

Manuale

per le principali patologie del Pavimento Pelvico

A cura di
Fabio Gaj



Maimonide

“...Il medico non può sperare di curare un paziente avvalendosi solo delle sue conoscenze mediche. L'unico modo per poterlo fare è diventando una guida spirituale e insegnando ai pazienti un modo diverso di vivere. Egli dovrebbe sforzarsi di aiutare chi è malato ma, soprattutto chi è ancora sano a essere...”



Associazione per la Ricerca in Medicina e Chirurgia
fondata il 23 Marzo 1994



Fondato il 9 Maggio 2005

LA MALATTIA EMORROIDARIA

Le emorroidi per la loro elevata incidenza e naturale evolutività hanno indubbi riflessi negativi sulla vita sociale e lavorativa della popolazione: si stima infatti che circa il 25% della popolazione adulta e oltre il 50% degli ultra cinquantenni siano colpiti da emorroidi.

CAUSE

Le vere cause restano sconosciute, tuttavia molti fattori ritenuti responsabili delle emorroidi hanno probabilmente solo un ruolo favorente. La malattia si presenta sostanzialmente in ugual misura nei due sessi. Le donne sembrano essere particolarmente suscettibili alle emorroidi in alcuni periodi della vita (ciclo mestruale, gravidanza). Alcuni lavori scientifici hanno evidenziato la patologia emorroidaria nell'80% delle puerpere.

SINTOMI

- Emorragia: è il sintomo più frequente.
- Dolore: non è caratteristico della malattia emorroidaria, ma delle sue complicanze.
- Prurito-Bruciore: caratteristico fastidio associato alla malattia emorroidaria dovuto a secrezioni che irritano la cute anale.

DIAGNOSI

La diagnosi si effettua sulla base della visita medica, dell'esplorazione rettale, dell'anoscopia. È opportuno specificare che la visita medica della regione pelvica non è dolorosa.



CONSIGLI PRATICI

PREVENZIONE

Una corretta ed efficace prevenzione della malattia emorroidaria può realizzarsi solo se il paziente supera tutti i tabù ancora esistenti riguardo la visita proctologica.

Attraverso questa, infatti, è possibile effettuare una corretta stadiazione della malattia ed individuare gli opportuni rimedi (terapia medica o ambulatoriale parachirurgica o chirurgica).

ALIMENTAZIONE

La malattia emorroidaria tende a manifestarsi e ad aggravarsi durante particolari periodi della vita. Un efficace metodo di prevenzione è rappresentato dal seguire scrupolosamente opportune norme dietetiche prediligendo un'alimentazione ricca di fibre a base di frutta e verdura. Risulta fondamentale combattere la stitichezza. Periodi prolungati di stipsi determinano l'aggravarsi di questa malattia.

COSA FARE PER IL PRURITO E IL BRUCIORE ANALE

L'autopalpazione aiuterà ad individuare la presenza di noduli in regione anale che possono essere causa di prurito e bruciore anale. Tali sintomi potranno essere trattati con sostanze naturali che aiutano a ripristinare la normale fisiologia della cute, aiutando a risolvere tali noiosi disturbi.

LA CRISI EMORROIDARIA O TROMBOSI EMORROIDARIA

Il dolore acuto in regione anale con presenza di noduli emorroidari voluminosi si manifesta in coincidenza delle complicanze della malattia emorroidaria (trombosi emorroidaria, prolasso dei noduli). In questo caso è necessaria la visita specialistica. Infatti il chirurgo potrà valutare la necessità di effettuare una terapia medica o più spesso quella chirurgica. La risoluzione della crisi emorroidaria risulta indispensabile per il benessere del paziente.



RAGADE ANALE

COS'È E COME SI CURA LA RAGADE ANALE

Il dolore acuto perianale può spesso essere provocato da una ragade anale acuta. Questa malattia è provocata da una ferita, spesso a forma di losanga, localizzata all'interno del canale anale. È importante effettuare tempestivamente una diagnosi accurata, sia per seguire una corretta condotta terapeutica, sia per eliminare il sintomo dolore, spesso violento ed invalidante. Il medico sulla base della visita può porre diagnosi di ragade anale, escludendo la presenza di altre patologie anali.

PERCHÉ SI HA DOLORE?

L'intenso dolore dipende dal fatto che la ferita anale si localizza proprio al di sopra del muscolo anale, muscolo sfintere interno. Tale muscolo diventa spastico producendo intenso dolore.

COSA FARE?

Il paziente riferisce spesso di essere stitico da lungo tempo. L'emissione di feci dure può favorire o provocare direttamente la ferita. Risulta quindi fondamentale migliorare l'alimentazione per prevenire l'emissione di feci dure e la stipsi.

Lo specialista inoltre consiglierà una ginnastica anale da effettuarsi mediante dilatatori anali monouso che consentiranno di eliminare l'ipertono o spasmo sfinteriale. L'applicazione quotidiana in sede anale direttamente da parte del paziente per circa un mese di questi dilatatori per circa 10 minuti due volte al giorno consentirà nell'arco di 30 giorni notevoli miglioramenti. A questo proposito bisogna sottolineare che per l'esecuzione di questa terapia risulta fondamentale l'eliminazione di ogni tabù e la fiducia nella modalità terapeutica proposta.

LA TERAPIA È DOLOROSA?

Solo nei primi giorni si potrà avvertire un leggero fastidio e notare qualche piccola perdita di sangue. Dove si comprano i dilatatori? In farmacia e nei sanitari. La terapia con dilatatori anali rappresenta un ottimo ritrovato per il trattamento della ragade anale.



ASCESSI E FISTOLE PERIANALI

L'ascesso e la fistola costituiscono rispettivamente la fase acuta e la fase cronica di un processo flogistico suppurativo a partenza dalle ghiandole di Hermann-Desfosses posto al fondo delle cripte di Morgagni sulla giunzione ano pettinea.

Drenare un ascesso, per quanto ampiamente ciò venga eseguito comporterà l'insorgenza di una fistola fintanto che persiste l'origine criptica all'interno. Rappresentano la patologia più complessa in proctologia: sia per difficoltà diagnostica per le recidive e per le possibili lesioni iatrogene agli sfinteri anali.

PROBLEMATICHE

- Riconoscimento orifizio interno ed esterno.
- Iter diagnostico.
- Trattamento medico e chirurgico.

SINTOMI E SEGNI

Tumefazione anale, dolore anale, febbre, secrezione purulenta, orifizio esterno.

DIAGNOSI

Spesso sono necessari esami strumentali per stadiare la patologia gli esami più utilizzati sono la ecografia perianale, colonscopia, defecografia, ma spesso la diagnosi e la stadiazione è possibile solo durante l'intervento chirurgico (chirurgia esplorativa).

TERAPIA

Approccio differente per il trattamento dell'ascesso e della fistola.

Spesso si deve attendere la fase colliquativa con evoluzione a fistola.



Esami diagnostici di 1° 2° e 3° livello

ESAMI DIAGNOSTICI DI 1° LIVELLO

ANOSCOPIA

L'anoscopia è un esame endoscopico di facile esecuzione. Viene eseguito con il paziente in decubito laterale sinistro, con materiale monouso. L'anoscopia presenta un alto potere risolutivo ai fini diagnostici, in particolare per la definizione e stadiazione della malattia emorroidaria e per questo motivo dovrebbe essere il naturale corollario alla visita proctologica.

ESAMI DIAGNOSTICI DI 2° LIVELLO

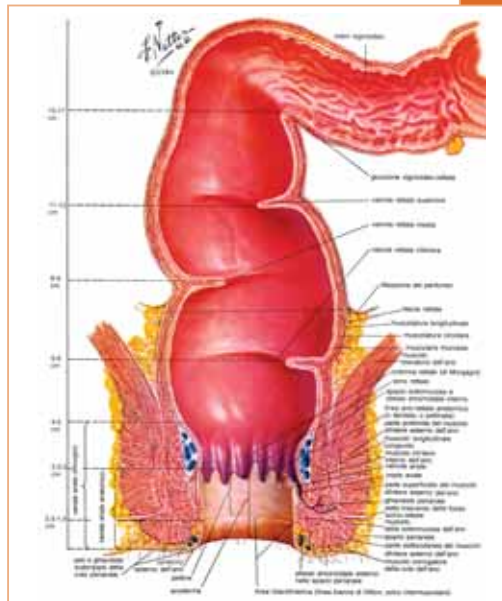
COLONSCOPIA

La colonscopia si esegue con uno strumento flessibile dotato di fibre ottiche che consente di esplorare la totalità del colon fino al ceco e l'ultima ansa intestinale (ileoscopia). È un esame invasivo che può essere eseguito anche in sedazione profonda (endoscopia senza dolore) e consente di effettuare un'accurata diagnosi del 95-98% delle patologie anorettocoliche.

CLISMA OPACO

DOPPIO CONTRASTO

È un esame radiologico che consente lo studio della totalità del colon attraverso l'utilizzo di mezzo contrasto (bario) che viene introdotto attraverso l'ano. La successiva insufflazione dell'aria consente la stratificazione del bario sulla parete intestinale e quindi la realizzazione del doppio contrasto. Questo migliora la definizione della parete intestinale, consentendone uno studio più accurato.



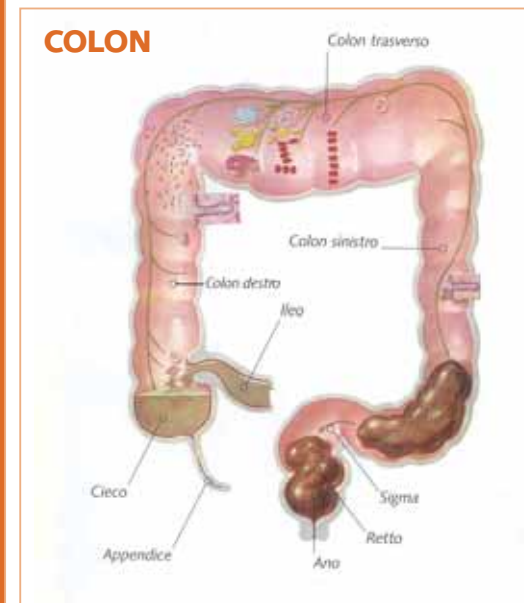
COLONSCOPIA VIRTUALE

La Colonscopia Virtuale rappresenta l'ultima sfida per la prevenzione dei tumori coloretali, potendo costituire un'affascinante alternativa non invasiva per lo studio del distretto intestinale. Rappresenta infatti un esame radiologico che simula la colonscopia attraverso l'elaborazione computerizzata di immagini del colon ad alta definizione, ottenute mediante Tomografia Computerizzata.

TEST DELLA SFERA SOLIDA

È un test di semplice esecuzione, e che si propone come test di screening.

Il test dura due, tre minuti, è del tutto indolore e consiste nell'introduzione da parte dell'operatore di una sfera solida monouso all'interno del canale anale.



La metodica è poco costosa, affidabile, ripetibile, validata (test intra e interosservatore) e permette sia di differenziare l'attività dello sfintere interno, attivo a riposo, da quella dello sfintere esterno attivo nella fase di contrazione. È quindi particolarmente indicata per l'utilizzo ambulatoriale nei pazienti affetti da stipsi nell'ipertono sfinterico e nei pazienti con incontinenza fecale.

ESAMI DIAGNOSTICI DI 3° LIVELLO

ECOGRAFIA TRANSRETTALE

L'ecografia transrettale consente lo studio accurato di tutta la parete del canale anale, includendo la regione sfinteriale.

MANOMETRIA ANORETTALE

Questo esame indolore viene eseguito utilizzando dei cateterini che misurano la pressione all'interno del canale anale, consentendo la definizione del tono basale dell'ano, la funzionalità della sfintere interno ed esterno, sia a riposo sia dopo contrazione volontaria.

DEFECOGRAFIA

È un esame radiologico che consente di studiare dinamicamente il meccanismo della defecazione. Il paziente infatti viene fatto accomodare su una comoda trasparente e l'intero atto defecatorio eseguito in fluoroscopia può quindi essere videoregistrato. L'esame è indicato in caso di disturbi del pavimento pelvico.

TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE

Attraverso un esame di semplice esecuzione oggi è possibile realizzare un profilo dinamico della funzione intestinale. In questo modo è possibile studiare oggettivamente la stipsi, individuando quale parte dell'intestino risulta scarsamente funzionante. Per tempo di transito intestinale si intende il tempo impiegato dal bolo alimentare a percorrere tutto l'intestino ed essere espulso dall'ano.

Il paziente viene invitato ad assumere 20 mini pasticche radiopache, assolutamente inodori ed insapori. Una serie di radiogrammi consentiranno di localizzare il percorso delle pasticche e la loro eventuale tardiva espulsione. Questo esame consentirà quindi di effettuare una accurata diagnosi di stipsi, localizzando la parte di intestino sulla quale intervenire terapeutamente.

ENDOSCOPIA CAPSULARE

L'Endoscopia Capsulare è una moderna tecnica diagnostica che attraverso una capsula ingeribile, dotata di telecamera, registra le immagini durante tutto il viaggio nell'intestino. Essa rappresenta il più evoluto presidio diagnostico per lo studio delle patologie dell'intestino tenue.

Le principali indicazioni alla esecuzione dell'Endoscopia Capsulare sono rappresentate dallo studio delle patologie dell'intestino tenue come emorragie di causa oscura, sindromi di malassorbimento, diagnosi delle malattie infiammatorie croniche intestinali, malattia celiaca (in particolare per lo studio dei villi intestinali), diarree croniche, diagnosi dei tumori dell'intestino tenue, alcune forme di anemia.

QUESTIONARIO KING'S HEALTH PER L'INCONTINENZA URINARIA

1) QUANTO PENSA CHE I SUOI PROBLEMI URINARI INFLUISCANO SULLA SUA VITA? PER FAVORE, SCELGA UNA SOLA RISPOSTA

Per niente Un po' Moderatamente Molto

2) I DISTURBI QUI SOTTO ELENCATI, SE PRESENTI, QUANTO LA INFASTIDISCONO?

| | Mai | Talvolta | Spesso | Sempre |
|---|-----|----------|--------|--------|
| A) FREQUENZA (andare a fare pipì molto spesso) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| B) NICTURIA (svegliarsi la notte per bisogno di fare pipì) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| C) URGENZA (forte desiderio di fare pipì) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| D) INCONTINENZA DA URGENZA (perdita di pipì associata ad un forte desiderio di fare pipì) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| E) INCONTINENZA DA SFORZO (perdita di urina durante attività fisica es. corsa, oppure con tosse, starnuti) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| F) ENURESIS NOTTURNA (bagnare il letto durante la notte) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| G) INCONTINENZA DURANTE I RAPPORTI SESSUALI | 0 | 1 | 2 | 3 |
| H) FREQUENTI INFEZIONI DELLE VIE URINARIE | 0 | 1 | 2 | 3 |
| I) DOLORE ALLA VESCICA | 0 | 1 | 2 | 3 |

3) FA QUESTE COSE QUI DESCRITTE? SE SÌ, IN CHE MISURA?

| | Mai | Talvolta | Spesso | Sempre |
|---|-----|----------|--------|--------|
| A) Usa pannolini per tenersi asciutta? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| B) Fa attenzione a quanto beve? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| C) Cambia gli indumenti intimi quando sono bagnati? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| D) Si preoccupa di avere cattivo odore? | 0 | 1 | 2 | 3 |

LEGENDA

Mai = meno di 1 episodio al mese

Talvolta = meno di 1 episodio a settimana, più di 1 episodio al mese

Spesso = meno di 1 episodio al giorno, più di 1 episodio a settimana

Sempre = più episodi al giorno

AMERICAN MEDICAL SYSTEM SCORE INCONTINENZA FECALE

COME DEFINIREBBE IN GENERALE IL SUO STATO DI SALUTE ATTUALMENTE?
PER FAVORE, SCELGA UNA SOLA RISPOSTA

Molto buono Buono Discreto Scadente Molto scadente

| | mai | raro | occasionale | settimanale | quotidiano | più volte al dì |
|---------|-----|------|-------------|-------------|------------|-----------------|
| Gas | 0 | 1 | 7 | 13 | 19 | 25 |
| Muco | 0 | 31 | 37 | 43 | 49 | 55 |
| Liquidi | 0 | 61 | 73 | 85 | 97 | 109 |
| Solidi | 0 | 67 | 79 | 91 | 103 | 115 |



QUESTIONARIO STIPSI

Frequenza delle evacuazioni

| | |
|-----------------------|---|
| 1-2 volte al giorno | 0 |
| 2 volte a settimana | 1 |
| 1 volta a settimana | 2 |
| < 1 volta a settimana | 3 |
| < 1 volta al mese | 4 |

Defecazione difficile

| | |
|---------------|---|
| mai | 0 |
| raramente | 1 |
| qualche volta | 2 |
| usualmente | 3 |
| sempre | 4 |

Tempo necessario per evacuare

| | |
|------------------|---|
| meno di 5 minuti | 0 |
| 5-10 minuti | 1 |
| 10-20 minuti | 2 |
| 20-30 minuti | 3 |
| più di 30 minuti | 4 |

Defecazione incompleta

| | |
|---------------|---|
| mai | 0 |
| raramente | 1 |
| qualche volta | 2 |
| usualmente | 3 |
| sempre | 4 |

Dolore addominale

| | |
|---------------|---|
| mai | 0 |
| raramente | 1 |
| qualche volta | 2 |
| usualmente | 3 |
| sempre | 4 |

Assistenza manuale

| | |
|------------------------|---|
| senza assistenza | 0 |
| lassativi stimolanti | 1 |
| digitazione o clisteri | 2 |

Tentativi infruttuosi al giorno

| | |
|----------|---|
| mai | 0 |
| 1-3 | 1 |
| 3-6 | 2 |
| 6-9 | 3 |
| più di 9 | 4 |

Durata della stipsi

| | |
|-----------|---|
| 0 | 0 |
| 1-5 | 1 |
| 5-10 | 2 |
| 10-20 | 3 |
| più di 20 | 4 |

PUNTEGGIO TOTALE ...

...

LEGENDA

Raramente = meno di 1 episodio al mese

Qualche volta = meno di 1 episodio a settimana, più di 1 episodio al mese

Spesso = meno di 1 episodio al giorno, più di 1 episodio a settimana

Sempre = più episodi al giorno

QUESTIONARIO PREVENZIONE TUMORI COLORETTALI

- Soffre di dolori addominali? NO Sì
- Soffre di:
 - Diarrea Stitichezza Diarrea alternata a stitichezza
 - Stitichezza alternata a diarrea
- Avverte saltuariamente un senso di incompleto svuotamento dopo l'evacuazione? NO Sì
- Avverte intenso stimolo alla defecazione non seguito da una completa evacuazione? NO Sì
- Avverte saltuariamente sensazioni dolorose nella regione anale? NO Sì
- Ha notato un mutamento di forma delle feci (ad esempio: nastriformi)? NO Sì
- Ha mai notato la presenza di muco (catarro) nelle feci? NO Sì
- Permane un senso di bruciore, di fastidio od anche di dolore dopo l'evacuazione? NO Sì
- Ha mai notato la presenza occasionale di sangue nelle feci? NO Sì
- Ha mai notato la presenza di sangue nel water o dopo la pulizia (vedi carta igienica)? NO Sì
- Soffre di:

| | | | | | |
|-------------------------|----|----|------------------|----|----|
| Malattia diverticolare? | NO | Sì | Colite ulcerosa? | NO | Sì |
| Polipi intestinali? | NO | Sì | Morbo di Crohn? | NO | Sì |
- Ha qualche familiare (consanguineo) operato all'intestino? NO Sì
- Ha qualche familiare affetto da una delle seguenti patologie? NO Sì

| | | |
|--------------------|----|----|
| Polipi intestinali | NO | Sì |
| Colite ulcerosa | NO | Sì |
| Morbo di Crohn | NO | Sì |
- Ha subito interventi chirurgici all'intestino? NO Sì

INCONTINENZA URINARIA

L'incontinenza urinaria è un problema importante per molte donne, si stima che una donna su tre soffra di questo disturbo. L'incontinenza urinaria oltre che problemi igienici, provoca disagi fisici e psicologici arrecando imbarazzo e vergogna per la donna.

CHE COS'È L'INCONTINENZA URINARIA?

È l'incapacità di controllare e trattenere l'urina. Le donne sono maggiormente colpite rispetto agli uomini.

TIPI DI INCONTINENZA URINARIA

- incontinenza da sforzo: si manifesta in corso di sforzo fisico es. durante attività fisica o semplicemente con un colpo di tosse
- incontinenza da urgenza: provocata da contrazioni incontrollabili della vescica
- incontinenza mista: quando sono presente i sintomi di entrambi i tipi.

DIAGNOSI

È fondamentale superare il tabù della visita. Una accurata anamnesi e l'esame obiettivo possono porre già una diagnosi del tipo d'incontinenza.

ESAMI STRUMENTALI

Il primo esame da eseguire è l'esame delle urine con urinocoltura successivamente ecografia pelvica che può rilevare anche il ristagno vescicale.

Diario minzionale. È importante che la paziente annoti quanti episodi di incontinenza sono presenti durante la giornata. È un documento utile per inquadrare la natura e la gravità del problema.

Test del pannolino (pad-test). Serve per misurare la quantità di urina "perduta" dalla paziente.

Esami urodinamici. Costituiscono un fronte di indagini che esamina in dettaglio le prestazioni delle basse vie urinarie (vescica-uretra) il più semplice da eseguire è *Uroflussimetria*.

TERAPIA

Spesso è sufficiente dopo la diagnosi di incontinenza urinaria modificare le abitudini di vita es. perdita di peso, attento controllo del consumo di liquidi, rieducazione vescicale questa è una tecnica per modificare il comportamento della vescica. La ginnastica vescicale può dare dei benefici al disturbo fastidioso della incontinenza.

FARMACI

La terapia medica è indicata in particolare per l'incontinenza da urgenza alcuni farmaci sono capaci di ridurre le perdite di urina.

Screening iniziale

Donna con età > 40 anni / Uomo con età > 50 anni

| Domande da porre al paziente | Sintomatologia | Vescica iperattiva ed incontinenza da urgenza | Incontinenza da sforzo |
|--|--|---|------------------------|
| A volte Le capita di provare un improvviso desiderio di urinare? | Urgenza (forte, improvviso desiderio di urinare) | Si | No |
| Quante volte deve andare in bagno nelle 24 ore? | Frequenza (> 8 volte/24 ore) | Si | No |
| Perde urina durante l'attività sportiva, quando ride o tossisce? | Perdita di urina durante l'attività fisica (saltellando, tossendo) | No | Si |
| Quanta urina perde? | Quantità di urina persa ogni volta | Abbondante (solo nell'incontinenza) | Piccola |
| Riesce a raggiungere la toilette in tempo? | Capacità di raggiungere la toilette in tempo | Non sempre | Si |
| Quante volte si alza di notte per andare in bagno? | Alzarsi di notte più di una volta per urinare | Frequentemente | Raramente |

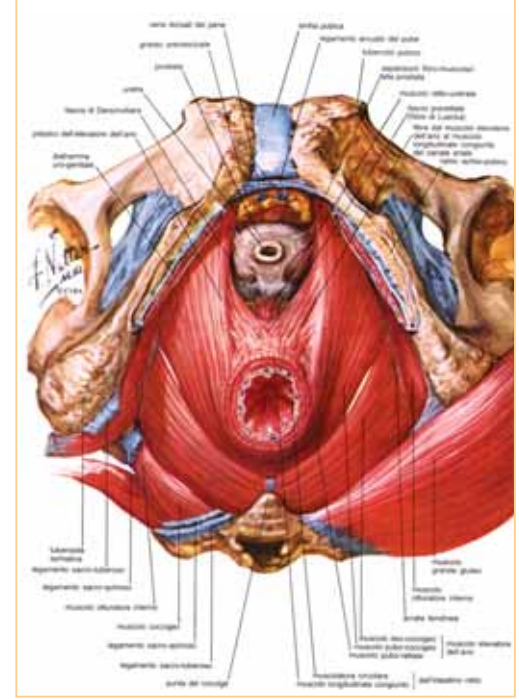
Il trattamento medico per l'incontinenza da sforzo trova un impiego molto limitato in questo caso è più indicato un trattamento chirurgico anche di tipi miniinvasivo. Le possibilità di trattamento sono numerose e molo diverse.

STIPSI

La stipsi non è una malattia, ma un sintomo che si manifesta con evacuazioni poco frequenti di feci piccole, dure e difficili da espellere. La stipsi è una condizione molto frequente causata da svariati fattori (farmaci, alterazioni metaboliche etc.) ma quella più frequente è senz'altro un'alimentazione errata, povera o addirittura priva di fibre e di acqua (pane integrale, verdura frutta etc.). La scarsa componente di fibre provoca stipsi in quanto le feci permangono più a lungo nel colon, si disidratano, e sono pertanto più difficili da espellere. Lo stitico pertanto comincia ad assumere lassativi i quali solo temporaneamente risolvono il problema, ma, nel tempo, sono costretti ad assumerne dosi sempre maggiori e questi, alterando la motilità del colon, peggiorano la stipsi invece di risolverla.

CONSIGLI PER EVITARE LA STIPSI

- Mangiare tutti i giorni verdure, radicchio, carote, cetrioli, ravanelli, finocchi, cicoria, mais, minestrone, frutta cotta (mele, pere, uva, prugne), legumi (ceci, fagioli, piselli, fave), pane integrale. Fare uso di olio d'oliva per condire.
- Bere 2 o 3 litri di acqua al giorno.
- Mangiare lentamente e masticare bene.
- Educare l'intestino: non reprimere mai il bisogno di andare al bagno, rispettando quindi sempre la "chiamata". Abituare inoltre, ad andare al bagno ad un orario regolare, senza fretta ed evitando sforzi eccessivi durante l'evacuazione.
- Fare esercizio fisico tutti i giorni.
- Evitare lassativi senza prescrizione medica.
- Consultare sempre il medico specialista.



RETTOCELE

Il rettocele è una condizione patologica caratterizzata dall'erniazione della parete anteriore del retto e posteriore della vagina causata da un indebolimento della fascia rettovaginale.

La diagnosi di rettocele si basa su un attento esame clinico e su esami strumentali mirati es. la defecografia che consente di studiare anche eventuali alterazioni dell'evacuazione e della continenza fecale connesse a tale patologia.

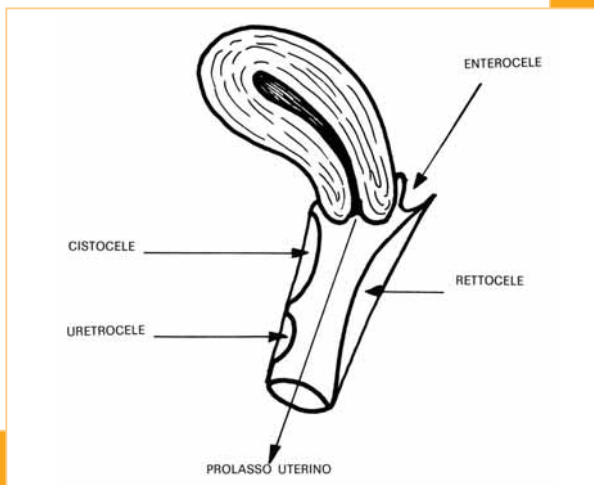
Per una corretta valutazione preoperatoria, distinguere i rettoceli da dislocazione da quelli da distensione, in quanto il primo sembra richiedere, con maggiore frequenza, un intervento terapeutico di tipo chirurgico rispetto all'altro.

Esistono numerosi interventi chirurgici per il trattamento del rettocele ognuno dei quali viene eseguito nel rispetto della normale anatomia e fisiologia del piano pelvico. Gli approcci chirurgici più seguiti sono quelli per via trasvaginale e per via transanale, sebbene il primo sembra pregiudicare maggiormente la qualità della vita delle pazienti per le frequenti ripercussioni sull'attività sessuale.

Per tale motivo il trattamento chirurgico per via transanale sembra presentare i migliori risultati clinici e viene quindi oggi preferito.

Propongo una nuova tecnica definita *Tecnica dei Punti Transfissi Sequenziale (TPTS)* che presenta una minore invasività, consentendo di effettuare una plastica completa della parete rettale.

In particolare con l'utilizzo di un nuovo retrattore metallico a valva da me ideato, la TPTS ridurrebbe il traumatismo meccanico sullo sfintere anale.



INCONTINENZA FECALE

È uno di problemi più imbarazzanti che un paziente possa avere.

DEFINIZIONE

La continenza anale viene definita la capacità da parte dell'individuo di eliminare le feci ed i gas in stazioni socialmente accettabili.

La continenza presuppone l'integrità della:

- mucosa anale (esempio che può determinare incontinenza: Prolasso mucoso);
- apparato sfinteriale (esempio che può determinare incontinenza: Lesione traumatica dello sfintere);
- sistema nervoso (esempio che può determinare incontinenza: Malattie degenerative).

L'incontinenza fecale spesso è dovuta ad una mancata coordinazione dell'attività muscolare della regione pelvica. La visita specialistica risulta fondamentale per l'inquadramento generale del problema e soprattutto per indirizzare il paziente all'esecuzione di accertamenti diagnostici mirati ed utili al medico per scegliere la migliore terapia.

DIAGNOSI

Una accurata anamnesi, l'esame clinico e gli esami strumentali risultano fondamentali per una corretta diagnosi basata su tono sfinteriale e sulla contrazione volontaria dello sfintere.

TERAPIA

Al termine dell'iter diagnostico il medico avvia il/la paziente alla terapia:

- Terapia medica: regolarizzazione dell'alvo, riduzione della peristalsi intestinale.
- Terapia riabilitativa: ginnastica mirata alla rieducazione dei muscoli pelvici (Riabilitazione del pavimento pelvico).
- Terapia chirurgica: neuromodulazione sacrale, radiofrequenza, impianti di agenti volumizzanti, sfintere artificiale.



IL PAVIMENTO PELVICO: COME RINFORZARLO

Il pavimento pelvico funziona come sostegno degli organi addominali. Se perde la sua forza e la sua tonicità ne risentono gli sfinteri dell'apparato urinario, genitale, ano e retto.

OBIETTIVO

- Migliorare la conoscenza e le prestazioni dell'attività muscolare volontaria e riflessa addomino perianale.
- Riattivare i meccanismi di controllo corticali sui centri neurovegetativi sacrali.

PERINEO TONICO

È indispensabile una certa regolarità nell'esecuzione degli esercizi per almeno 2 mesi. Esami eseguiti in maniera regolare (es 15/20 minuti al giorno) possono portare ad un successo.

Così da rendere possibile:

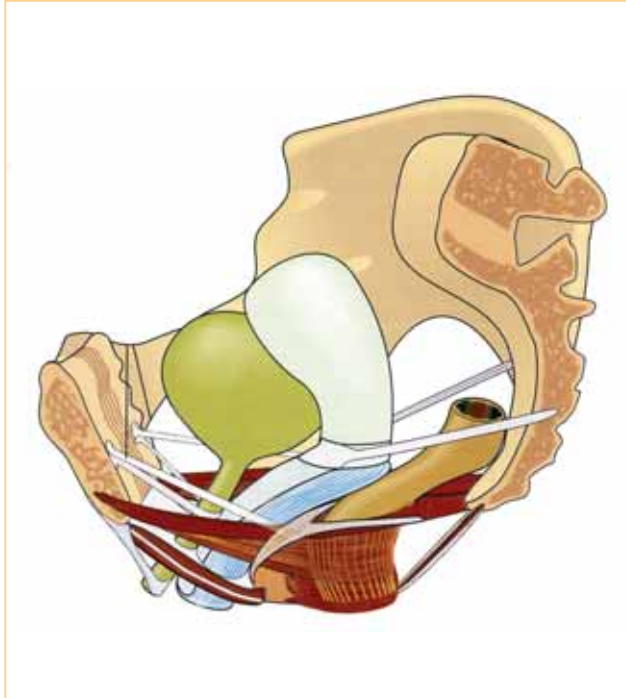
- il ripristino del controllo volontario dell'apparato anale sfinteriale;
- il rinforzo della muscolatura del pavimento pelvico;
- la modifica del comportamento del paziente al fine di eliminare cattive abitudini.

Il paziente potrà quindi riacquistare:

- una piena autonomia gestionale;
- un adeguato controllo delle proprie funzioni corporali.

Principali tecniche di riabilitazione:

- esercizi tecniche di Kegel (tecniche fisioterapiche);
- biofeedback (apprendimento dello schema motorio);
- elettrostimolazione (stimoli elettrici).



PER ULTERIORI INFORMAZIONI

Prof. FABIO GAJ è nato a Roma il 25 giugno 1959.
È specialista in Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso.
Dottore di Ricerca in Fisiopatologia Chirurgica.
Attualmente è Professore Aggregato presso DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
GENERALE, SPECIALITÀ CHIRURGICA E TRAPIANTI D'ORGANO
"PARIDE STEFANINI" della Azienda Policlinico Umberto I
dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

☎ 335 6524037

@ fagaj@tin.it

NOTE DEL PAZIENTE



Si ringrazia l'A.RI.MEC. per il contributo scientifico ed economico per la stesura del testo