

I disordini del pavimento pelvico: PROLASSO e INCONTINENZA

IL PAVIMENTO PELVICO

COSA SONO I DISORDINI DEL PAVIMENTO PELVICO

PERCHE' INDIVIDUARE IL RISCHIO E PREVENIRE

COME INDIVIDUARE IL RISCHIO

COME PREVENIRE

SE IL DISORDINE SI E' GIA' INSTAURATO: COME DIAGNOSTICARE

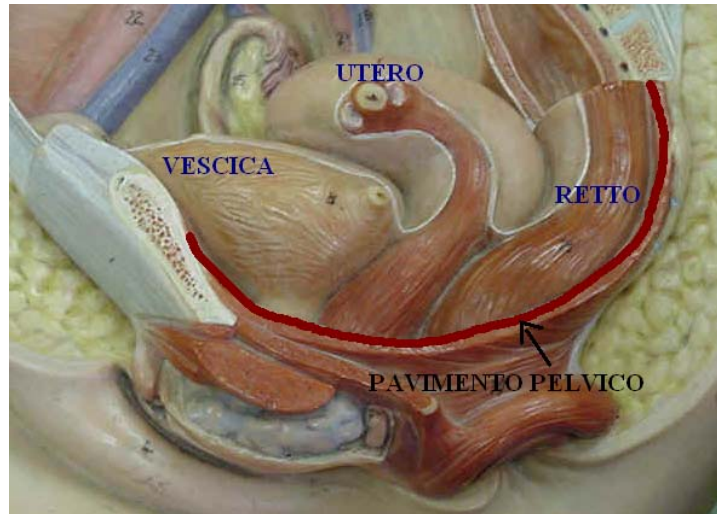
TERAPIA: ESISTONO MOLTEPLICI POSSIBILITÀ DI CURA...

IL PAVIMENTO PELVICO

Nel passaggio alla stazione eretta la pelvi si è venuta a trovare nella parte più declive della cavità addominale, sottoposta al peso dei visceri e alle variazioni della pressione endo-addominale. Il supporto pelvico si è pertanto irrobustito per poter sorreggere il peso e la pressione degli organi soprastanti. In tale processo di rinforzo, il pavimento pelvico ha però dovuto garantire, nella donna, una sufficiente elasticità, per non ostacolare il passaggio del feto durante la nascita.

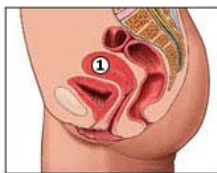


Il pavimento pelvico è l'insieme di muscoli e legamenti posti alla base dell'addome della donna; essi formano una specie di "amaca" sospesa tra le ossa della pelvi, che sostiene organi importanti come l'intestino, l'utero, la vescica e servono anche a chiudere le aperture verso l'esterno di retto, vagina e uretra.

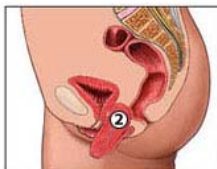


COSA SONO I DISORDINI DEL PAVIMENTO PELVICO

Quando i muscoli del pavimento pelvico si indeboliscono, a causa di una predisposizione genetica, o dell'età o dei parti, essi non esercitano più la funzione di sostegno degli organi pelvici. Ne derivano disturbi di natura anatomica dovuti alla discesa degli organi pelvici verso il basso con conseguenti **prolasso dell'utero**, della **volta vaginale**, della **vescica (cistocele)** o del **retto (rettocele)**. E disturbi di natura funzionale quali l'**incontinenza urinaria e/o fecale**, la **defecazione ostruita** e la **dispareunia** (dolore durante i rapporti sessuali).



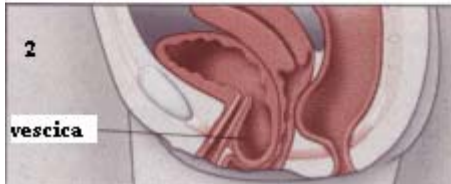
1. Normale anatomia



2. Prolasso dell'utero



1. Normale anatomia



2. Cistocele

In caso di prolasso la donna può avvertire la presenza di una massa che fuoriesce dalla vagina, senso di peso pelvi-perineale e/o dolore perineale.

In caso di incontinenza urinaria la donna ha invece perdite involontarie di urina. Si distinguono due tipi di incontinenza urinaria: quella da sforzo (perdita per colpi di tosse, starnuti, sforzi, ...) e quella da urgenza (in cui lo stimolo supera la capacità di controllo e la volontà della persona).



L'incontinenza urinaria femminile è un problema di sempre più elevata incidenza: si stima che nella popolazione occidentale compresa tra i 15 ed i 75 anni l'8% delle donne sia afflitto da questo problema e la percentuale sale al 25% se consideriamo le donne in post-menopausa. Tale stima è sicuramente in difetto, dal momento che si basa sui dati conosciuti ma l'incontinenza è anche un problema sociale, e in quanto tale, viene celato dalla donna per un senso di vergogna e quindi molti casi non sono né affrontati né curati.

PERCHE' INDIVIDUARE IL RISCHIO E PREVENIRE

Individuando precocemente, già alla prima gravidanza, le donne “ad alto rischio” di sviluppare disordini del pavimento pelvico è possibile stabilire un programma di riabilitazione dei muscoli pelvici con l'intento di effettuare una prevenzione primaria, ovvero di evitare l'insorgenza in futuro dei sintomi (prolasso / incontinenza).



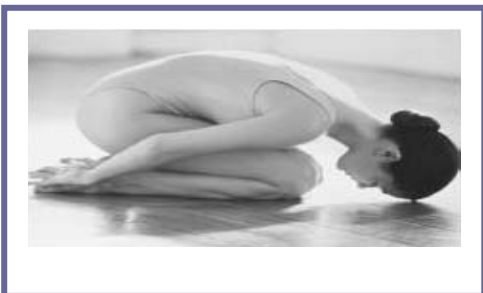
COME INDIVIDUARE IL RISCHIO

Combinando un'accurata raccolta anamnestica, volta ad indagare fattori di rischio familiari, ostetrici o chirurgici, con i dati ottenuti dal testing perineale (valutazione della forza dei muscoli pelvici) e dall'ecografia translabiale, è possibile ottenere un punteggio indicativo del rischio di sviluppare in futuro disordini del pavimento pelvico. In base a tale punteggio le donne possono essere distinte in donne “a basso rischio” e in donne “ad alto rischio”.

COME PREVENIRE

La prevenzione dei disordini del pavimento pelvico avviene prevalentemente attraverso la **riabilitazione perineale** che permette il rinforzo del supporto viscerale del pavimento pelvico, il miglioramento della tonicità vaginale e dell'elasticità tissutale e lo sviluppo dell'attività riflessa sfintero-perineale in occasione di bruschi aumenti pressori intra-addominali.

Le tecniche di riabilitazione si basano sulla presa di coscienza della muscolatura perineale, su esercizi di rinforzo muscolare perineale selettivo e sul training volto alla automatizzazione della attività perineale durante gli atti della vita quotidiana.



SE IL DISORDINE SI E' GIA' INSTAURATO: COME DIAGNOSTICARE

Per pianificare l'indirizzo terapeutico più appropriato ed interpretare meglio il disturbo è necessaria un'attenta valutazione dei segni e dei sintomi e lo studio di alcuni parametri riferibili alla statica ed alla dinamica del pavimento pelvico.

Le tappe del percorso diagnostico sono:

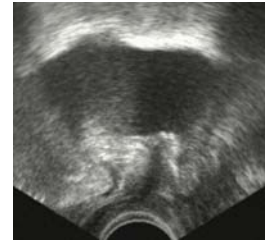
1. **ANAMNESI** (valutazione dei fattori di rischio, anamnesi ostetrico-ginecologica, valutazione della sintomatologia e dell'impatto che produce sulla qualità della vita, diario minzionale)

Diario minzionale

Data:						
Ora:						
1. Volume di urina nel misurino	ml	ml	ml	ml	ml	ml
2. Volume di urina misurato con il catetere	ml	ml	ml	ml	ml	ml
3. Episodio di perdita di urina	Nessuno	Nessuno	Nessuno	Nessuno	Nessuno	Nessuno
Leggero = qualche goccia	Leggero	Leggero	Leggero	Leggero	Leggero	Leggero
Moderato = 1-2 cucchiaini da tavola (15-30 ml)	Moderato	Moderato	Moderato	Moderato	Moderato	Moderato
Grave = pannolone o vestiti bagnati	Grave	Grave	Grave	Grave	Grave	Grave
4. Cambio dell'assorbente o del pannolino	No	No	No	No	No	No
	Si	Si	Si	Si	Si	Si
5. Ritieni che l'evacuazione fosse completa?	No	No	No	No	No	No
	Si	Si	Si	Si	Si	Si
6. Intensità dello stimolo a urinare	Nessuno	Nessuno	Nessuno	Nessuno	Nessuno	Nessuno
	Leggero	Leggero	Leggero	Leggero	Leggero	Leggero
	Moderato	Moderato	Moderato	Moderato	Moderato	Moderato
	Grave	Grave	Grave	Grave	Grave	Grave

2.1' **ESAME OBIETTIVO**: comprende l'osservazione dettagliata di tutte le aree del pavimento pelvico (l'insieme dei muscoli e fasce che "sostengono" l'apparato urogenitale femminile). Viene eseguito in posizione supina, seduta, in piedi e in condizione di riposo e sotto sforzo. Ciò permette di identificare le eventuali strutture danneggiate ed è essenziale per decidere l'approccio chirurgico ricostruttivo più idoneo. Inoltre viene valutato il coordinamento dei muscoli del pavimento pelvico per un'eventuale fisioterapia.

3.1' **ECOGRAFIA TRANSLABIALE E TRANSPERINEALE** (questa metodica non invasiva consente una visione dell'intera regione urogenitale bassa e del pavimento pelvico garantendo un'immagine corretta anche dinamica, durante la spinta e durante la contrazione muscolare)



4. SOLO SU INDICAZIONE, L'UTILIZZO DI ESAMI SPECIFICI:

- a. **URODINAMICA**: Si tratta di una serie di test (uroflussometria, cistometria, profilometria uretrale statica e dinamica, studio pressione/flusso con o senza elettromiografia) utilizzati per identificare e documentare obiettivamente il tipo e le cause di disturbi urinari come l'incontinenza urinaria, la minzione frequente, la difficoltà di svuotamento vescicale. Si esegue in un ambulatorio appositamente attrezzato con un'infermiera specializzata ed un medico che si occupa di uroginecologia. Prevede il posizionamento sterile di un sottile catetere in vescica e di un piccolo "palloncino", collegato ad un catetere, in vagina o nel retto, dopodiché si infonde soluzione fisiologica sterile in vescica. Durante l'esame la paziente è in posizione seduta o supina e viene invitata ad eseguire degli sforzi come colpi di tosse. La maggioranza delle pazienti non sperimenta particolari disagi, se non quelli derivanti dalla naturale iniziale ansietà per un'apparecchiatura complessa e dall'imbarazzo delle possibili perdite di urina. La valutazione completa richiede circa 30-40 minuti.



b. RISONANZA MAGNETICA o TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA



c. **MANOMETRIA**: utilizzata in caso di incontinenza fecale per la misurazione delle pressioni a livello ano-rettale

d. **ELETTROMIOGRAFIA**: per lo studio funzionale dei muscoli pelvici

TERAPIA: ESISTONO MOLTEPLICI POSSIBILITÀ DI CURA...

La cura dei disordini del pavimento pelvico può essere di tipo riabilitativo, farmacologico o chirurgico. La scelta tra i vari trattamenti dipende dal tipo e dalla severità del problema uroginecologico, dall'età e dallo stato di salute generale della paziente, dal grado di peggioramento della qualità di vita.

1. **RIABILITAZIONE PERINEALE**: le tecniche di chinesiterapia sono rappresentate da semplici esercizi basati sul fatto che la contrazione volontaria e ripetuta di alcuni muscoli migliora il loro tono a riposo e la loro contrazione durante gli aumenti di pressione addominale. La riabilitazione, indicata nell'incontinenza urinaria e nei casi di prolasso di lieve entità, può essere anche eseguita con l'ausilio di macchinari specifici (es. il biofeedback, che permette di oggettivare con segnali visivi e sonori l'entità delle contrazioni, e l'elettrostimolazione)



2. **TERAPIA MEDICA**: Esistono farmaci capaci di migliorare/guarire l'incontinenza urinaria, sia essa da urgenza o da sforzo, farmaci che aiutano il trofismo della cute e delle mucose, utilizzabili in caso di dispareunia, ...



3. **TERAPIA CHIRURGICA:** alla chirurgia tradizionale si sono affiancati, negli ultimi anni, nuovi interventi miniinvasivi per il trattamento dell'incontinenza urinaria da sforzo e del prolasso pelvico (es. utilizzo di nuovi sling TOT, utilizzo di protesi a rete come la TVM,...). Le strategie chirurgiche attuabili sono variabili per tecnica, via di accesso e invasività a seconda del tipo e della gravità della patologia da affrontare. La gran parte delle procedure si svolgono mediante un accesso vaginale, quindi senza dover aprire l'addome, in quanto gravato da un minor tasso di complicanze postoperatorie. Esse possono prevedere:

- la cura del prolasso uterino sia con conservazione dell'organo sia con asportazione (isterectomia)
- la riparazione del prolasso vescicale (cistocele) utilizzando i tessuti fasciali propri della paziente (cistopessi) o con l'ausilio di materiale protesico (protesi come i sistemi Perigee, **TVM** anteriore, ...)
- la riparazione del prolasso del retto (rettocele) e dell'intestino (enterocele) e la correzione del prolasso di cupola vaginale con sospensione della vagina, sia utilizzando gli stessi tessuti della paziente (sospensione al legamento sacro-spinoso, sospensione alla fascia ileo-coccigea, ...), sia con protesi a braccia (Apogee, **TVM** posteriore, **TVM** totale, ...)
- la correzione dell'incontinenza urinaria da sforzo con tecniche cosiddette miniinvasive: posizionamento sotto l'uretra di una benderella di materiale protesico senza tensione (**TVT**, **TOT**, **TVT-S**, ...), in anestesia loco-regionale

