manifesti come conseguenza di una patologia più grave.

L'incontinenza post-prostatectomia per esempio che si presenti in forma lieve, qualche goccia sotto un colpo di tosse, può essere vissuta come assolutamente insostenibile e il disagio psicologico ed emotivo si possono manifestare con modalità che, come operatori, riusciamo difficilmente a correlare con l'entità del disturbo.

Nei giovani, sani, anche nelle forme lievi di incontinenza urinaria, si manifesta spesso un significativo *discomfort* emotivo che inficia la vita quotidiana con il suo imporre abitudini ribelli alla procrastinazione.

L'incontinenza è un fenomeno assolutamente intimo, che investe e travolge non solo la sessualità come incontro della coppia, ma la sessualità anche come risultato di elezione, oltre che di accettazione, da parte dell'altro a elemento adatto alla riproduzione, quindi al perpetrare la vita.

Dobbiamo imparare a trattare con delicatezza e rispetto la percezione che la paziente incontinente ha della propria capacità di sopravvivere e mantenersi in vita all'interno di un branco che non ci ostracizza prima del tempo, condannando lei stessa ad una morte sociale. Con questa consapevolezza, possiamo

trattare più realisticamente le difficoltà che i pazienti incontinenti affrontano o cercano di evitare o negare nella propria vita sessuale. Non dimentichiamo poi che l'incontinenza può essere legata a traumi, esiti chirurgici o parto (lacerazioni o episiotomie). In ogni caso, ci sarà una cicatrice.

L'aspetto tissutale di una cicatrice ci è noto, ma forse non è del tutto chiaro il fatto che occorra una manualità particolarmente esperta per manipolare i tessuti danneggiati e contratti.

Per **incontinenza fecale** si intende l'emissione involontaria di feci e /o gas o l'incapacità a ritardare l'evacuazione (urgenza defecatoria). L'incontinenza fecale rappresenta un disturbo estremamente invalidante sia in termini fisici che in termini sociali e ovviamente con un impatto devastante sulla sfera sessuale.

Il problema dell'incontinenza fecale assume aspetti diversi poiché spesso è la conseguenza di una lacerazione perineale di 3° o 4° grado (OASIS) a volte misconosciuta o mal gestita e più difficile da correggere anche se la riabilitazione e la chirurgia hanno anche qui un ruolo fondamentale. Il rischio di presentare incontinenza fecale a 6 mesi dal parto con OASIS è del 17%, rispetto al 7%-8% di quelle che hanno avuto un parto cesareo o vaginale senza OASIS. L'incontinenza fecale è meno comune dell'incontinenza urinaria, ma è particolarmente debilitante sia dal punto di vista fisico che psicologico.

Ad oggi l'incidenza dell'incontinenza fecale è fortemente sottovalutata per numerose ragioni: sicuramente per la vergogna dei pazienti affetti, ma anche per mancanza di registri nazionali dedicati. La letteratura dedicata al tema dell'incontinenza fecale è molto ricca, di contro risulta estremamente povera quella focalizzata sull'impatto sulla sessualità. Quello che emerge è la necessità di porre attenzione ai numerosi aspetti di ogni singolo paziente senza dimenticarsi della sfera sessuale con l'obiettivo di condividere una strategia terapeutica personalizzata e finalizzata alla risoluzione dei sintomi lamentati senza necessariamente concentrarsi sul solo ripristino di una anatomia normale.

Non controllare l'evacuazione in età giovanile è un dramma e spesso comporta un progressivo isolamento della donna che preferisce evitare le situazioni in cui può essere colta impreparata e sporcarsi, soprattutto al mattino, quando lo stimolo a defecare è in genere più frequente. Le ripercussioni sulla sessualità sono correlate anche ad una perdita di autostima e alla paura che possa accadere anche nell'intimità anche se principalmente è la percezione che la donna ha di sé stessa in quanto incontinente alle feci (cosa che riguarda in genere gli anziani) a farla sentire tutt'altro che attraente e predisposta alla sessualità.

Questo può generare un circolo vizioso di paura-evitamento di situazioni sociali-ansia sociale e ulteriore ripercussioni sulla funzionalità intestinale. Sappiamo infatti molto bene come il nostro secondo cervello risenta dei nostri stati emotivi.

Quando una paziente si presenta nel periodo del post-partum con incontinenza fecale, la valutazione deve concentrarsi sulla determinazione della presenza di un difetto dello sfintere anale tramite valutazione clinica ed ecografica endoanale. Il trattamento di prima linea deve comunque concentrarsi sull'ottenimento di una adeguata consistenza delle feci, tramite integrazione di fibre, e sull'ottimizzazione del controllo dei muscoli del pavimento pelvico.

L'**irrigazione transanale (TAI)** rappresenta uno strumento utile nel gestire l'incontinenza fecale e talvolta non l'ultima risorsa ma la prima da considerare.

Il ruolo del fisioterapista è "restituire speranza" spiegando dettagliatamente cosa è possibile fare e come. Il lavoro a casa diventa ancora più importante quando la paziente fatica a venire in trattamento a causa del suo stato emotivo.

La **riabilitazione pelvi perineale** è riservata per quei pazienti

che hanno ancora una riserva funzionale ed anatomica adeguata ad un progetto riabilitativo. La *stimolazione del nervo tibiale* e la *neuromodulazione sacrale* hanno introdotto la possibilità di trattare anche la componente neurologica che risulta fondamentale in una visione multifattoriale.

Nel caso di fallimento, in presenza di un difetto dello sfintere anale confermato, può essere presa in considerazione la correzione chirurgica (sfinteroplastica), idealmente se non si prevedono ulteriori parti.

La *chirurgia* ha come obiettivo il ripristino di una anatomia normale: la *plastica sfinteriale* è indicata nella ricostruzione di un difetto secondario ad un trauma da parto o ad un pregresso intervento chirurgico. La *stomia* derivativa rappresenta l'ultima soluzione che per quanto efficace, di estremo impatto sulla fisicità del paziente ed in grado di limitarne molto la sfera sociale. Interventi ricostruttivi maggiori quale la *graciloplastica* sono da riservare a pochissimi casi selezionati.

TAKE HOME MESSAGE In conclusione, è necessario che

si implementi la cultura e si diffonda tra i giovani che soffrono di incontinenza urinaria o fecale che la cura non è il pannolino, ma il rivolgersi a specialisti preparati senza vergogna e con molta fiducia, poiché per molti disturbi del pavimento pelvico la riabilitazione del pavimento pelvico può essere estremamente utile e solo in alcuni casi si potrà ricorrere a piccoli interventi chirurgici, ma con alta percentuale di successo. Le donne in gravidanza già durante il percorso di accompagnamento al parto dovrebbero prendere coscienza del proprio pavimento pelvico ed in quelle a rischio dopo il parto dovrebbero essere incoraggiate a sottoporsi a un follow-up precoce, in modo che i sintomi possano essere valutati e trattati tempestivamente. Anche l'incontinenza fecale può risentire di grandi miglioramenti affidandosi a specialisti del settore che insieme alla riabilitazione potranno ridare fiducia e serenità anche nella vita sessuale. È chiaro che la scelta del percorso terapeutico deve essere condivisa e deve considerare anche la sfera sessuale affinché questa non risulti sacrificata sia dalla malattia che dalla cura stessa.

Incontinenza fecale nella giovane donna e ripercussioni sulla sessualità

STELLA DE CHINO

Fisioterapista - Educatrice - Sessuologa, Schio (Vicenza) www.stelladechino.net

Per incontinenza fecale si intende l'emissione involontaria di feci e/o gas o l'incapacità a ritardare l'evacuazione (urgenza defecatoria). La causa principale in età giovanile è il trauma ostetrico con lacerazioni di terzo e quarto grado. Può sovrapporsi a sindrome del colon irritabile e conseguente maggior difficoltà nel controllo di feci liquide. Le ripercussioni sul piano personale e sociale sono enormi, ancora maggiori di quelle relative all'incontinenza urinaria. Non controllare l'evacuazione in età giovanile è un dramma e spesso comporta un progressivo isolamento della donna che preferisce evitare le situazioni in cui può essere colta impreparata e sporcarsi, soprattutto al mattino, quando lo stimolo a defecare è in genere più frequente. Le ripercussioni sulla sessualità sono correlate anche ad una perdita di autostima e alla paura che possa accadere anche nell'intimità, anche se principalmente è la *percezione che la donna ha di se stessa* in quanto incontinente alle feci, cosa che riguarda in genere gli anziani, a farla sentire tutt'altro che sexy e predisposta alla sessualità. Questo può generare un circolo vizioso di paura-evitamento di situazioni sociali-ansia sociale e ulteriore ripercussioni sulla funzionalità intestinale. Sappiamo infatti molto bene come il nostro secondo cervello risenta dei nostri stati emotivi.

Il ruolo del fisioterapista è "restituire speranza" spiegando dettagliatamente cosa è possibile fare e come. Il lavoro a casa diventa ancora più importante quando la paziente fatica a venire in trattamento a causa del suo stato emotivo.

Proposte ed ausili per la riabilitazione:

- valutazione del pavimento pelvico ed eventuale lavoro sui trigger points; il *toccare* quella parte così carica di emozioni è già cura. Il nostro ruolo è *integrarla* nella percezione del corpo di una donna che la rifiuta in quanto oggetto di sporco e vergogna;
- educazione all'attivazione/rilassamento del muscolo elevatore dell'ano e dello sfintere anale anche con ausili come il Dilatan e/o lo Smart Kegel;
- il recupero della sessualità è diretta conseguenza del miglioramento dei sintomi: il nostro scopo principale è far comprendere e sentire che è possibile un recupero del controllo dei muscoli pelvici con riduzione degli episodi di incontinenza fecale.

A qual punto il desiderio tornerà spontaneamente in armonia con uno stato emotivo privo di ansia e paura, principali nemiche dell'impulso sessuale. Come ben sappiamo infatti queste emozioni si trovano in parti del cervello più arcaiche che fungono da *cancello* al desiderio.

Sessuologia femminile e incontinenza fecale: imbarazzo o dramma?

IACOPO GIANI

SOSD Proctologia - USL Toscana Centro, Firenze iaky79@hotmail.com

L'*incontinenza fecale* rappresenta un disturbo estremamente invalidante sia in termini fisici che in termini sociali e ovviamente con un impatto devastante sulla sfera sessuale. Ad oggi l'incidenza dell'incontinenza fecale è fortemente sottostimata per numerose ragioni: sicuramente per la vergogna dei pazienti affetti ma anche per mancanza di registri nazionali dedicati. La letteratura dedicata al tema dell'incontinenza fecale è molto ricca, di contro risulta estremamente povera quella focalizzata sull'impatto sulla sessualità femminile. Quello che emerge è la necessità di porre attenzione ai numerosi aspetti di ogni singolo paziente senza dimenticarsi della vita sessuale e con l'obiettivo di condividere una strategia terapeutica personalizzata e finalizzata alla risoluzione dei sintomi lamentati. Da un punto di vista anatomico la correzione chirurgica ha una doppia valenza, sia di ripristino di una normale anatomia con particolare attenzione alla

distanza tra ano e vagina ed alla loro simmetria, sia di ripristino della normale funzione.

L'*irrigazione transanale (TAI)* rappresenta uno strumento utile nel gestire l'incontinenza fecale e talvolta non l'ultima risorsa ma la prima da considerare: la paziente riesce così ad evacuare evitando spiacevoli perdite involontarie di feci. La *riabilitazione pelvi perineale* è riservata per quei pazienti che hanno ancora una riserva funzionale ed anatomica adeguata ad un progetto riabilitativo: le pazienti sono coinvolte in prima persona, sono le attrici del programma e prendono coscienza della propria muscolatura e della propria sensibilità locale a tal punto di poterla gestire con consapevolezza. La *stimolazione del nervo tibiale* e la *neuromodulazione sacrale* hanno introdotto la possibilità di trattare anche la componente neurologica che risulta fondamentale in una visione multifattoriale: la prima può rientrare nella sfera della

riabilitazione, mentre la neuromodulazione sacrale è un vero e proprio trattamento chirurgico che prevede l'impianto di un pacemaker definitivo in grado di modulare la sensibilità e la coordinazione muscolare pelvi perineale. La chirurgia ha come obiettivo il ripristino di una anatomia normale. La *plastica sfinteriale* è indicata nella ricostruzione di un difetto secondario ad un trauma da parto o ad un pregresso intervento chirurgico: innanzitutto è necessario partire dalla prevenzione del trauma ovvero dalla formazione di Professionisti in grado di saper evitare l'eventuale danno sfinteriale (chirurghi, proctologi, ginecologi, ostetriche) e quindi dalla correzione immediata del difetto che deve essere assolutamente rigorosa. La *plastica sfinteriale* trova assoluta indicazione ove i trattamenti sopra indicati abbiano avuto un successo parziale e quindi sia richiesto un ripristino anatomico ma anche nei casi in cui è necessario correggere dei difetti

anatomici che abbiano anche un impatto estetico importante. La *stomia* derivativa rappresenta l'ultima soluzione che per quanto efficace, di estremo impatto sulla fisicità del paziente ed in grado di limitarne molto la sfera sociale. Interventi ricostruttivi maggiori quale la *graciloplastica* sono da riservare a pochissimi casi selezionati per cui si tende a non ricorrere più a questa soluzione.

In una giovane donna è necessario innanzitutto ascoltare e cercare di proporre trattamenti il meno invasivi possibile fino a che questo sia possibile in relazione al difetto anatomico eventualmente presente. La paziente non si deve sentire sola e deve poter contare su una équipe multidisciplinare in grado di offrire i trattamenti migliori. In conclusione la scelta del percorso di cura migliore deve essere condiviso e deve considerare anche la sfera sessuale affinché questa non risulti sacrificata dalla malattia ma anche dal percorso di cura.

Sessuologia femminile e incontinenza: imbarazzo o dramma? Il punto di vista riabilitativo

DÉSIRÉE UGUCCIONI dei BUONDELMONTI

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

In caso di incontinenza, sia fecale che urinaria, per avere un quadro più completo delle esigenze di chi ci sta di fronte, ci dobbiamo soffermare sugli aspetti sociali e relazionali, non soltanto individuali. In altre parole, non possiamo accontentarci, come riabilitatori, di occuparci della sintomatologia funzionale nuda e cruda: la goccia o lo scroscio di urina non sono il solo messaggio che il paziente ci lancia; possiamo, con una po' di accortezza, accoglierne anche altri altrettanto significativi e bisognosi di essere ascoltati (in senso rogersiano: accolti e tradotti in azioni significative volte al miglioramento di ciò che viene lamentato).

Nelle persone giovani non abbiamo, statisticamente, tutta quella rosa di sfumature grigie di *discomfort* che accompagnano la componente psicologica, che invece è da prendere in considerazione nelle persone più anziane, soprattutto quando l'incontinenza si manifesti come conseguenza di una patologia più grave.

Facciamo alcuni esempi: classicamente l'incontinenza urinaria post-prostatectomia totale (oppure una incontinenza anale post intervento di resezione anteriore del retto per cancro dell'ultima parte dell'intestino o post operazione per emorroidi con suturatrice meccanica) che si presenti in forma lieve – qualche goccia ai colpi di tosse, o perdite involontarie di aria – possono essere vissute come assolutamente insostenibili e il disagio psicologico ed emotivo si possono manifestare con modalità che, come operatori, riusciamo difficilmente a correlare con l'entità del disturbo.

Problemone psichiatrico? Disturbo ossessivo-compulsivo?

Quasi sempre niente di tutto questo.

Invece si tratta di un abile *escamotage* che il corpo/mente escogita per deviare la paura di una recidiva (evitamento) o per scaricare la tensione accumulata nel corso dell'iter intercorso tra la diagnosi e l'intervento chirurgico/le terapie. Ci occuperemo di questo più avanti.

Nei giovani, sani, questo naturalmente non succede; non c'è il bisogno di scaricare un *quid* dovuto all'incombenza, reale o fantasticata, della sofferenza fisica e della morte. Eppure, anche nelle forme lievi di incontinenza urinaria, si manifesta spesso nei giovani un significativo *discomfort* emotivo. L'incontinenza potrebbe essere "solo" una scoccatura? Un fastidioso e logicamente impegnativo disturbo che inficia la vita quotidiana con il suo imporre abitudini ribelli alla procrastinazione? (se mi devo cambiare l'assorbente... se devo correre in bagno... non lo posso fare tra 20 minuti). No: spesso non può. La modalità di viverci una banale incontinenza, influenza ed è influenzata, in un circolo pericolosamente vizioso, non solo dalla relazione con se stessi, autostima – immagine di sé, ma anche dalla proiezione inconscia della propria capacità di re-

lazionarsi con il clan al quale apparteniamo: familiare, professionale o amicale che sia.

C'è qualcosa di profondo nel dramma dell'incontinenza, qualcosa di più viscerale che non possiamo dimenticare, un aspetto ancestrale che va assolutamente considerato. Vediamo, per esempio, delle pubblicità assolutamente idiote che fanno leva su forme di imbarazzo assolutamente improbabili, tipo la signora che ha paura che si senta l'odore dell'urina che ha perso quando sale in ascensore. Naturalmente, se riflettiamo mezzo secondo, sappiamo tutti (anche la signora) che se non ci troviamo al cospetto di una persona che non si lava da una settimana, portandosi addosso lo stesso pannolino, l'odore di urina non si sente affatto. Questo tipo di pubblicità fa leva sul bisogno profondo, atavico, di non far sentire assolutamente quegli odori che, eccoci al dunque, orientano il predatore fino a noi. Dobbiamo ricordare che le funzioni defecatoria e minzionale sono funzioni assolutamente solitarie. L'animale da branco, come l'*homo*, minga e defeca lontano dal gruppo. Trova un posto sicuro e lì deposita quelle cose odorose che escono dal proprio corpo e che lo farebbero rintracciare più facilmente dal predatore l'animale che emana odori persistenti è ovviamente in pericolo, ma mette nel medesimo pericolo l'individuo a cui si affianca; l'animale odoroso è un pericolo per il branco e questa consapevolezza salvavita è ancora intrisa dentro di noi, tanto da lasciarci soccombere di fronte a pubblicità sinceramente stupide. Stupide o diaboliche, se vogliamo. E acquisti il presidio salvavita che ti consentirà di arrivare al sesto piano col sorriso sulle labbra e una totale inconsapevolezza dell'entità reale e contestuale della tua piccola perdita.

Da questo punto di vista, più etologico che antropologico, non ha senso cercare di modificare tale tipo di vissuti, come per esempio cercare di portare le persone a non avere vergogna della propria incontinenza. Proprio perché non sono "vissuti", esperienziali o culturali, ma istinti trasmessi con il DNA.

L'incontinenza è un fenomeno assolutamente intimo, che investe (e travolge) non solo la sessualità come incontro della coppia (o del friend with benefits), ma la sessualità anche come risultato di elezione, oltre che di accettazione, da parte dell'altro a elemento adatto alla riproduzione, quindi al perpetrare la vita: non in veste di pasto per un terzo incomodo (il predatore). Dobbiamo imparare a trattare con delicatezza e rispetto la percezione che il paziente incontinente ha della propria capacità di sopravvivere e mantenersi in vita all'interno di un branco che non ci ostracizza prima del tempo, condannandoci lui stesso ad una morte sociale, prima ancora che fisica, nel piatto del predatore.

Con questa consapevolezza, possiamo trattare più realisticamente le difficoltà che i pazienti incontinenti affrontano o cer-

cano di evitare o negare nella propria vita sessuale. Non dimentichiamo poi che l'incontinenza può essere legata a traumi, esiti chirurgici o **parto** (*lacerazioni* o *episiotomie*). In ogni caso, ci sarà una cicatrice. L'aspetto tissutale di una *cicatrice* ci è noto, ma forse non è del tutto chiaro il fatto che occorra una manualità particolarmente esperta per manipolare i tessuti arrabbiati e contratti intorno al cordoncino più o meno

rigido. Il mio consiglio è sempre di fare molta pratica con cicatrici cutanee, prima di cimentarci con quelle che emergono sulla mucosa, così come con le aderenze che coinvolgono i visceri. Al contempo, non si può tralasciare l'aspetto energetico ed emotivo legato alla cicatrice che stiamo trattando: anche qui, ancora una volta, le competenze relazionali del riabilitatore sono irrinunciabili.

Il microbiota nei disordini giovanili della minzione e della defecazione

SILVIA TURRONI

Unità di Scienze e Biotecnologie dei Microbiomi, Dipartimento di Farmacia e Biotecnologie, Università di Bologna silvia.turroni@unibo.it

È ormai un dato di fatto che il microbiota intestinale è coinvolto in diversi aspetti della salute umana, dal metabolismo di componenti della dieta all'educazione e alla modulazione del sistema immunitario e di quello nervoso centrale, solo per menzionarne alcuni. Non stupisce pertanto che sue alterazioni (cioè disbiosi) siano state associate all'insorgenza e alla progressione di numerosi disordini, a livello intestinale ed extra-intestinale. Con particolare riferimento ai disordini della defecazione, le disbiosi intestinali generalmente si caratterizzano per ridotta diversità, riduzione di batteri associati alla salute (e tipicamente produttori di acidi grassi a corta catena) e/o aumento di patogeni o patobionti. Tali profili possono influenzare la motilità intestinale e la secrezione dei fluidi, ad esempio mediante alterata produzione di metaboliti derivati dal microbiota, quali acidi grassi a corta catena, serotonina, triptamina, acidi biliari e gas. A questo si aggiungono gli effetti del microbiota sulle risposte immunitarie, sulla fun-

zionalità di barriera, sulla sensibilità viscerale e, non ultimo, sull'asse "gut-brain". Per quanto riguarda invece i disordini della minzione, come incontinenza e vescica iperattiva, si stanno accumulando evidenze sul ruolo del microbiota urinario, che potrebbe avere implicazioni per la loro prevenzione, diagnosi e trattamento. Ad oggi, ad esempio, sono state riportate correlazioni tra alcuni microrganismi e minzione frequente, nicturia, urgenza e incontinenza. Tra i meccanismi ipotizzati vi è la capacità di alcuni batteri uropatogeni di rilasciare composti eccitatori, come l'ATP, con alterazione del flusso di ioni calcio e della contrazione cellulare. D'altro canto, il neurotrasmettitore GABA, prodotto da alcuni batteri, inclusi i lattobacilli tipicamente presenti nell'ecosistema microbico urinario, può contrastare tali effetti. Tuttavia, gli studi disponibili sono ancora pochi per poter trarre conclusioni, oltre al fatto che mancano tuttora protocolli standardizzati di raccolta ed analisi dei campioni.

Microbioma e microbiota nei disordini giovanili della minzione e della defecazione. Il contributo dell'Urologo

ALDO TOSTO

Urologo, Firenze aldotosto@yahoo.it

In questo nuovo millennio abbiamo imparato l'importanza della conoscenza dei principi della moderna microbiologia applicata alle varie specialità cliniche, in particolare in urologia ed in coloproctologia. Abbiamo imparato che un uso smodato di antibiotici (abuso) per il trattamento di forme - anche non accertate batteriologicamente - ha portato ad un allarmante aumento delle resistenze batteriche alle terapie antibiotiche più comuni (a partire dai chinolonici di cui si è fatto un grande abuso in Urologia) ed abbiamo dovuto constatare la riduzione degli investimenti sulla ricerca farmacologica nel settore. In Urologia Funzionale abbiamo da tempo dedicato molta attenzione alle possibilità di profilassi alternativa (non antibiotica) delle infezioni ricorrenti, nei giovani come negli anziani, ottenendo risultati interessanti. E poi, abbiamo imparato a distinguere fra *microbiota* urinario, ovvero la popolazione di microrganismi tipici delle urine (e non necessariamente patogeni) ed il *microbioma* che è invece la collezione di genomi presenti nelle urine in un determinato contesto clinico.

Da qualche tempo è in corso un progetto di ricerca (*T.Antu-*

nes-Lopes, L.Vais, A.M. Coelho et al. EAU Young Academic Urologists (YAU) Functional Urology Working Group in European Urology Focus, 2020) basato sull'ipotesi (poi suffragata anche dai primi riscontri clinici) che un microbioma urinario "modificato" geneticamente da microbioti di origine vaginale o intestinale possa essere causa di disordini funzionali della minzione, frequenti già in età giovanile e fra questi i sintomi del basso tratto urinario (LUTS) di natura "irritativa" che sottendono alcuni quadri clinici quali la Sindrome della Vescica Iperattiva e l'Incontinenza Urinaria da Urgenza. Ed ancora, questi microbiomi modificati sembrerebbero avere un ruolo nella *sindrome del dolore pelvico cronico* o delle *cistiti abatteriche croniche* spesso classificate morfologicamente come *cistiti interstiziali*.

La detezione ed il riconoscimento di quelle forme batteriche (come i *Lattobacilli*) non riconoscibili con le comuni urinocolture, ma solo attraverso le tecniche di sequenziamento del DNA dei diversi microbiomi, potrebbe portare ad una ottimizzazione della gestione e del trattamento di questi disturbi.

Il microbiota nei disordini giovanili della defecazione

IACOPO GIANI

SOSD Proctologia - USL Toscana Centro, Firenze iaky79@hotmail.com

Nel corso degli ultimi anni l'attenzione nei confronti del microbiota è cresciuta enormemente. Il microbiota è stato oggetto di alcuni studi che sono stati condotti per evidenziare il suo ruolo e le sue caratteristiche in pazienti affetti dai disturbi della defecazione, dall'incontinenza fecale alla stipsi, all'intestino irritabile. Ponendo l'attenzione sull'*incontinenza fecale*,

sono stati oggetto di valutazione pazienti affetti da sclerosi sistemica, spina bifida, sclerosi multipla, sindrome SIBO (Small Intestinal Bacterial Overgrowth), diarrea cronica che lamentavano vari gradi di incontinenza, dalla perdita di aria alla perdita di feci associate o meno a disturbi anche di tipo urinario nei quali è stata evidenziata una prevalenza di batteri

produttori di acidi grassi a catena corta. Il microbiota è stato oggetto di valutazione anche in pazienti affetti da *stipsi* ed in particolare è stata evidenziata la presenza di altre tipologie di batteri come archobatteri e/o clostridi nelle loro feci.

La *diagnosi* di un difetto del corredo batterico di uno specifico paziente ed il risultato di un eventuale trattamento è oggettivabile attraverso la caratterizzazione del microbiota ed in particolare attraverso le tecniche di metagenomica restando valido ovviamente il parametro clinico di miglioramento dei sintomi lamentati.

Sotto il profilo terapeutico particolare attenzione è stata posta nei confronti delle strategie in grado di modulare eventuali anomalie del microbiota, dal trapianto fecale, alla irrigazione transanale (TAI), alla antibiotico terapia, alla somministrazione di prebiotici, probiotici e postbiotici secondo schemi precisi. L'obiettivo è quello di ottenere un microbiota più sano possibile, in grado di non incidere negativamente sulla funzione intestinale. Tale approccio non risulta ovviamente esclusivo ma si integra in una visione olistica dei disturbi della defecazione ed in particolare su un approccio multidisciplinare e tailored.

Il microbiota nei disordini giovanili della minzione e della defecazione

GIUSEPPE DODI

Centro Pelvi Padova giuseppe.dodi@unipd.it

L'importanza del microbiota nelle risposte immunitarie, nella funzione di barriera, nella sensibilità viscerale e nell'asse intestino-cervello, fa sì che i concetti di *eubiosi* e *disbiosi* siano ormai una costante anche in molte disfunzioni dei tre comparti del pavimento pelvico. Nell'ambito delle patologie funzionali del *basso apparato urinario* e *coloproctologiche*, in una gestione mirata al *problem solving*, valutati i sintomi urinari o enterici con cui si presentano i pazienti di ambo i sessi in età giovanile, e ipotizzate varie possibilità diagnostiche, va capito in che termini la conoscenza di una disbiosi e le sue caratteristiche possano influenzare le *scelte terapeutiche*. Mentre col parto cesareo la colonizzazione avviene soprattutto con i microrganismi della pelle della madre, e questa differenza sembra avere effetti subito tangibili, con il parto naturale il neonato viene a contatto con batteri vaginali e intestinali materni che, una volta raggiunto l'intestino, iniziano a dialogare con il sistema immunitario in via di sviluppo. Il grosso della massa microbica del neonato è costituita da *Bifidobatteri*; con l'alimentazione solida iniziano a moltiplicarsi i batteri appartenenti ai *phyla* prevalenti poi nell'età adulta come *Firmicutes* e *Bacteroidetes*; dai 3 anni la composizione diviene quella dell'adulto; solo nell'anziano cambia e alcune fragilità della vecchiaia dipenderebbero da un impoverimento del microbiota, seppure l'interazione tra flora e ospite rimanga da approfondire soprattutto nel contesto infiammatorio. L'alimentazione riveste un ruolo fondamentale e le risposte dell'organismo sono in larga parte soggettive. Il confronto genomico e funzionale del microbiota *gastrointestinale* con i microbiotipi *vescicali* e *vaginali* mostra una somiglianza tra questi ultimi, con funzioni diverse da quelle del microbiota gastrointestinale. Tali risultati potrebbero portare a nuove indagini diagnostiche e nuovi trattamenti per le infezioni del tratto urinario. Anche le infezioni polmonari sono spesso condizionate da un

microbiota intestinale compromesso. Il *microbiota urinario*, pur meno ricco e meno conosciuto di quello intestinale, ha comunque un ruolo importante nella genesi delle malattie delle basse vie urinarie. Nella querelle tra uroginecologi e coloproctologi sulla responsabilità della *stipsi* nell'insorgenza delle cistiti, la correlazione tra infezioni urinarie e batteri intestinali sembra legata ad uno squilibrio nel microbiota urinario derivato da una disbiosi intestinale che provoca infiammazione cronica e una permeabilità che consente la *traslocazione* in circolo dei batteri, ad es. *Escherichia coli*, capaci di insediarsi in vescica coi problemi conseguenti. Il *microbiota dell'intestino* rende quest'organo il più importante del corpo quanto ad immunocompetenza, una sorta di cervello viscerale che contiene tra l'altro il 90% della *serotonina* e governa le basi della vita emotiva consentendo di adattarci ai cambiamenti nutrizionali e di stile di vita che avvengono nelle diverse età. La maggior parte della microflora si concentra nella parte distale dell'intestino ed è composta principalmente da batteri Gram negativi anaerobi. Nei *disordini della defecazione* le disbiosi intestinali generalmente sono caratterizzate da diminuzione di batteri "buoni" e aumento dei patogeni influenzando così la motilità intestinale e producendo metaboliti vari, gas, ecc. La *diagnosi* di un difetto del microbiota di un paziente ed il risultato di un eventuale trattamento sono oggettivabili attraverso le tecniche di *metagenomica*. Tramite le nuove metodiche di sequenziamento Next Generation Sequency (NGS, **test genetico del microbiota fecale**) è possibile dimostrare la disbiosi valutando sia la *composizione* del microbiota intestinale con la presenza di eventuali patogeni, che il suo *potenziale metabolico*. Nei pazienti con disordini del transito intestinale e disturbi della minzione si possono così *personalizzare le terapie* farmacologiche, nutrizionali e di integrazione, migliorandone la qualità di vita.

Pratiche educative e riabilitative per la primavera della pelvi: sessione pratica

STELLA DE CHINO

Fisioterapista - Educatrice - Sessuologa, Schio (Vicenza) www.stelladechino.net

La parte pratica ha lo scopo di sensibilizzare i corsisti alla complessità dell'approccio di educazione perineale nella *primavera della pelvi*. Molti sono gli aspetti da considerare, non solo di tipo muscolare o biomeccanico. Il riabilitatore incontra problematiche molto diverse in questa età della vita. L'ipertono pelvico ad esempio può portare a dispareunia e alla lunga a vulvodinia. La mancanza di una educazione sessuale di tipo corporeo può far subire i primi rapporti più che a viverli. Proprio per questo motivo verranno insegnati non solo esercizi ma modalità educative per accedere al mondo intimo delle pazienti e poter dare i giusti strumenti per conoscere e vivere al meglio l'area pelvica. La riabilitazione è anche *ri-educazione* e richiede pertanto competenze squisitamente educative che non vanno date per scontate. La pratica quindi si incentrerà nella percezione e all'attivazione del pavimento

pelvico per poter trasmettere alle/ai giovani pazienti esercizi semplici e proponibili da tutte le figure in ambito medico e riabilitativo.

Verranno affrontati in modo pragmatico i seguenti argomenti:

- educare alla scoperta del pavimento pelvico, delle strutture annessi e dei suoi muscoli
- non aver paura della vagina per vivere bene i primi rapporti: conoscenza di anatomia sessuologica
- anatomia pedagogica con cenni di anatomia, ausilio della vulva di stoffa e del modellino clitorideo con riferimento al piacere e alla sessualità;
- superare l'ipertono pelvico grazie all'autotrattamento con i toys;
- consapevolezza della dissinergia del pavimento pelvico e dell'essere contratti;

- esercizi “globali” per sciogliere i muscoli connessi con il pavimento pelvico
- incontinenza nelle adolescenti e nelle sportive incapaci di controllare la muscolatura troppo contratta: esercizi di auto-percezione e rilassamento del pavimento pelvico e dei muscoli degli arti inferiori e del bacino;
- respiro, vocalità e posizioni facilitanti: modulare l’attività dei muscoli pelvici.
- preparare il perineo al parto: pratiche corporee, il massaggio

perineale, le visualizzazioni guidate per il travaglio/parto.

- incontinenza urinaria dopo il parto: che approccio? Percorsi brevi e mirati per neomamme con poco tempo

I corsisti dovranno indossare abiti comodi, la pratica si svolgerà in posizione seduta e se possibile a terra su tappetini. Si consigliano calze antiscivolo. Il coinvolgimento *attivo* dei partecipanti, la necessità di ascoltare il proprio corpo sarà la peculiarità della pratica: imparare su di sé per poter poi trasmettere agli altri.

La cistite: come prevenirla ed affrontarla in modo naturale

UMBERTO NARDI

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

Abbiamo mai pensato a cosa può accadere ad un tessuto, ad un organo, ad un sistema biologico nel momento in cui introduciamo un elemento che non gli appartiene? Sappiamo esattamente quale è il percorso di quell’elemento? Quale sarà la vera reazione del substrato sul quale andrà a reagire? Conosciamo perfettamente il suo meccanismo d’azione? Stiamo parlando di un elemento che un ricercatore ha “costruito”, lo ha studiato, messo a punto e sperimentato, ne conosce tutti i passaggi, ma non sa esattamente, a breve o a lungo termine, quale sarà la reazione di quel substrato. La natura lo sa, perché la natura è l’uomo.

Nulla togliendo alle acquisizioni scientifiche e non sottovalutandone i successi ottenuti, vogliamo, in questo contesto, analizzare anche delle opportunità naturali nell’affrontare un tema delicato e complesso come quello delle vie urinarie, in modo particolare a quelli che sono i disturbi e le patologie più ricorrenti: le *cistiti*.

Analizzeremo quei rimedi che hanno solcato la storia e che abbiamo definito dei *semplici*, attraverso sperimentazioni scientifiche che ne confermano, oggi, l’efficacia e l’innocuità. Porteremo esempi terapeutici e cercheremo di spiegarne attività ed efficacia. Tra questi prenderemo in considerazione il *D-Mannosio*, uno zucchero semplice, un monosaccaride a sei atomi di carbonio che entra frequentemente nella composizione dei polimeri vegetali. Ne scopriremo attività, meccanismo d’azione e soprattutto il dosaggio per ottenerne i migliori risultati. Inoltre tre piante officinali che nascono dall’esperien-

za empirica e sulle quali la scienza ha investigato scoprendo risvolti applicativi che ne garantiscono l’efficacia: Vaccinium vitis-idea (*Mirtillo rosso*): antisettico (urinaria), antivirale, attivatore della cicloossigenasi, diuretico (urolitico). Le foglie di mirtillo rosso debbono il loro effetto terapeutico soprattutto al contenuto di arbutina e di tannino, sostanze che esplicano un’attività antisettica, astringente e antiflogistica delle vie urinarie. *Arctostaphylos uva-ursi* (*Uva ursina*): antinfiammatoria (urinaria), antisettica (urinaria su *Citrobacter*, *Enterobacter*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus*), astringente (urinaria). L’uva ursina esercita un’azione astringente dovuta all’acido tannico ed un’azione antisettica sulle mucose delle vie urinarie, dovuta ai glucosidi arbutina e metilarbutina che, eliminandosi attraverso l’emuntorio renale si scindono a contatto con le urine dando luogo a glucosio e idrochinone. Questo, in determinate condizioni, può esercitare una buona azione antisettica, risulterebbe molto attivo sia nelle urine alcaline che in quelle acide, ciò avvalorava l’idea che l’uva ursina possa essere molto efficace nelle cistiti. *Echinacea angustifolia* (*Echinacea*) antinfiammatoria, immunomodulante, immunostimolante, la sua associazione con le altre due piante ne aumenta l’attività stimolando il sistema immunitario.

Dulcis in fundo l’ammonimento dell’Ecclesiaste: “Deus creavit de terra medicamenta et vir prudens non abhorrebit illa” (Dio creò dalla terra i medicinali e l’uomo accorto non li sottovaluterà).

Up to date sulle infezioni giovanili delle basse vie urinarie

ALDO TOSTO

Urologo, Firenze aldotosto@yahoo.it

La galassia delle Infezioni Urinarie (IVU) è tornata da qualche anno di grande interesse in Urologia alla luce del gran numero emergente di microrganismi resistenti agli antibiotici (MDROs, Multi Drug Resistant Organisms). Le forme limitate alla bassa via escretrice sono in genere le *cistiti batteriche acute* che hanno una sintomatologia (LUTS) di tipo “irritativo” e sono prevalentemente appannaggio del sesso femminile (5:1). La sintomatologia è caratterizzata da elevata frequenza minzionale diurna, stranguria o bruciori minzionali, fino a casi di dolore pelvico con classica localizzazione sovrapubica. In genere le giovani donne arrivano allo specialista dopo un primo trattamento antibatterico prescritto dal Medico curante e non risolutivo sui sintomi (*K. Gupta et al. Acute Simple Cystitis in Female. Up to Date on line ed, Nov 2022*).

Le *Linee guida* italiane, derivate da quelle europee, segnalavano il consenso sull’opportunità di sottoporre le giovani donne ad indagini dopo un secondo episodio (non necessariamente a breve distanza), ma in *Urologia Funzionale* rispetto ad un primo episodio non risolti con la terapia antibatterica, riteniamo corretto procedere con un *primo livello diagnostico* terapeutico che prevede una anamnesi approfondita

(con particolare riferimento alle abitudini minzionali fin dall’infanzia, alla relazione dell’episodio con un rapporto sessuale o con l’uso di spermicidi a scopo anticoncezionale ed a un *deepstick urinario* che ci può indicare la presenza o meno di batteri nelle urine) ed un esame fisico dell’addome inferiore e dei genitali esterni (è noto infatti come spesso le vaginiti possano mimare la sintomatologia cistitica). In caso di positività dello stick si raccomanda di ripetere un esame chimico fisico delle urine ed una urinocoltura con antibiogramma e si prescrivono le dovute raccomandazioni per quanto riguarda l’apporto idrico giornaliero, la frequenza minzionale consigliabile, la regolarità nello svuotamento intestinale. Se i disturbi sono particolarmente “sentiti” dal soggetto e non ci sono segni clinici di estensione dell’infezione possiamo anche utilizzare la *fosfomicina* in unica soluzione (una bustina x 2 in 10 ore) e *probiotici* sia per via sistemica che per via vaginale.

E’ necessario un periodo di osservazione adeguato (almeno tre mesi) perché in caso di *ricorrenza* con *recidiva* dello stipe (in genere *Escherichia Coli* o altre *Enterobatteriacee*) bisognerà passare alle indagini di *secondo livello* (batterio-logiche, di imaging e strumentali se previste).

Up to date sul microbiota e le infezioni giovanili delle basse vie urinarie

SILVIA TURRONI

Unità di Scienze e Biotecnologie dei Microbiomi, Dipartimento di Farmacia e Biotecnologie, Università di Bologna silvia.turroni@unibo.it

Le comunità microbiche associate al corpo umano, in primis quelle risiedenti a livello intestinale e vaginale, rappresentano un importante fattore di rischio per le infezioni delle basse vie urinarie. Per quanto riguarda il “gut-bladder axis”, ad esempio, è noto che il microbiota intestinale può influenzare direttamente il rischio di colonizzazione del basso tratto urinario, sia per ragioni di contiguità che mediante traslocazione di sue componenti (uropatogeni batterici come *Escherichia coli*, e funghi come *Candida albicans*) attraverso una barriera epiteliale non più integra (il cosiddetto “leaky gut”). Inoltre, componenti e/o metaboliti del microbiota intestinale possono influenzare indirettamente la suscettibilità alle infezioni mediante interazione con il sistema immunitario. Ad esempio, gli acidi grassi a corta catena, metaboliti microbici derivanti dalla fermentazione delle fibre, sono ritenuti chiave per il mantenimento dell’omeostasi immunologica, per via delle molteplici attività immunomodulanti e antinfiammatorie. Profili disbiotici, caratterizzati da un bloom di patogeni e dalla deplezione di microrganismi benefici, produttori di acidi grassi a corta catena, potrebbero

per tanto contribuire in diversi modi all’insorgenza di infezioni delle basse vie urinarie. Allo stesso modo, anche il microbiota vaginale può fungere da serbatoio indipendente di patogeni o patobionti. Tali microrganismi possono prendere il sopravvento soprattutto in condizioni di bassi livelli di lattobacilli, che tipicamente dominano e proteggono l’ecosistema microbico vaginale. A questo proposito, va ricordato che il microbiota intestinale può anche influenzare diversi aspetti del sistema endocrino dell’ospite, inclusi quelli correlati agli ormoni sessuali, con ripercussioni a cascata sull’ambiente vaginale e dunque sulla colonizzazione di lattobacilli. Il mantenimento e/o ripristino di un ecosistema intestinale e vaginale in equilibrio (cioè eubiotico) può pertanto essere importante a fini sia preventivi che terapeutici. Tra le strategie di intervento microbiome-based, va sicuramente menzionato l’utilizzo, sia orale che topico, di prebiotici (in primis fibre), probiotici (sia tradizionali che di nuova generazione), e/o postbiotici (intesi come preparazioni di microrganismi inanimati e/o loro componenti che conferiscono un effetto benefico all’ospite).

Terapia della stipsi cronica in età giovanile

FILIPPO PUCCIANI

Università di Firenze filippo.pucciani@unifi.it

La stipsi cronica in età giovanile offre spunti epidemiologici importanti:

1. Review sistematiche e metanalisi che riportino studi nella popolazione in età giovanile (20-35 anni) indicano che circa il 7% di essa è affetto da stipsi cronica, con prevalenza del sesso femminile.
2. Più del 90% dei casi sono di origine funzionale; le cause organiche variano in base alle fasce di età e necessitano di diagnosi differenziali. Soltanto il 30/35% dei pazienti viene indirizzato dai medici di base verso consulenze specialistiche: test diagnostici invasivi sono raramente necessari. La gestione iniziale dei medici di base è mirata, per la stipsi cronica, verso l’esclusione anamnestico/obiettiva di patologie organiche anorettali e successivamente alla correzione degli stili di vita.
3. La stipsi cronica è nella maggior parte dei casi una stipsi semplice, legata a disordini igienico-dietetici. La correzione del regime alimentare e delle abitudini evacuative sono ritenute più che sufficienti per la eliminazione del disordine defecatorio.

4. La stipsi cronica funzionale si presenta soprattutto come defecazione ostruita e può essere associata ad incontinenza urinaria e/o fecale, con un rischio relativo di infezioni urinarie che oscilla dal 2,2 al 6,5% dei casi. È rara la stipsi colica da rallentato transito, spesso come epifenomeno secondario ad altre patologie (ipotiroidismo, abuso di farmaci, tossicodipendenza, anoressia).
 5. Nelle fasce di età più giovanili (<25 anni) possono essere associati sintomi psicologici e/o malattie psichiatriche per un complessivo 30% circa dei casi.
 6. Il punto cardine del trattamento è la terapia medica, basata sulla modificazione degli stili di vita e dell’alimentazione (dieta ad alto residuo, probiotici), sulla educazione ad una corretta defecazione comprensiva talora di riabilitazione pelvi-perineale, su farmaci lassativi, su irrigazioni rettali; raramente è indicata la correzione chirurgica, limitata a casi selezionati di defecazione ostruita su base organica.
- Tutti questi spunti saranno affrontati nel simposio, ed i vari specialisti coinvolti codificheranno le peculiarità delle singole competenze nell’approccio sia diagnostico sia terapeutico.

Terapia farmacologica della stipsi cronica nei pazienti giovani

MASSIMO BELLINI, CHRISTIAN LAMBIASE

Unità di Gastroenterologia -Dip. della ricerca traslazionale in medicina; Università di Pisa massimo.bellini@unipi.it

La Stitichezza Cronica /Chronic Constipation (CC) è un disturbo eterogeneo ed estremamente fastidioso, con una prevalenza che aumenta con l’età. È più diffuso nelle donne che negli uomini con un rapporto di circa 2:1. Anche *bambini e giovani adulti* possono sviluppare questo problema. Secondo un recente rapporto, la prevalenza della CC sembra essere simile nei bambini e nei giovani. I pazienti che hanno una storia familiare positiva di CC hanno mostrato un’età più giovane all’esordio e una durata più lunga della malattia. In questi pazienti la *qualità complessiva della vita* è significativamente compromessa e molto spesso la gestione insoddisfacente del disturbo comporta un pesante onere economico dovuto ai costi relativi alla sua diagnosi, al trattamento e a tutto l’insieme. La CC ha anche un impatto negativo sulla vita sociale

e professionale di una persona per assenteismo e perdita di produttività.

Nella pratica clinica, una *diagnosi* di stitichezza è spesso fatta solo sulla base dei sintomi. I criteri diagnostici più utilizzati per valutare la CC sono i criteri di Roma IV. Si consiglia un *tentativo terapeutico* di trattamento conservativo come primo passo nella gestione della CC per ogni paziente (a qualsiasi età), e questo dovrebbe essere fatto prima dei *test diagnostici*, a meno che non siano presenti sintomi di allarme. Suggestioni dietetiche e lassativi osmotici (polyethylenglicole) sono il trattamento conservativo di prima linea per la CC. Un numero considerevole di pazienti con CC in diversi paesi utilizza lassativi convenzionali e il loro uso è correlato all’aumento dell’età, della frequenza dei sintomi e della durata della sti-

tichezza. Tutte le *linee guida* raccomandano che i pazienti che non traggono beneficio da queste misure di “primo passo” vengano sottoposti a *test di fisiologia anoretale*. Questo perché la causa del CC non è la stessa per tutti i pazienti e una diagnosi corretta influisce anche sulla risposta a terapie diverse. Ad esempio, è più probabile che una stitichezza da *transito lento* risponda a un cambiamento della dieta, in cui l'aumento di fibre e l'uso di un'adeguata quantità di acqua possono aumentare l'idratazione delle feci e quindi accelerare

il transito intestinale. Al contrario, la terapia corretta per un *disturbo funzionale della defecazione* è la riabilitazione del pavimento pelvico. Lassativi stimolanti e nuovi agenti come prucalopride, linaclotide e plecanatide possono essere proposti come terapia di *seconda linea* nei pazienti che non rispondono ai lassativi osmotici. Per i *bambini*, le modifiche comportamentali dovrebbero essere prese in considerazione nelle cure primarie, insieme alla farmacoterapia, come i lassativi, preferibilmente polietilenglicole.

Terapia microbiome-based della stipsi cronica in età giovanile

SILVIA TURRONI

Unità di Scienze e Biotecnologie dei Microbiomi, Dipartimento di Farmacia e Biotecnologie, Università di Bologna silvia.turroni@unibo.it

Crescenti evidenze indicano un ruolo del microbiota intestinale nei disordini della defecazione, inclusa la stipsi cronica. Generalmente, si osserva una diminuzione della diversità con l'aumento di microrganismi potenzialmente patogeni, che contribuiscono ad alterata motilità intestinale e funzioni secretorie. Inoltre, ad oggi, sono note numerose correlazioni tra alcune componenti del microbiota intestinale e la consistenza delle feci, con clostridi e archeobatteri generalmente associati a feci più dure, mentre batteri produttori di acidi grassi a corta catena associati a feci più morbide. Tra l'altro, profili microbici disbiotici possono contribuire anche ai sintomi correlati alla stipsi, come il dolore viscerale, mediante alterazione dei livelli di recettori oppioidi e cannabinoidi, modulazione dell'apertura delle giunzioni strette e regolazione delle vie neuronali periferiche e centrali. Strategie di intervento microbiome-based potrebbero pertanto alleviare il quadro sintomatologico e migliorare la consistenza delle feci e la frequenza di defecazione. Tra queste, va sicuramente menzionato l'uso di prebiotici/fibre, la cui fermentazione da parte del microbiota intestinale risulta nella generazione di acidi grassi a corta catena dai molteplici effetti benefici, non

ultimo la stimolazione della peristalsi. Tuttavia, va ricordato che, in alcuni casi, alti quantitativi di fibre potrebbero non essere tollerati e portare ad effetti indesiderati come flatulenza e gonfiore, peggiorando pertanto stati di costipazione. Anche l'utilizzo di probiotici come bifidobatteri e lattobacilli sembra essere benefico nella gestione della stipsi cronica. I benefici sono verosimilmente attribuibili a diminuzione del pH luminale, effetti immunomodulanti e antinfiammatori, aumentata produzione di mucine, modulazione dell'espressione delle proteine delle giunzioni strette, migliorata funzionalità della barriera intestinale, e aumentata motilità intestinale mediante produzione (e/o stimolazione della produzione) di serotonina. Va tuttavia ricordato che tali effetti sono generalmente dipendenti dal ceppo e strettamente correlati al dosaggio oltre che a variabili dell'ospite, come i polimorfismi associati alla stipsi. Infine, vi sono alcune evidenze preliminari sull'efficacia del trapianto di microbiota fecale nel miglioramento dei sintomi della stipsi, verosimilmente mediante aumentata produzione di L-arginina e altri metaboliti coinvolti nella digestione delle proteine e nei processi di assorbimento.

Terapia della stipsi cronica in età giovanile

GIUSEPPE DODI

Centro Pelvi Padova giuseppe.dodi@unipd.it

In qualunque momento della vita, l'approccio al paziente con stipsi cronica inizia con difficoltà già solo alla fase anamnestica, in quanto nella popolazione l'opinione corrente è che soffrano di stipsi solo le persone che passano feci dure e/o con frequenza meno che quotidiana. La domanda chiave quindi è se il soggetto, della sua *defecazione*, sia soddisfatto o piuttosto *insoddisfatto in senso ritentivo*, cui seguono poi le domande della scala CCS (0..30) o dei criteri di Roma. Un altro pilastro diagnostico è costituito, tra le numerose verifiche dell'anamnesi e dell'esame obiettivo, dal controllo della possibile *dissinerzia*, ovvero dell'incapacità di rilassare, con la spinta/ponzamento, lo sfintere anale e tutta la muscolatura perineale. Il dito esploratore a livello anale o vaginale è già in grado di cogliere il rilassamento con sicurezza ragionevole, ma non assoluta, nel senso che un dato positivo può essere falsato dall'emozione, dall'imbarazzo o dall'anomalia data dal fatto che non c'è defecazione. Una maggior certezza si può ottenere con il semplice *test della sfera solida* (dinamometro) che consente anche una misura numerica. Il cosiddetto *ipertono basale*, osservato in assenza di patologie dolorose come la ragade anale o la trombosi emorroidaria, è da considerare un elemento molto soggettivo, sia nella valutazione dell'esaminatore, che nel vissuto del paziente (emozione, rifiuto della penetrazione) e alla sua struttura muscolare; pertanto, se pur da segnalare, non è da ritenere causa di stipsi in quanto non sistematicamente associato a difficoltosa espulsione del bolo fecale. La distinzione tra forme di *stipsi da rallentato transito* e *blocco all'uscita*, o cosiddetta *defecazione ostruita*,

è abbastanza aleatoria, data la facile associazione delle due forme e i numerosi fattori che ne condizionano la valutazione diagnostica. Si tratta di fattori alimentari, emozionali, ambientali, tutti ovviamente molto variabili (non trascurare mai di indagare su eventuali abusi sessuali di qualunque tipo, che nella/giovane possono non essere ancora stati “metabolizzati”), e di fattori in qualche misura “anatomici”. Il *rallentamento del transito* (documentabile in modo assai semplice con l'assunzione di 10 *marcatori radiopachi* per 10 giorni in assenza di qualunque stimolazione, ed una sola radiografia diretta dell'addome in 11^{ma} giornata) se non migliora con le prescrizioni igienico-dietetiche (eventualmente supportate da una valutazione col *test genetico del microbiota fecale* in caso di intestino irritabile di tipo C), richiederà l'assunzione di *lassativi* di vario tipo. I fattori “anatomici” che possono in teoria provocare la *difficoltà all'espulsione* delle feci sono l'eccedenza mucosa (prolasso mucoso rettale occulto), l'intussuscezione retto-rettale o retto-anale e, nella donna il rettocele basso (con o senza colpocele posteriore), tre condizioni da considerare varianti della norma: la prima presente nel 30-40% della popolazione in cui la stipsi da defecazione ostruita affligge in modo trasversale i soggetti in cui l'invaginazione è presente e in chi no, e similmente l'eccedenza mucosa e la sacca rettocelelica di varie dimensioni che non sono necessariamente associate a stipsi. La *terapia* quindi dovrà essere primariamente igienico-dietetica, conservativa con lassativi (ingiustamente maltrattati), riabilitazione e, se in qualche modo deve essere invasiva, lo sarà il minimo

indispensabile con *autodilatazioni, legature elastiche, biofeedback domiciliare, perette* evacuative e, nei casi più impegnativi, *irrigazione transanale (TAI)*. Salvo casi molto rari, la stipsi di tipo funzionale non rappresenta una indicazione

chirurgica e i pazienti, soprattutto di sesso femminile, non devono cadere nelle reti dei cultori della chirurgia delle intussuscezioni e dei rettoceli, che troppo spesso provocano danni irreversibili.

La riabilitazione della stipsi cronica nei pazienti giovani

DÉSIRÉE UGUCCIONI dei BUONDELMONTI

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

Partiamo dalle basi: quando ci troviamo davanti ad un paziente che lamenta “stitichezza” dobbiamo innanzitutto capire che cosa ci sia realmente dietro a quella definizione, spesso oltremodo fantasiosa e lontana dai *criteri di Roma IV*¹.

Un *diario delle defecazioni* è sicuramente strumento irrinunciabile, ma in una prima visita possiamo facilmente orientarci facendo domande strategiche al paziente sulle sue abitudini riguardanti la *triade comportamentale* che elimina, risolvendoli, i casi di stipsi semplice, che è la prima che va esclusa e che rappresenta una grossa fetta dei disturbi defecatori lamentati dai pazienti ormai, come tutti noi, lontani da abitudini “naturali” che riguardino *alimentazione, potus e movimento*.

Dunque, sistemare, eventualmente con integratori, l’apporto di fibre, la quantità e la modalità di assunzione di acqua e il movimento porta già alla soluzione di molti casi, sebbene sia difficoltoso per il paziente mantenere una compliance alta nel tempo.

Potrei qui approfittare, e approfitto, per sottolineare che, nella mia opinione basata su studi scientifici ed esperienza professionale e personale, l’unico caso in cui il corpo si accontenta di una bella camminata quotidiana è proprio quando si tratti di mettere in moto l’intestino. Per il resto, definire attività fisica una camminata può andare bene per un ottantenne cardiopatico, non certo per un giovane sano.

Detto questo... si potrebbe aprire una interessantissima parentesi sul significato emotivo, se non psichico, dell’evacuazione; senza bisogno di rifarci all’analisi freudiana, ormai per molti aspetti superata da teorie più recenti, è lapalissiano il ruolo di ciò che ruota intorno all’ano nella relazione con se stessi e, almeno, con i conviventi; relazione che viene ampiamente approfondita dall’approccio della medicina cinese che considera il colon quale organo che gestisce, con i polmoni, l’interfaccia emotiva con l’esterno, oltre che l’espulsione di ciò che è stato nutrimento e che ora è solo scarto. Più avanti, vedremo il rapporto tra disturbi funzionali dell’alvo e sintomatologia ansioso/depressiva.

Per inciso, non dimentichiamo che la gran parte del peso secco delle feci non è materiale di scarto derivato dal cibo, ma microbiota deceduto.

Fin qui però tutto vale per tutti i pazienti: la triade potrebbe per noi diventare la Triade e assicurare a parola d’ordine, *sine qua non* dell’approccio riabilitativo. Come ho già scritto in un precedente articolo, potremmo essere poco lusingati dal tipo di lavoro necessario a sistemare il bolo rendendolo idoneo all’espulsione, ma la soddisfazione del nostro ego di terapeuti non rientra nei parametri di valutazione del lavoro svolto...

Del resto, possiamo verificare facilmente che non è banale aiutare un paziente a modificare le proprie abitudini, consolidate dal tempo, dalle pressioni familiari e da esigenze psico-emotive: ricordiamo anche che una disfunzione può essere davvero distruttiva nei confronti della qualità della vita, ma certo la stipsi si presta bene a venire inconsciamente strumentalizzata da un punto di vista relazionale, soprattutto quando si tratti di piccoli o giovani pazienti, ancora molto legati alle dinamiche genitoriali. Riassumendo: perché il rubinetto del nostro colon possa aprirsi agevolmente ed espellere senza sforzo la deiezione, il bolo fecale deve essere *ad hoc*, così come deve esserlo il bolo ingerito che arriva allo stomaco dopo masticazione per poter essere oggetto di efficace ulteriore sminuzzamento e conseguente assorbimento. Tra parentesi, è molto trascurata in occidente la componente masticatoria del processo digestivo: non è buon se-

gno trovare nelle feci residui interi di ciò che avremmo dovuto frantumare già nella bocca.

In sostanza: se nelle tubature abbiamo sabbia anziché acqua, va da sé che il rubinetto non possa funzionare anche se integro. E nei giovani? La defecazione ostruita quella è: risponde a quella definizione e tecnicamente alla stessa riabilitazione. E valgono tutte le premesse che distinguono la riabilitazione del giovane da quella dell’adulto e, soprattutto, dell’anziano: assenza di comorbidità, minore consolidamento delle abitudini (autostrade neuronali meno marcate), maggiore elasticità mentale e facilità all’apprendimento di novità in genere, compreso il funzionamento di una nuova lavatrice.

Ma molte sono le implicazioni emotive che non possono essere escluse dalla valutazione e dal trattamento. Anche qui, il ruolo del fisioterapista necessita di competenze relazionali e di *counseling* indispensabili al decodificare e alleggerire quel grumo di emozioni nascoste nelle pieghe di una funzione così intima.

Abbiamo già ricordato nell’[abstract sull’incontinenza](#) quanto sia importante depositare in privato una deiezione tanto odorosa (=pericolosa). E questo contrasta con la moltitudine di implicazioni relazionali intrinseche in quel fenomeno liberatorio che si dovrebbe espletare e concludere nel giro di pochi minuti e lasciarsi con un marcato senso di soddisfazione e una postura più eretta. Avete notato l’accentuarsi della cifosi nel paziente che descrive la propria stipsi? La chiusura diaframmatica? L’accorciarsi dei pettorali e la postura difensiva, in chiusura?

Difatti, se il disordine può trovare la propria causa prima nelle cattive abitudini igieniche impresse da una madre poco consapevole, poco attenta o addirittura menefreghista, certo può anche essere invece sintomo di una problematica complessa che vede le proprie origini in un trauma. Senza bisogno di arrivare all’abuso sessuale (di cui peraltro una stipsi ad esordio marcato e improvviso può essere l’unico denunciante, talvolta), occorre una grande delicatezza nel considerare che le possibilità di eventi dolorosi si celino dietro l’ennesima modalità di chiusura che il corpo conosce. E che produce, in questo caso, una strana combinazione di manifestazioni/conflitti: la defecazione è intima, personale, eppure la stipsi porta il giovane all’attenzione del *care giver* o del terapeuta. La richiesta di aiuto assume spesso connotati bizzarri, laddove, specialmente nel giovane o addirittura nel bimbo, non si abbiano strumenti sufficienti a produrre una richiesta più diretta e meno autolesiva.

1) Criteri di Roma IV: la stipsi funzionale da defecazione ostruita per essere definita tale deve:

1. includere almeno due delle seguenti condizioni *

- difficoltà in più di 1/4 (25%) delle defecazioni (mi sforzo/ faccio fatica a spingere)
- feci dure o a grumi in più di 1/4 (25%) delle defecazioni
- sensazione di evacuazione incompleta in più di 1/4 (25%) delle defecazioni
- sensazione di ostruzione/blocco in più di 1/4 (25%) delle defecazioni (senza come se avessi un tappo)
- necessità di aiuto con manovre manuali in più di 1/4 (25%) delle defecazioni (non è considerata manovra manuale il massaggio dell’addome)
- meno di 3 evacuazioni intestinali spontanee alla settimana (attenzione all’uso di “erbe” che spesso non vengono catalogate come lassativi nella mente del paziente, che le considera alla stregua dell’insalata in quanto “naturali o definite tali dal farmacista/erborista);

2. feci molli presenti raramente in assenza di lassativi

3. criteri insufficienti a diagnosticare una IBS.

* Si intende: criteri validi per almeno 3 mesi, ma con sintomatologia risalente ad almeno a 6 mesi prima della diagnosi

Incontinenza urinaria e anale post-partum

GIUSEPPE DODI

Centro Pelvi Padova giuseppe.dodi@unipd.it

Il trauma del parto in sé, l'episiotomia e le possibili lacerazioni di vario grado possono danneggiare in modo diverso i numerosi fattori anatomici e funzionali implicati nella continenza urinaria e nella continenza anale, con conseguenze più o meno importanti a breve, medio e lungo termine. Opportuna la distinzione tra incontinenza anale che può riferirsi anche solo alle perdite involontarie di aria, comunque potenziali cause di grave compromissione della qualità di vita, e incontinenza fecale riferita all'incapacità di trattenere feci liquide, molli o anche solide. L'incontinenza urinaria o anale possono migliorare o risolversi grazie alle terapie chirurgiche e riabilitative instaurate all'immediato o anche dopo la fase di stabilizzazione delle ferite o delle lesioni nervose, per poi manifestarsi con modalità e gravità differenti anche a distanza di anni, soprattutto con la menopausa. La *quantificazione dei danni* mediante studi morfologici e funzionali da eseguire dopo l'apparente stabilizzazione possono consentire una valutazione *prognostica* abbastanza accurata. È importante la *prevenzione* delle lacerazioni con metodiche

riabilitative che tendono anche ad evitare l'episiotomia stessa, con grande vantaggio per la qualità di vita della madre anche nell'immediato postpartum.

Mentre l'*incontinenza urinaria* anche nelle sue forme più gravi si avvale di *tecniche chirurgiche* in genere risolutive, sotto il profilo chirurgico proctologico la tecnica di ricostruzione sfinterica con sovrapposizione dei monconi muscolari rimane l'unico ambito chirurgico dell'*incontinenza fecale* in cui i risultati sono davvero soddisfacenti; le numerose metodiche proposte in anni recenti con agenti volumizzanti, cellule staminali, inserimento di protesi varie, neuromodulazione sacrale, nei casi migliori possono ridurre il numero degli episodi di perdite, senza tuttavia modificare in modo significativo la qualità di vita della persona. Attualmente la soluzione più vantaggiosa è rappresentata dalla *Irrigazione Trans Anale (TAI)* derivata dalla grande esperienza delle irrigazioni coliche negli stomizzati.

Il tema del danno ostetrico delle continenze è anche suscettibile di importanti implicazioni medico-legali.

Incontinenza urinaria e fecale postpartum: il punto di vista urologico

ALDO TOSTO

Urologo, Firenze aldotosto@yahoo.it

Recentemente, la Commissione I.C.I. (International Consultation on Incontinence) presentava le conclusioni dei lavori sul tema (Gravidanza, Parto e Muscolatura Pelvica) a partire dalla considerazione che, nonostante i grandi progressi dell'ostetricia negli ultimi 100 anni, nei paesi sviluppati, ancora oggi il parto vaginale rimane "il più stressante e pericoloso evento al quale il diaframma uro-genitale è esposto nell'intero arco di vita della donna" (*I.C.I. 2017 Committee 4: Pathophysiology of urinary incontinence, faecal incontinence and pelvic organ prolapse. pregnancy, childbirth and the pelvic floor. Incontinence 2017(1):375-385*). Sicuramente ancora oggi possiamo verificare che il rischio di incontinenza urinaria, dopo parto vaginale (o naturale), ha una prevalenza superiore al doppio rispetto ai parti cesarei: questo rischio è quantificabile fra il 26 ed il 38% nel periodo di tempo compreso fra le 6 settimane ed i 6 mesi dal parto. Questi dati si riferiscono ad incontinenze urinarie "de novo" e dovrebbero essere scorporati da quelli della popolazione femminile che manifesta il segno già nel corso della gravidanza. In particolare è stato notato che le donne con incontinenza manifesta già in gravidanza hanno un elevato tasso di probabilità (oltre il 40%) di passare dallo stato di incontinenza "transito-

ria" a quello "permanente".

Sono noti alcuni fattori di "rischio" ostetrico favorevoli all'evento come lacerazioni perineali, elevata circonferenza cranica del neonato, un secondo stadio di travaglio di durata superiore a 110 minuti e l'episiotomia che, soprattutto nella variante mediana, può risultare pericolosa anche per l'integrità dello sfintere anale. La conoscenza di questi accadimenti nel corso del parto deve rappresentare una chiave di priorità nel programma di recupero della paziente.

In tutti gli altri casi, tuttavia, le buone pratiche cliniche in presenza di incontinenza urinaria post partum (di qualunque natura) richiedono la presa in carico della puerpera per un intervento di riabilitazione perineale precoce (entro le 4 settimane e secondo alcuni AA. anche prima) evitando di pronosticare risoluzioni spontanee "col tempo".

Il programma di riabilitazione della muscolatura pelvica deve essere accurato e mirato a coinvolgere il soggetto nella prosecuzione -nel tempo- degli esercizi appresi. In caso di persistenza del disturbo nonostante la riabilitazione si dovrà prendere in considerazione un approccio diagnostico-terapeutico di II livello (specialistico).

Incontinenza fecale e urinaria post-partum: il punto di vista ginecologico

ELEONORA RUSSO

U.O. Ginecologia e Ostetricia Universitaria I, Pisa elenoire.russo@gmail.com

I disturbi del pavimento pelvico hanno una grande influenza sulla qualità della vita nel periodo del post-partum. Le donne dopo il parto possono infatti presentare un'ampia gamma di alterazioni urinarie e fecali.

La prevalenza di incontinenza urinaria nei primi tre mesi dopo il parto è di circa il 30%. I fattori di rischio associati sono: parità, BMI, età, incontinenza urinaria prima o durante la gravidanza, parto vaginale operativo, trauma perineale e macrosomia fetale. L'incontinenza urinaria può essere da sforzo (perdita involontaria di urina con uno sforzo fisico) o da urgenza (perdita involontaria associata a un bisogno improvviso e impellente di urinare). Di questi tipi, quella da sforzo è più spesso associata alla gravidanza e al post-partum. La riabilitazione del pavimento pelvico è raccomandata come terapia di prima linea per

entrambi i tipi di incontinenza urinaria. In caso di fallimento delle misure conservative il trattamento medico e/o chirurgico deve essere bilanciato e coordinato con il desiderio riproduttivo della paziente. Va comunque sottolineato che molte donne sperimentano un miglioramento spontaneo dei sintomi urinari dopo settimane o mesi dal parto, con una maggiore probabilità di completa remissione dei sintomi nelle donne più giovani.

L'incontinenza fecale è meno comune dell'incontinenza urinaria, ma è particolarmente debilitante sia dal punto di vista fisico che psicologico. Le donne a più alto rischio sono quelle che hanno subito lesioni ostetriche dello sfintere anale (obstetrical anal sphincter injuries, OASIS), con un rischio di presentare incontinenza fecale a 6 mesi dal parto del 17%, rispetto al 7%-8% di quelle che hanno avuto un parto cesareo

o vaginale senza OASIS.

Quando una paziente si presenta nel periodo del post-partum con incontinenza fecale, la valutazione deve concentrarsi sulla determinazione della presenza di un difetto dello sfintere anale tramite valutazione clinica ed ecografica endoanale.

Il trattamento di prima linea deve comunque concentrarsi sull'ottenimento di una adeguata consistenza delle feci, tramite integrazione di fibre, e sull'ottimizzazione del controllo dei muscoli del pavimento pelvico. Nel caso di fallimento, in presenza

di un difetto dello sfintere anale confermato, può essere presa in considerazione la correzione chirurgica (sfinteroplastica), idealmente se non si prevedono ulteriori parti.

In conclusione, per molti disturbi del pavimento pelvico post-partum, la riabilitazione del pavimento pelvico può essere estremamente utile. Le donne a rischio di disturbi del pavimento pelvico dopo il parto devono essere incoraggiate a sottoporsi a un follow-up precoce, in modo che i sintomi possano essere valutati e trattati tempestivamente.

Incontinenza urinaria e fecale postpartum: il punto di vista colonproctologico

JACOPO MARTELLUCCI

Chirurgia d'Urgenza, Centro del pavimento pelvico, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenzejamjac64@hotmail.com

Dopo il parto vengono spesso riscontrate manifestazioni di alterazioni della continenza anale (soiling, incontinenza passiva, urgenza, ecc), che fortunatamente risultano persistenti in meno del 10% dei casi. Questo perché sebbene fino all'85% delle donne sostengano un traumatismo durante il parto, l'incidenza clinica di lesioni sfinteriche anali è stimata inferiore al 5%. Tuttavia la presenza di danni sfinterici occulti è evenienza frequente, ed in circa il 28% delle lacerazioni classificate clinicamente come di II grado è poi possibile identificare ecograficamente un coinvolgimento sfinterico. In una donna su tre dopo il primo parto è possibile dimostrare ecograficamente una lesione sfinterica. Anche se l'apparente incremento delle lesioni da parto è in gran parte correlabile con una miglior accuratezza diagnostica ed un incremento della sensibilità su questo specifico problema, spesso in passato (e a volte ancora oggi) trascurato, il traumatismo muscolare o neurologico durante il parto rappresenta il principale fattore di rischio per alterazioni della continenza sia nell'immediato post parto che nelle successive fasi della vita, al di fuori del periodo fertile.

E' necessario considerare che il momento migliore per una correzione di un danno sfinterico è il più possibile a ridosso dell'evento acuto, per massimizzare le possibilità di tenuta della ricostruzione ed i risultati anatomici e funzionali. E' per questo che

una diagnosi accurata già al momento del parto, con eventuale conseguente trattamento, consente di ridurre al massimo gli esiti immediati e futuri.

L'altro momento fondamentale per la prevenzione ed il trattamento precoce di eventuali alterazioni della continenza anale è quello rieducativo/riabilitativo. La presa in carico già prima del parto, al fine di fornire una adeguata preparazione, oltre ad un tempestivo supporto post parto (entro i 3 mesi) soprattutto se di fronte ad una situazione sintomatica, rappresentano opportunità di cui nessuna donna dovrebbe essere privata.

In caso di dubbio l'ecografia endoanale rappresenta il principale strumento per valutare l'integrità sfinterica, eventualmente da associare ad una valutazione manometrica per esplorare le caratteristiche funzionali del problema.

Strategie terapeutiche più complesse o invasive (chirurgia, neuromodulazione, approcci neuro riabilitativi integrati, ecc.) dovrebbero essere riservate soltanto a casi selezionati e auspicabilmente rari.

Conclusioni: La precoce presa in carico in ambito educativo e rieducativo e l'identificazione tempestiva di lacerazioni sfinteriche finalizzata alla loro immediata riparazione rappresentano i due principali momenti della prevenzione, gestione e trattamento delle alterazioni della continenza anale post partum.

Sessione pratica: la relazione con se stessi, il paziente e le immagini dei medesimi

DÉSIRÉE UGUCCIONI dei BUONDELMONTI

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

Affrontare le tematiche inerenti al pavimento pelvico significa affrontare tutto ciò che è intrinsecamente legato alle sue funzioni e disfunzioni: tra gli elementi più importanti spicca la vasta e profonda area emozionale. Come riabilitatori ci dobbiamo rendere conto che la relazione che siamo capaci di instaurare con il paziente influenza fortemente l'outcome. Gli studi riportano in tutta Europa (quindi basta, direi, dare la colpa al retaggio culturale italiano) la notevole delusione dei pazienti soprattutto per quanto riguarda la possibilità di affrontare con i propri terapeuti le tematiche sessuali. Ma non solo: tutta l'area pelviperineale risente dei nostri personali *taboo*, pregiudizi, opinioni e i pazienti lo percepiscono. E non lo gradiscono.

Può capitare, certo, di confrontarsi con pazienti che abbiano già compreso tutto e fatto una diagnosi precisissima basandosi sulle raffazzonate ricerche su internet; a quel punto spesso pretendono l'autorizzazione ad intraprendere una terapia che già è stata proposta dai signori del web e che dovremmo, prostrandoci, avallare. Vedremo come poter affrontare anche questa tipologia di richiesta "spazzatura" sulla base di una relazione empatica nella quale il paziente possa ritrovarsi accolto e non svalutato per i suoi tentativi di darci una mano... o di sfruttare il nostro ruolo burocratico di elargitori di ricette.

Ma, a parte gli atteggiamenti "competitivi" di qualcuno, come pensiamo di rispondere ad esigenze di pazienti sempre più consapevoli del proprio valore (finalmente) e sempre più consci del poter pretendere un atteggiamento umano da parte della classe

sanitaria, investita fino a pochi anni fa di un'aura di intoccabilità e indiscutibilità?

I pazienti sono scesi dal pero e noi dobbiamo scendere dalla cattedra. E' indubbiamente difficile comprendere le emozioni che ci rifiutiamo di provare per primi.

Essenziale imparare a riconoscere le nostre proiezioni ed allenarci a lavorare sul proprio critico interiore, riconoscendolo come una parte di noi che ha davvero bisogno della nostra accoglienza: l'empatia va coltivata prima di tutto verso se stessi, lasciando da parte l'obsoleto atteggiamento di strascico novecentesco in base al quale occuparsi di sé sia segno di egocentrismo: è innegabile da qualsivoglia prospettiva quanto sia arduo entrare in contatto con l'altro, se non siamo in contatto empatico prima di tutto con noi stessi. Le nuove frontiere della scienza ci dimostrano che la relazione, e quindi la nostra capacità di instaurarla e gestirla, si rivela cruciale nel percorso di cura.

Quindi la nostra personale abilità nel relazionarci manifesta esplicitamente la propria centralità, qualità che ha sempre avuto, sapientemente occultata dall'atteggiamento di ostentata impermeabilità emotiva ed emozionale dietro cui la classe medica ha voluto trincerarsi, senza rendersi conto che non stava chiudendo i pazienti "fuori", ma se stessa "dentro" un involucro soffocante che non ha mai protetto, ma soltanto isolato.

Esploreremo le proposte relazionali di alcuni tra i maggiori esponenti in materia per cercare di capire quale modello sia più adatto a noi: adatto non ad essere copiato, ma ad ispirarci

per ambire ad una crescita come esseri umani prima che come terapeuti, che ci apra nuove prospettive relazionali e ci renda, automaticamente, più appetibili umanamente dal punto di vista del paziente.

Dalla psicologia relazionale alla fisica moderna, parafrasando Gandhi, tutto ci spinge a partire da noi stessi nel cercare il cambiamento che vogliamo vedere nei pazienti: questo ci porta al primo passo, che consta dell'accrescimento della consapevolezza di ciò che realmente siamo, indipendentemente dai modelli che ci sono pervenuti o che abbiamo addirittura deliberatamente perseguito, quando non imitato. L'avventura appassionante all'interno di noi stessi ci porterà a scoprire i cambiamenti che ci sobbollono dentro e questa scoperta ci permetterà di sperimentare con più chiarezza i nostri sentimenti; di conseguenza, saremo più liberi di agire spontaneamente in base a ciò che siamo, non solo a ciò che pensiamo o crediamo di sapere, che è spesso frutto di varie componenti, molte delle quali culturali o sociali.

Se vogliamo diventare capaci di accogliere – con successo – le richieste che ci vengono legittimamente poste, non ci resta che diventare prima di tutto abili nell'accogliere noi stessi, partendo dalle nostre falle: conoscere e stare a contatto con le nostre

paure più profonde ci permetterà di sviluppare l'empatia che potremo espandere verso gli altri, diventando così esseri umani più completi, quindi, di conseguenza, terapeuti più veri e più efficaci. Inoltre, agire, in modo consapevole e non reattivo, in base alla nostra natura individuale ci rivelerà risorse insospettite e aspetti della nostra personalità che non potranno che suscitare una gioia più profonda nel godere degli aspetti umani del nostro lavoro.

La parte pratica verterà sull'esplorazione della possibilità di conoscere noi stessi prima di pretendere di conoscere i pazienti. Si cerca di "cucire" gli interventi sui bisogni e le domande degli astanti, si lavora sulle proiezioni che gli operatori fanno quando si tratti di funzioni perineali che coinvolgono l'emotività; si spiega come tenere d'occhio se stessi e non buttare addosso al paziente le nostre aspettative e i nostri modelli, per buoni o meno buoni che siano, soprattutto per quanto riguarda la sessualità, come considerare anche la relazione con quelle funzioni e disfunzioni che sarebbero "animalescamente" solitarie e infine si danno suggerimenti sulle modalità di erogazione di piani di lavoro a casa (esercizi) e su come evitare che questi vengano raccomandati in modo raffazzonato e mal fatto, come spesso accade, rendendoli di conseguenza poco efficaci.

Didattica e confronto nella cura della complessità pelviperineale

Le cure mediche e chirurgiche delle malattie e delle disfunzioni del pavimento pelvico con la riabilitazione come primo filtro e fondamentale supporto
Progetto formativo dell'Integrated Pelvis Group (IPG)

Nelle disfunzioni pelviperineali (incontinenze, ritenzioni, dolore) e nei difetti della statica pelvica la riabilitazione rappresenta l'opzione terapeutica di primo livello. Riservando una particolare attenzione agli aspetti nutrizionali, posturali e psicologici, si mira a contenere le pur indispensabili proposte farmacologiche e chirurgiche nell'ambito uro-ginecologico, ostetrico, andrologico, sessuale, coloproctologico, psicologico e plastico-estetico.

Allo studio e alla cura degli organi della pelvi si dedicano importanti società scientifiche: da anni la multidisciplinarietà è stata aggiunta alle loro sigle, ma non abbastanza ai loro concreti progetti formativi. Il tentativo di dare una visione integrata delle funzioni, disfunzioni e patologie organiche degli organi pelvici resta una sfida aperta, volta a risolvere problemi spesso complessi anche quando apparentemente semplici.

La riabilitazione del pavimento pelvico si rivolge al paziente inteso come persona e comprende una serie di metodiche e strumenti che all'interno di un processo di

ragionamento clinico e alla luce del paradigma dell'evidence based practice permettono la gestione di molte condizioni patologiche che compromettono o minacciano di compromettere nel tempo la qualità di vita di una popolazione in costante invecchiamento.

Questi corsi teorico-pratici propongono dunque un aggiornamento in ambito riabilitativo, medico e chirurgico nelle diverse specialità coinvolte nelle malattie organiche e funzionale della pelvi e del perineo. Si è scelto di strutturare gli eventi in base alle condizioni, nel divario di genere, prevalenti nell'età giovanile, nell'età matura e nella vecchiaia.

Stiamo vivendo, tra i tanti problemi, anche un momento difficile per la medicina di base e del territorio e per i medici di famiglia. Tuttavia riteniamo che il Medico di Medicina Generale abbia un ruolo essenziale nella gestione iniziale delle pelviperineopatie, per cui la categoria deve essere coinvolta dagli Ordini per una formazione in questo settore anche in rapporto alle recenti disposizioni regionali riguardanti i PDTA.

I PROSSIMI APPUNTAMENTI

Corso teorico-pratico

ROMA

sabato 24 Giugno 2023

La gestione della complessità pelvi-perineale nelle fasi della vita: l'estate della pelvi

Simposio Il dolore pelvico cronico nel maschio

Simposio Il prolasso degli organi pelvici: prevenzione e gestione nell'età di mezzo

Lettura magistrale Imaging. Peculiarità dell'ecografia transperineale e della RMN dinamica nell'adulto

Tavola Rotonda Sessuologia Igbtq+

Simposio Il microbiota nelle disfunzioni uro-gineco-andro-proctologiche dell'adulto: implicazioni psicologiche, mediche, chirurgiche e riabilitative

SESSIONI PRATICHE

Lettura magistrale Fitoterapia: metodi naturali, non miracoli, per un momento difficile della vita, la menopausa e l'andropausa

Simposio Incontinenza e difetto erettile dopo interventi sulla prostata

Tavola rotonda PNEI e gestione delle lesioni occulte (l'iceberg della defecazione ostruita, ecc.)

Update Pruriti perineali e mentali

Corso teorico-pratico

PADOVA-ABANO

17-18 Novembre 2023

La gestione della complessità pelvi-perineale nelle fasi della vita: l'autunno della pelvi

Temi proposti

Il **dolore** pelvico cronico nella terza età

Il **prolasso** degli organi pelvici nell'anziano defedato

L'**imaging** nelle patologie pelviche della terza età

L'**incontinenza urinaria** femminile e maschile nella vecchiaia

Il **microbiota** nelle disfunzioni uro-gineco-andro-proctologiche dell'anziano

Fitoterapia. Vecchiaia, si vorrebbe non arrivasse mai: la natura non dà soluzioni, ma validi aiuti si

L'**assistenza preventiva** nell'anziano

Sessuologia ginecologica e andrologica

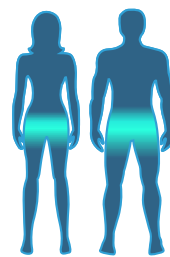
SESSIONI PRATICHE

La resurrezione della pelvi

Per informazioni: ipg@integratedpelvisgroup.it

Pelvishop

LA PELVI SICURA



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

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

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



Emoraus
trattamento delle emorroidi



Venocircolous
per la funzionalità del microcircolo



Pulsacis
clisma a getto pulsante per la TAI



Perausetta
peretta evacuativa



Igiel
dispositivo per l'igiene personale

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

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

www.pelvishop.com

ARAMIS

transanal rectoscopic Assisted Minimally Invasive Surgery

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

