

Atti del Convegno AIUG del 18 ottobre 2018 - Roma

Il convegno si apre con una tavola rotonda a cui partecipano Magheri (CBM Roma), Aceti (cittadinanzattiva), Cervigni (AIUG), Franzese (SIUT), Lombardozzi (regione lazio), Marletta (min. salute), Messina (senior Italia), Miceli (asl rm 2), Perrotta (FAIS), Rinaldi (fnopo), Scotto (FIMMG), Sommella (CBM), Tartaglino (FNOPI-CBM), Trezza (aiug), Vizza (AIUG), Zullo (AIUG-CBM)

I concetti principali che emergono sono che la salute non dovrebbe essere una spesa ma un investimento, ma purtroppo i dati ci dicono che le patologie del pavimento pelvico (in particolare l'incontinenza) ha un grosso impatto socio-economico, tanto che nel 2018 si sono spesi 400 milioni di euro ed è risultata essere tra le 5 patologie più costose del SSN. L'incontinenza è una patologia che impatta soprattutto sulla qualità di vita e che probabilmente in Italia non ci sono abbastanza riabilitatori in proporzione alle persone malate. In Francia abbiamo 24000 riabilitatori mentre in Italia solo 5-600. Inoltre in Italia abbiamo ancora differenze di approccio tra una regione e l'altra sempre legati alle risorse economiche: l'80% della popolazione senior (quindi quella maggiormente colpita dal problema) ha una bassa scolarità, non sa a chi rivolgersi o come difendersi di fronte ad una cura mancante o inappropriata. L'ideale sarebbe creare un PDTA per accompagnare il paziente dall'inizio alla fine del percorso riabilitativo o curativo o chirurgico, ma la verità è che c'è poca interazione tra gli operatori. L'Associazione pazienti denuncia che l'interdisciplinarietà stenta a partire, perché negli anni ci siamo abituati ad una settorialità del sapere. Potrebbe essere produttivo fare informazione e fare associazione, organizzare giornate mondiali per poter parlare e sensibilizzare operatori e popolazione sul tema. La presa in carico deve rappresentare la cura e quindi l'istituzione di un care giver. Punta anche alla tutela di quei pazienti con minore scolarità o a quelli deboli per qualsiasi causa, affinché si possa stargli affianco e difendere i loro diritti e promuovere la qualità di vita. Zullo conclude il cerchio sottolineando e ricordando che i farmaci per l'incontinenza ancora si pagano, che l'età di vita aumenta sempre di più e che quindi occorre che ci siano più figure che lavorino insieme e creino una rete: più figure sia a livello numerico sia a livello di specializzazioni diverse.

Anche l'infermiera Nonni in uno degli ultimi interventi del convegno tratterà delle tematiche simili a quelle della tavola rotonda facendo emergere l'importanza dell'infermiere nelle patologie del pavimento pelvico in quanto è la prima figura a cui il paziente fa riferimento ad inizio percorso.

Nella seconda parte del convegno si inizia con gli interventi singoli di ciascun relatore.

Il primo intervento parla dell'anatomia del pavimento pelvico soprattutto secondaria ad una chirurgia: ricordiamoci che le mesh usate per la chirurgia non sostengono tutto in modo equilibrato come avverrebbe in fisiologia quindi anche dopo intervento viene a crearsi uno squilibrio dove c'è una parte bene sostenuta (mesh) e un'altra parte che è doppiamente sottoposta alle forze di pressione intraddominale. Questo perché la chirurgia cambia l'asse vaginale e quindi la distribuzione delle forze.

Nel secondo intervento l'ostetricia parla del parto come la genesi dei danni perineali. Emerge che tra i fattori di rischio c'è anche la gravidanza, e che in un parto vaginale si devono valutare numerose componenti come l'uso dell'epidurale o la lunghezza del periodo espulsivo in termini di tempo. Tra i fattori protettivi abbiamo una buona salute materna e il lavoro corporeo in gravidanza.

Si susseguono due interventi del dott. Natale e dott. Zobel sull'importanza della diagnostica fatta con esami strumentali, diagnostica per immagini e test validati.

Successivamente il dr. Luffarelli ci parla della vescica iperattiva. Descrive la terapia come una scala. Al primo gradino troviamo il trattamento comportamentale ossia la riabilitazione, al secondo gradino troviamo i farmaci antimuscarinici e/o integratori. Questi sono da usare solo dopo fallimento della terapia comportamentale. Il problema nasce dal fatto che i farmaci costano troppo e quindi solo il 18% prosegue la terapia farmacologica. Alcuni studi recenti ci dicono che il calo di estrogeni in menopausa può essere tra i responsabili della vescica iperattiva, e la soluzione potrebbe essere la somministrazione di estrogeni locali.

Si è provato anche con estrogeni sistemici ma i risultati dello studio ci dicono che il problema peggiorava. Tra i farmaci annoveriamo anche la tossina botulinica, il problema è che i benefici sono per un tempo limitato, quindi il trattamento va ripetuto, ma la ripetizione stessa porta complicanze (infezioni). Al terzo gradino troviamo la stimolazione elettrica (sef) che però pare non essere efficace. Al quarto gradino abbiamo l'uso della stimolazione del nervo tibiale, dà buoni risultati a breve termine ma non abbiamo studi sull'efficacia a lungo termine. Infine abbiamo la chirurgia con la neuromodulazione sacrale che pare essere il top di gamma. Solo il 15% necessita di revisione.

Poi Oliva ci parla del dolore cronico. Introduce l'argomento sottolineando il fatto che è una patologia a forte impatto psicologico. Il dolore è la malattia stessa e si definisce cronico quando dura da più di 6 mesi e non è ciclico. Il 4-5% delle donne ne soffre e si sospetta che sia legato alla componente estrogenica. Il 30% delle donne ha un dolore sine causa, in altri casi si può verificare nevralgia del pudendo, vulvodinia, o cistite interstiziale. Tutte queste problematiche hanno in comune un ipertono del pavimento pelvico. Non c'è un trattamento standard, ad oggi il più usato è l'uso della radiofrequenza, però ci sono pochi dati scientifici in merito.

Anche l'ostetrica Gallinelli ci parla di dolore cronico da un punto di vista più emotivo. Infatti racconta la storia davvero toccante di alcune sue pazienti. Fa emergere quanto sia importante lavorare con le pazienti sulla cura di sé e sulla conoscenza del proprio corpo anche nella sfera più intima.

La presentazione successiva è quella del dr. Ripetti che tratta il comparto posteriore. Paragona il retto ad uno stomaco perché sa riconoscere cosa sta passando. Spiega le patologie più frequenti. La stipsi considerata spesso una patologia è in realtà un sintomo. La classificazione Roma III ci dà l'esatta definizione e classificazione della stipsi che comunque può essere idiopatica o secondaria ad altra patologia. Tra le cause possiamo annoverare alterazioni strutturali, o abusi sessuali, disordini alimentari, dissinergie muscolari. L'incontinenza invece può essere di origine muscolare o nervosa. Nel comparto posteriore la chirurgia va usata con molta cautela.

Successivamente Zullo ci parla delle cistiti ricorrenti. È un problema sociale ed economico: le pazienti cominciano a girare una serie innumerevole di medici e specialisti senza però venire fuori dal problema. Le cistiti possono essere legate ai rapporti sessuali, alla gravidanza o alla menopausa: e comunque il 50% delle donne ha almeno un episodio di cistite nella vita. Si definisce ricorrente quando si verifica più di 2 volte in 6 mesi o più di 3 volte in un anno. Recidiva è quando ritorna entro 60 giorni e causata dallo stesso precedente patogeno, invece reinfezione è quando entro 30 giorni la cistite torna ma con un patogeno diverso. Negli anni il problema è aumentato perché si sono venute a creare le resistenze antibiotiche: usiamo antibiotici con troppa facilità anche quando non servirebbero e purtroppo molti antibiotici sono contenuti anche all'interno dei cibi (vedi allevamenti intensivi). Tra i trattamenti: - estrogeni locali aiutano la prevenzione, - d-mannosio vincente su antibiotici in caso di infezione da e. coli, - cranberry ha una media efficacia, - acido ialuronico efficace anche senza associarlo ad antibiotici (si può instillare in vescica o dare per bocca)- in linea generale è buono curare vagina e intestino per possono essere veicolo del patogeno. Lavorare sul microbiota invece implica l'uso di immunostimolanti, probiotici (solo associati a lieviti), enterosorbenti (la loro proprietà chelante fa sì che si leghino alle tossine e le eliminino).

Si apre la seconda sessione del convegno con un intervento del dott. Patacchiola che presenta il suo progetto TOPP ossia un gruppo di ostetriche che si occupa di riabilitazione del pavimento pelvico. Team Ostetriche Pavimento Pelvico ha alla base i concetti di condivisione, collaborazione, ricerca ed elaborazione di studi, elaborazione di linee guida. (653 ostetriche iscritte).

A seguire l'ostetrica Torresan ci parla della prevenzione intrapartum del danno perineale. Già nei tempi antichi Efeso parlava di guarire col calore delle mani e dell'olio caldo. Nel XVII Siegemund ci dice che è inopportuno dilatare i genitali con le dita (questa modalità aumenta il dolore nel passaggio della testa). È fondamentale una valutazione clinica iniziale (raccolta dati e valutazione funzionale). Tra i fattori protettivi,

Torresan ci elenca il massaggio perineale (già in gravidanza), uso dell'acqua calda, le spinte libere, e le posizioni libere in travaglio/parto. Tra i fattori di rischio invece abbiamo Kristeller, ventosa, posizione litotomica, spinte in Valsalva.

Ma il pavimento pelvico non è solo ossa muscoli e legamenti del bacino, il pavimento pelvico è anche postura di tutto il corpo, ce ne parla la fisioterapista Loredana La Torre. Descrive la postura come un bilanciamento delle forze, un'alterazione posturale porta anche ad uno sbilanciamento di queste forze con modifiche sul perineo. È importante osservare il paziente ed eventuali asimmetrie. Spesso le alterazioni posturali sono date da ansia, timidezza, alterazione degli appoggi, sofferenza dei dischi, non consapevolezza. Quindi si può anche lavorare su questi aspetti meno meccanici.

Rimanendo in tema di postura e respirazione, la dottoressa Rodriguez insegnante fitness illustra una nuova tecnica ipopressiva che lavora sul respiro e sull'uso del diaframma toracico per la riabilitazione del pp. Ci mostra vari video in cui i cambiamenti sono quasi immediati. Quindi lei stessa dice che se gli esercizi portano un miglioramento immediato, figuriamoci cosa possono fare se ripetuti nel tempo. Alla base degli esercizi c'è un ampliamento della cassa toracica in espirazione che porta ad uno stretching del diaframma toracico e allo stesso tempo ad un sollevamento degli organi pelvici e un miglioramento della postura: cioè tutti gli obiettivi che ci poniamo con la riabilitazione.

A seguire si è svolta una dimostrazione pratica di come dovrebbe essere una valutazione perineale alla prima seduta. La dimostrazione è avvenuta con una modella che è stata visitata dalla dr.ssa Bussu (valutazione comparto anteriore) e dalla dr.ssa Terribile (valutazione comparto posteriore).

Per concludere, la dr.ssa d'Antonio ha illustrato il funzionamento della sef e del bfb.

A cura della Dr.ssa Roberta Nonni