

“Rieducazione del pavimento pelvico: percorso strutturato”

Dott.ssa Giorgia Tomaselli

Laurea in Ostetricia presso la Sapienza Università di Roma;

Master di I livello in “Pavimento pelvico e Riabilitazione” presso la Sapienza Università di Roma;

Introduzione

La gestione di un percorso rieducativo in ambito pelvi-perineale è complessa ed articolata a partire dalla presa in carico del paziente fino ai follow-up; analizzata la letteratura in merito, ad oggi un protocollo che possa guidare i professionisti che operano in tale campo sembra essere ancora mancante. In questo progetto si descrivono le varie fasi che compongono l’iter rieducativo di un paziente a partire dal primo approccio valutativo fino ai follow-up post trattamento e si introducono degli strumenti che possano supportare i professionisti nella conduzione di tutto il percorso rieducativo.

Vengono strutturate le tappe principali di tale percorso: la prima visita, la valutazione globale, l’impostazione di un percorso terapeutico, la definizione degli obiettivi, lo svolgimento del percorso rieducativo stesso, la valutazione finale ed, infine, il follow-up. All’interno di questo percorso strutturato vengono inseriti, inoltre, quattro elementi innovativi di supporto per il professionista e per il paziente: il “Piano assistenziale per la gestione del paziente nella rieducazione del pavimento pelvico”, la Web-App “Rieduchiamalo”, la “Cartella Clinica” e la “Check list post-rieducazione”.

Questo lavoro definisce e semplifica la gestione di un iter rieducativo del pavimento pelvico, facilitando il professionista nella conduzione di percorsi terapeutici spesso lunghi e complessi con la definizione di tappe essenziali e con l’utilizzo di procedure prestabilite che aumentano la standardizzazione della pratica clinica del singolo professionista.

Quanto analizzato ed evidenziato dallo studio pone le basi per una riflessione approfondita riguardo alla necessità di definire un protocollo scritto e condiviso sulla rieducazione del pavimento pelvico, affinché i professionisti possano operare supportati da procedure standardizzate e da strumenti condivisi col fine principale di ottimizzare il trattamento offerto, ma anche di facilitare la comunicazione tra specialisti e, non ultimo, di promuovere lo sviluppo della ricerca scientifica.

PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E STRUTTURAZIONE DELLA PRIMA SEDUTA

Un paziente con diagnosi di disfunzione pelvi-perineale, si presenterà presso un centro o un Ambulatorio di Rieducazione del Pavimento pelvico, per effettuare la prima visita.

A sostegno del terapeuta nella prima seduta, abbiamo realizzato il “Piano assistenziale per la gestione del paziente nella rieducazione del pavimento pelvico” (Figura 1) che faccia da guida nella compilazione della Cartella clinica -che verrà presentata in seguito- dall’anamnesi del paziente, alla pianificazione e svolgimento delle sedute successive, fino ai follow-up.

L’obiettivo della prima seduta è quello di eseguire una valutazione completa del pavimento pelvico, che consta di più fasi. Prima di iniziare, è importante che il professionista informi il paziente, riguardo la sua esecuzione, mediante un consenso informato che lo stesso dovrà firmare per autorizzare la valutazione.

- **Organizzazione dell’ambiente:** la stanza dedicata alle sedute di rieducazione dovrebbe essere un luogo confortevole ed accogliente, che garantisca soprattutto una buona privacy al paziente. Sarebbe quindi necessario mettere in pratica alcune accortezze per poter permettere al paziente di essere il più possibile a proprio agio. In questo modo, il paziente che dovrà sottoporsi al percorso rieducativo, potrà fidarsi ed affidarsi.

Sarebbe opportuno ricevere il paziente in una stanza accogliente con una giusta temperatura, avere a disposizione una scrivania con una seduta per farlo accomodare nel tempo del colloquio anamnestico ed un lettino comodo per poter effettuare l’esame obiettivo. Gli strumenti di cui bisognerebbe disporre all’esame obiettivo potrebbero essere diversi a seconda dell’operatore, tuttavia in generale sono necessari: rotolo di carta da lettino, telino/asciugamano e carta mani per il paziente, guanti monouso, gel lubrificante ed infine un cotton fioc o un abbassalingua.

PIANO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE NELLA RIEDUCAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO		
PRESA IN CARICO E VALUTAZIONE DEL PAZIENTE	CONDIZIONE DEL PROGRAMMA RIEDUCATIVO	VALUTAZIONE FINALE E FOLLOW-UP
1) Anamnesi Remota e Prossima - storia, defezione diagnostica, progressi (interventi o trattamenti post-operatori) - prendere visione degli esami eseguiti, controllare terapia medica in atto e referti medici (ivi di esami strumentali)	1) Aggiornamento cartella clinica - segnalazione eventuali complicanze - controllo della sintomatologia - note	1) Valutazione finale e confronto pre/post - trattamento - esame obiettivo - diario minzionale e/o defecatorio - questionari
2) Illustrazione anatomica del pavimento pelvico - modello anatomico, tavole anatomiche, etc.	2) Valutazione intermedia dell’efficacia del piano terapeutico - valutazione pelvi-perineale - controllo esercizi eseguiti a domicilio	2) Conseguenza terapia domiciliare - validare con core esercizi domiciliari - visita di controllo dallo specialista referente
3) Conseguenza e firma del consenso informato		3) Conseguenza check list post-rieducazione per monitorare il pz il primo mese
4) Valutazione globale e perinatale - osservare postura e respirazione - eseguire un esame obiettivo		4) Programmazione di ulteriore ciclo
5) Proposta dell’iter rieducativo - scelta e presentazione della tecnica rieducativa (una o più tecniche) - pianificazione del percorso terapeutico		5) Controllo a 1, 3, 6 mesi e 1 anno
6) Apertura e compilazione della cartella clinica		6) Chiusura della cartella clinica
7) Conseguenza materiali clinico/diagnostici - diario minzionale e/o defecatorio - questionari		
8) Illustrazione esercizi domiciliari		

Mestre di Ubaldo in “Pavimento pelvico e rieducazione” Università “Sapienza” di Roma

Figura 1

- **Inquadramento del paziente:** è compito del professionista capire il motivo per cui il paziente si reca a visita e, non meno importante, valutare l'impatto che la sintomatologia ha sulla qualità della vita del paziente. Per fare ciò, ci si può avvalere di una raccolta anamnestica lampo specifica riguardante il pavimento pelvico e attraverso la somministrazione di questionari validati scientificamente e riconosciuti (1)(2).
- **Anamnesi:** la raccolta dei dati anamnestici necessari ad una valutazione globale del paziente (3). In ordine, si dovrebbe procedere con:
 - *Anamnesi generale:* pregressi interventi o traumi alla colonna o al bacino, eventuali patologie urologiche, andrologiche/ginecologiche o intestinali già note, utilizzo di farmaci, peso, età, abitudini alimentari, stili di vita.
 - *Anamnesi urologica:* caratteristica e frequenza delle minzioni, perdite di urina, entità e frequenza della perdita, tipo di sforzo sufficiente per determinare una perdita urinaria, sintomi da urgenza con o senza fughe, infezioni urinarie.
 - *Anamnesi proctologica:* dolore anale, rettale, sacrale, incontinenza anale, tipo di perdite anali, prolasso, altro (prurito, flatulenza, meteorismo, tenesmo rettale), l'impatto della problematica anale sulla qualità di vita, caratteristiche dell'alvo (questionario stipsi-Wexner, incontinenza fecale-AMS).
 - *Anamnesi sessuale:* disturbo dell'eccitamento sessuale femminile e maschile, disfunzione erettile, disturbo dell'orgasmo femminile e maschile, eiaculazione precoce, disturbi da dolore sessuale, dispareunia, vaginismo ed infine "arousal incontinence" ossia l'incontinenza durante l'atto sessuale (4).
 - *Anamnesi ginecologica:* menopausa e pregressi interventi chirurgici.
 - *Anamnesi ostetrica:* parità, incremento ponderale in gravidanza, modalità ed epoca gestazionale del parto, episiotomia e lacerazioni, peso del bambino, perdite di urina in gravidanza o in puerperio.

Prima di procedere con l'esame obiettivo che segue, sarà necessario spiegare al paziente cosa sia il pavimento pelvico ed un percorso rieducativo pelvi-perineale; tutto ciò può avvenire attraverso un'illustrazione anatomica del pavimento pelvico

(mediante tavole, modelli anatomici, video, etc.), una spiegazione della fisiologia e patologia della minzione e defecazione (chiarimenti di concetti quali incontinenza da sforzo o da urgenza, etc.). A sostegno del terapeuta, è stata inoltre ideata la Web-App “RieduchiAmalo” (Figura 2), realizzata dalla Dott.ssa Assunta Bruzzano, utile allo specialista per illustrare disegni o video sul pavimento pelvico per semplificare l’anatomia al paziente e per effettuare il download di documenti clinico-diagnostici, necessari ad ottimizzare il percorso terapeutico del paziente.

Una volta fatto ciò, si chiederà al paziente di accomodarsi sul lettino per procedere con l’esame obiettivo.



Figura 2

- **Esame obiettivo:** l’insieme di manovre diagnostiche effettuate dal professionista per verificare la presenza di segni “obiettivi” indicativi di una deviazione dalla fisiologia. Consta di più fasi:

1. Ispezione

Si osserverà, in primis, come il paziente si orienta nello spazio con una prima visione della postura e dell’atteggiamento globale del corpo in posizione eretta. E’ opportuno infatti, cominciare con una visita generale del paziente, comprendente una valutazione delle condizioni fisiche (respiro, deambulazione, etc.) e psichiche (equilibrio emotivo, capacità di collaborazione etc.) (5).

Una volta fatto accomodare il paziente sul lettino, in posizione ginecologica adattata, l’ispezione si concentrerà sull’area pelvica per valutare il pavimento pelvico anteriore e posteriore in tre condizioni: a riposo, alla richiesta di contrazione e al colpo di tosse.

Ispezione a riposo

Nella donna si osserverà: colorito e trofismo dei genitali esterni, beanza vaginale (V0, V1, V2, V3), presenza di cicatrici (qualità della cicatrice), distanza ano-vulvare (DAV normale 3 cm), nucleo fibroso centrale del perineo, sfintere anale (margini anali).

Nell'uomo si osserverà: condizioni della cute, presenza di cicatrici (qualità della cicatrice), distanza ano-scrotale (DAS normale 5 cm), nucleo fibroso centrale del perineo, sfintere anale (margini anali).

Ispezione alla richiesta di contrazione

Allo stesso modo in un paziente di sesso femminile o maschile, osserveremo: se la contrazione del pavimento pelvico è visibile, la chiusura dello sfintere anale, l'introflessione del NFC, eventuali sinergie attivate, la coordinazione respiratoria.

Ispezione al colpo di tosse

Al fine di valutare la coordinazione addomino-pelvica, nella donna e nell'uomo, osserveremo: mobilità del NFC al colpo di tosse, il Guarding reflex (solo nella donna), eventuali perdite di urina/gas, il comportamento dell'addome al colpo di tosse, eventuale prollasso di organi pelvici (in clino e ortostatismo).

2. VALUTAZIONE DELLA SENSIBILITA'

Comprende:

- la *valutazione della sensibilità cutanea*, avvalendosi dell'uso di un cotton fioc o di un abbassalingua;
- lo *Swab-test*, effettuabile con gli stessi strumenti per la ricerca di un'eventuale sintomatologia dolorosa;
- la *valutazione dei riflessi*: ano-clitorideo o ano-penieno e quello anocutaneo.

3. PALPAZIONE

Nell'uomo si esegue una palpazione di tipo esterna che consiste nell'apprezzamento del tono del nucleo fibroso centrale (NFC).

Nella donna si esegue una palpazione di tipo esterna ed interna.

Palpazione Esterna

- tono del NFC
- ricerca di eventuali Trigger Points

Palpazione Interna a riposo

- tono muscolare di base
- ricerca di eventuali Trigger Points

Palpazione Interna con contrazione

- PC test (valutazione della forza fasica, tonica o endurance, affaticabilità)
- simmetrie muscolari

Palpazione Interna con ponzamento

- dinamica del ponzamento (presenza di sinergie o inversione del comando)
- dinamica dei visceri pelvici

4. VALUTAZIONE DEL COMPARTO ANO-RETTALE

Il pavimento pelvico posteriore viene valutato attraverso l'esplorazione anale con il paziente in posizione di Sims (sul fianco laterale sinistro con flessione degli arti inferiori) oppure, per una valutazione approfondita di determinate disfunzioni come il rettocele, in posizione ginecologica modificata.

Del comparto posteriore è importante valutare:

- margini anali esterni
- forma dell'orifizio anale
- presenza o assenza del riflesso anale
- la sensibilità perianale
- eventuali emorroidi o ragadi
- eventuale rettocele
- lunghezza del canale anale (< 2 cm o > 3 cm)
- simmetria e cicatrici
- il tono di base dello sfintere anale esterno (SAE), dello sfintere anale interno (SAI) e del muscolo pubo-rettale
- la contrazione fasica e tonica degli stessi muscoli
- la contrazione paradossa al ponzamento
- la presenza di dissinergia pelvi-perineale o di inversione di comando
- presenza di muco, sangue, pus o feci
- la valutazione del coccige (posizione, dolore alla palpazione, mobilizzazione)

5. PATTERN RESPIRATORIO

Il pattern respiratorio viene valutato osservando il tipo di respirazione effettuata dalla paziente:

- test del colpo di tosse-bombement: il paziente viene invitato ad effettuare un colpo di tosse per verificare la direzione delle pressioni addominali: se il ventre rientra avremo un corretto controllo delle pressioni senza ripercussioni sul pavimento pelvico; nel caso di protrusione della parete addominale verso l'alto (bombement), le forze interesseranno il pavimento pelvico spingendolo verso il basso.

Questa visione d'insieme è importante per la stretta correlazione tra diaframma toracico e diaframma pelvico. Sappiamo infatti che, quando l'addome viene spinto verso l'esterno a causa di un aumento della pressione intra-addominale come per esempio durante uno sforzo (tosse, starnuto...), oppure nella condizione di iperlordosi lombare come ad esempio in gravidanza, il muscolo trasverso dell'addome non lavora correttamente e le pressioni, che dovrebbero direzionarsi sul pavimento pelvico posteriore (fra sacro e coccige), si ripercuotono sullo iato urogenitale causando, a lungo termine, disfunzioni uro-ginecologiche (incontinenza urinaria, prolasso...)(6).

In base alla diagnosi del paziente, seguirà la proposta dell'iter rieducativo, in cui il professionista dovrà scegliere e presentare al paziente la tecnica rieducativa (eventualmente più di una) indicata per lo stesso.

Una volta ricevuto l'assenso dal paziente in merito alla proposta rieducativa, sarà necessaria la firma di un consenso informato per autorizzare il trattamento sanitario terapeutico e per l'uso dei dati personali nel rispetto della norma sulla privacy.

Per poter documentare quanto emerso dall'anamnesi e dalla valutazione, abbiamo ideato una "Cartella clinica" del Master (Figura 3), che il professionista può utilizzare per riportare i dati personali ed anamnestici del paziente, così come gli aggiornamenti circa lo stato di salute dello stesso, gli esercizi assegnati, la tecnica rieducativa utilizzata in ogni singola seduta.

Una volta impostato e programmato il percorso rieducativo per il paziente, il professionista per prima cosa dovrà insegnare al paziente a percepire il pavimento pelvico nel suo complesso, in particolare la muscolatura che lo compone; in questo modo potrà insegnare al paziente come attivare una contrazione muscolare e come indurre un rilassamento. Dopo che il paziente ha appreso come lavorare con il proprio pavimento pelvico, è importante assegnare degli esercizi da svolgere a domicilio, affinché ci sia un continuum tra il trattamento rieducativo, eseguito nelle singole sedute assieme al professionista, e la quotidianità del singolo paziente (7). L'obiettivo deve essere quello di rendere il paziente quanto più consapevole ed autonomo nella gestione del proprio pavimento pelvico, integrandone la cura nella propria routine.

Il formulario è intitolato "CARTELLA CLINICA PER LA RIEDUCAZIONE E IL RIPRISTINO DELLA FISILOGIA DEL PAVIMENTO PELVICO". Sotto il titolo, si legge "Master di I livello in 'Pavimento Pelvico e Rieducazione' Università 'Sapienza' di Roma". Il modulo include campi per "Paziente:" e "Diagnosi:". Una sezione "Terapia prescritta da to specialista:" elenca "Urologo", "Ginecologo", "Proctologo" e "Altro", ciascuno con un campo per la prescrizione. In basso a destra, c'è un campo "Inizio del trattamento in data: / /".

Figura 3

DEFINIZIONE E PROGRESSIONE DELL'ITER RIEDUCATIVO

Nelle sedute successive alla prima è necessario aggiornare la cartella clinica riguardo eventuali cambiamenti o segnalazioni riferite dal paziente e riportare eventuali consulenze/accertamenti eseguiti in itinere. Dal punto di vista pratico, è fondamentale effettuare una valutazione intermedia del pavimento pelvico per confermare l'efficacia del piano terapeutico e nella stessa sede, ricontrollare gli esercizi che il paziente ha svolto a domicilio.

VALUTAZIONE FINALE E FOLLOW-UP

Al termine del percorso riabilitativo, durante l'ultima seduta, il terapeuta dovrebbe effettuare una valutazione finale per poter fare un confronto con l'iniziale e constatare se gli obiettivi prefissati all'inizio del percorso rieducativo, siano stati raggiunti.

Oltre a ciò è indispensabile utilizzare anche gli stessi materiali clinico diagnostici somministrati durante la valutazione iniziale (es. diario minzionale e/o defecatorio) così come i questionari scientifici. Al termine di tale valutazione, il professionista dovrà

consegnare un vademecum di esercizi che accompagnerà il paziente nella routine quotidiana.

Insieme alla terapia domiciliare, verrà consegnata al paziente la “Check list post-rieducazione” (Figura 4) in quattro copie. In collaborazione con la Dott.ssa Martina Peracchini, abbiamo realizzato questa check list contenente le indicazioni principali per mantenere in salute il pavimento pelvico ed un diario con diverse voci che il paziente dovrebbe compilare in ogni sua parte per il periodo successivo alla terapia. Nello specifico, per il 1° mese dall’ultima seduta, il paziente dovrebbe compilare la check list quotidianamente in tutte le sue parti (minzione, defecazione, sessualità ed esercizi) ed inviarla mediante “WhatsApp” al

professionista; inoltre dovrebbe riportarla compilata anche all’appuntamento di controllo a 1 mese. L’obiettivo della check list è quello di continuare a seguire e supportare il paziente soprattutto nella fase post rieducazione, per evitare una recidiva o un peggioramento della disfunzione trattata e quindi per salvaguardare il lavoro fatto; poter monitorare il paziente a distanza con l’utilizzo di un’applicazione come “WhatsApp” può essere innovativo ed ottimale, poiché consente di farlo in maniera fruibile, intuitiva e gratuita sia per il professionista che per il paziente stesso.

Infine, in base alla valutazione finale, ma soprattutto a quanto emergerà dalla compilazione della check list, il professionista potrà stabilire se sarà necessario programmare un ulteriore ciclo rieducativo per il paziente. In tal caso, sarà compito del professionista programmare le future sedute insieme al paziente stesso. In caso contrario, si procederà con i normali follow-up. Si fisseranno, dunque gli appuntamenti di controllo a 1, 3, 6 mesi ed a 1 anno, in cui ad ogni visita si effettuerà nuovamente una valutazione di controllo.

1° settimana	2° settimana	3° settimana	4° settimana	5° settimana	6° settimana	7° settimana
URINAZIONE						
Ha avuto perdite di urine?	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Che tipo di fuga di urine?	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Quanti assorbenti ha usati?	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
DEFECAZIONE						
Ha evacuato oggi?	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Ha avuto perdite di feci?	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
SESSUALITÀ						
Ha avuto rapporti?	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
Con o senza dolore?	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
ESERCIZI						
Ha eseguito gli esercizi oggi?	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO

Figura 4

Bibliografia:

1. The International Consultation on Incontinence Questionnaire, Online; <https://icq.net/icq-ui-sf>

2. Questionari sintomatologici e di valutazione della qualità di vita (QoL) nelle disfunzioni del pavimento pelvico, Online;
<https://www.siud.it/wpcontent/uploads/2019/01/QuestionariSIUD.pdf>
3. Linee Guida sull'Incontinenza 4° Consultazione Internazionale sull'Incontinenza, Raccomandazioni ICI 2009.
4. Radice R, Anamnesi sessuologica: un nuovo strumento per l'urologo. Top Urology. 2011.
5. Di Benedetto P. Riabilitazione uro-ginecologica. II edizione Roma: Edizioni Minerva Medica; 2004.
6. Marchi A, Del Bo E, Cristiani AM, Cavalieri A, Raccomandazioni AIO per le ostetriche. Prevenzione, cura, trattamento delle disfunzioni del pavimento pelvico nella donna.
7. De Gaquet B, Perineo fermiamo il massacro. Come prevenire e riabilitare le disfunzioni del pavimento pelvico. Milano: Edi-ermes; 2014.

A cura della **Dott.ssa Giorgia Tomaselli**

e-mail: tomaselligiorgia@gmail.com