Vol. 30 - N. 4
Dicembre 2011

Rivista Italiana di Colon-Proctologia
Fondata nel 1982
Già organo ufficiale della Società Italiana di Colon-Proctologia

ISSN 1973-4891

INSERTO PER L'ITALIA

PELVIPERINEOLOGIA

RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

Editore
Giuseppe Dodi

Comitato di Collaborazione

Corrado Asteria
Gian Andrea Binda
Federica Cadeddu
Francesco Corcione
Elisabetta Costantini
Raffaele De Caro
Mario De Gennaro
Davide De Vita
Fabio Gaj
Aldo Infantino
Filippo La Torre
Pietro S. Litta
Giovanni Milito
Gabriele Naldini
Vittorio Piloni
Fabio Pomerri
Massimo Porena
Filippo Pucciani
Salvatore Siracusano
Marco Soligo

Organo ufficiale
della **Società Italiana di Pelvi-perineologia**
e di Urologia Femminile e Funzionale
*e dell'***Integrated Pelvis Group**

ANNUNCIO IMPORTANTE AI LETTORI

Pelviperineology / Pelviperineologia è un giornale a libero accesso nel web (**www.pelviperineology.org** e **www.pelviperineologia.it**).
Dal 2011 per ricevere il giornale su carta è necessario inviare a **subscriptions@pelviperineology.org** il proprio indirizzo e versare una quota annuale all'**Integrated Pelvis Group**. Le istruzioni dettagliate a pag. 76 e nel sito **www.pelviperineologia.it**

Indice

67 Riflessioni sul trattamento del carcinoma colo-rettale avanzato e delle metastasi epatiche
M. Lise

69 Valutazione del volume del cancro rettale con tomografia computerizzata
F. Pomerri, S. Pucciarelli, I. Maretto, P. C. Muzzio

73 Storie di donne, sessualità ed emozioni
S. De Chino

75 Defecazione ostruita: ostruzione del retto o dell'anima?

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

www.pelviperineologia.it

Redazione:
Clinica Chirurgica 2
Via Giustiniani, 2
35128 Padova
e-mail: giuseppe.dodi@unipd.it
info@giuseppedodi.it

Stampa:
Tip. Veneta
Via E. Dalla Costa, 6
35129 Padova
info@tipografiaveneta.it

Rectogesic® 4mg/g
trinitroglicerina

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE. Rectogesic 4 mg/g pomata rettale. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA.** Trinitroglicerina: 4 mg/g. Un grammo di pomata rettale contiene 40 mg di trinitroglicerina in propilenglicole corrispondente a 4 mg di trinitroglicerina (TNG). In 375 mg di questa formulazione sono contenuti all'incirca 1,5 mg di TNG. In ogni grammo di pomata rettale sono inoltre contenuti 36 mg di propilenglicole e 140 mg di lanolina. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA.** Pomata rettale. Formulazione in pomata biancastra, omogenea, opaca. **4. INFORMAZIONI CLINICHE. 4.1 Indicazioni terapeutiche** La pomata rettale Rectogesic 4 mg/g è indicata per alleviare il dolore associato a ragade anale cronica. Nel corso dello sviluppo clinico, il farmaco ha evidenziato un modesto effetto sul miglioramento dell'intensità del dolore medio giornaliero (vedere paragrafo 5.1). **4.2 Posologia e modo di somministrazione.** Via di somministrazione: uso rettale **Adulti:** Per applicare la pomata è possibile utilizzare una protezione sul dito, ad esempio una pellicola adesiva o un copridito (acquistare i copridito separatamente, in farmacia o presso un rivenditore di forniture chirurgiche, o la pellicola adesiva nel supermercato più vicino). Per il dosaggio, posizionare il dito lungo la linea da 2,5 cm indicata sul cartone che contiene Rectogesic e applicare una striscia di pomata della lunghezza della linea sull'estremità del dito premendo delicatamente il tubetto. La quantità di pomata deve essere pari a circa 375 mg (1,5 mg di TNG). Inserire quindi delicatamente il dito con la protezione nel canale anale fino alla prima articolazione interfalangea ed applicare la pomata con movimenti circolari alla parete del canale. Una dose di pomata da 4 mg/g contiene 1,5 mg di trinitroglicerina. Questa dose deve essere applicata in sede intra-anale ogni dodici ore. Il trattamento può essere prolungato fino alla diminuzione del dolore, fino ad un massimo di 8 settimane. Rectogesic deve essere utilizzato quando il trattamento conservativo è risultato insufficiente per la cura dei sintomi acuti delle ragadi anali. **Anziani:** Non ci sono indicazioni relative all'uso di Rectogesic negli anziani. **Pazienti con compromissione epatica o renale:** Non ci sono indicazioni relative all'uso di Rectogesic nei pazienti con compromissione epatica o renale. **Bambini e adolescenti:** L'uso di Rectogesic non è raccomandato nei bambini e negli adolescenti al di sotto di 18 anni a causa della mancanza di dati sulla sua sicurezza e efficacia. **4.3 Controindicazioni.** Ipersensibilità al principio attivo "trinitroglicerina" o a uno qualsiasi degli eccipienti della pomata o in caso di reazioni idiosincratiche ad altri nitrati organici. Trattamento concomitante con sildenafil citrato, tadalafil, vardenafil e con i donatori di NO (ossido di azoto), come altri derivati della TNG ad azione lunga, quali isosorbide dinitrato, amile o butile nitrito. Ipotensione ortostatica, ipotensione o ipovolemia non corretta, poiché l'impiego della trinitroglicerina in queste condizioni potrebbe indurre ipotensione grave o shock. Aumento della pressione intracranica (ad esempio trauma cranico o emorragia cerebrale) o circolazione cerebrale inadeguata. Emicrania o cefalea ricorrente. Stenosi aortica o mitralica. Cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva. Pericardite costrittiva o tamponamento pericardico. Forte anemia. Glaucoma ad angolo chiuso. **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego.** Il rapporto rischio/beneficio della pomata Rectogesic deve essere stabilito su base individuale. In alcuni pazienti può manifestarsi cefalea grave in seguito al trattamento con Rectogesic. In alcuni casi, è consigliabile effettuare una rivalutazione del dosaggio appropriato. Nei pazienti in cui il rapporto rischio/beneficio viene ritenuto negativo, è necessario sospendere il trattamento con Rectogesic su consiglio medico e iniziare un nuovo trattamento terapeutico o chirurgico. Rectogesic deve essere utilizzato con cautela nei pazienti affetti da patologia epatica o renale grave. Evitare una eccessiva ipotensione, soprattutto per periodi di tempo prolungati, visti i possibili effetti nocivi a carico di cervello, cuore, fegato e reni dovuti ad una scarsa perfusione ed al conseguente rischio di ischemia, trombosi ed alterata funzionalità di tali organi. Occorre consigliare ai pazienti di passare lentamente dalla posizione coricata o seduta a quella eretta al fine di ridurre al minimo l'ipotensione ortostatica. Tale consiglio è particolarmente importante per i pazienti ipovolemici ed in terapia diuretica. L'ipotensione indotta da trinitroglicerina può essere accompagnata da bradicardia paradossa e da aumento dell'angina pectoris. È possibile che gli anziani siano maggiormente suscettibili all'insorgenza di ipotensione ortostatica, soprattutto nell'alzarsi di scatto. Non ci sono indicazioni relative all'uso di Rectogesic negli anziani. L'alcool può potenziare gli effetti ipotensivi della trinitroglicerina. Se il medico decide di prescrivere una pomata a base di trinitroglicerina a pazienti affetti da infarto miocardico acuto o insufficienza cardiaca congestizia, occorre procedere con un attento monitoraggio clinico ed emodinamico per evitare il potenziale rischio di ipotensione e tachicardia. Interrompere il trattamento se aumenta il sanguinamento associato a emorroidi. Questa formulazione contiene propilenglicole e lanolina che possono causare irritazioni e reazioni cutanee (es. dermatite da contatto). Se il dolore anale persiste, può essere necessario eseguire una diagnosi differenziale per escludere altre possibili cause. La trinitroglicerina può interferire con il dosaggio delle catecolamine e dell'acido vanilmandelico nelle urine poiché aumenta l'escrezione di queste sostanze. Il trattamento concomitante con altri prodotti medicinali deve essere affrontato con cautela. Vedere paragrafo 4.5 per informazioni specifiche. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione.** Il trattamento concomitante con altri vasodilatatori, farmaci bloccanti dei canali del calcio, ACE inibitori, beta bloccanti, diuretici, antipertensivi, antidepressivi triciclici e tranquillanti maggiori, così come il consumo di alcool, possono potenziare l'effetto di abbassamento della pressione indotto da Rectogesic. Pertanto valutare attentamente il trattamento concomitante con questi medicinali prima di iniziare la terapia con Rectogesic. L'effetto ipotensivo dei nitrati è potenziato dalla somministrazione contemporanea di inibitori della fosfodiesterasi, es. sildenafil, tadalafil, vardenafil (vedere paragrafo 4.3). Rectogesic è controindicato nel trattamento concomitante con farmaci donatori di NO (ossido di azoto), quali isosorbide dinitrato, amile o butile nitrito (vedere paragrafo 4.3). L'acetilcisteina può potenziare l'effetto vasodilatatore della trinitroglicerina. Il trattamento concomitante con eparina diminuisce l'efficacia dell'eparina stessa. È necessario eseguire uno stretto monitoraggio dei parametri della coagulazione del sangue; e la dose di eparina deve essere adattata di conseguenza. La sospensione di Rectogesic può indurre un brusco aumento del PTT (tempo di tromboplastina parziale). In tal caso può essere necessario ridurre il dosaggio di eparina. La somministrazione contemporanea di trinitroglicerina può indurre una riduzione dell'attività trombolitica dell'alteplasi. La somministrazione concomitante di Rectogesic e dihidroergotamina può aumentare la biodisponibilità della dihidroergotamina ed indurre vasocostrizione coronarica. Non si può escludere l'eventualità di una diminuzione della risposta terapeutica a Rectogesic in seguito all'assunzione di acido acetilsalicilico e farmaci antinfiammatori non steroidei. **4.6 Gravidanza ed allattamento. Gravidanza:** Non vi sono dati adeguati riguardanti l'uso della trinitroglicerina in donne in gravidanza. Gli studi su animali sono insufficienti per evidenziare gli effetti sulla gravidanza, sullo sviluppo embrionale/fetale, sul parto e sullo sviluppo post-natale (vedere paragrafo 5.3). Rectogesic non deve essere usato durante la gravidanza. **Allattamento:** Non è noto se la trinitroglicerina venga escreta nel latte umano. Considerati i potenziali effetti dannosi sul bambino allattato al seno (vedere paragrafo 5.3), l'uso di Rectogesic non è raccomandato durante l'allattamento. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** Non sono stati effettuati studi sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari. Rectogesic, soprattutto al primo impiego, può indurre in alcuni pazienti vertigini, capogiri, visione offuscata, cefalea o affaticamento. I pazienti dovrebbero essere dissuasi dal guidare veicoli o usare macchinari durante il trattamento con Rectogesic. **4.8 Effetti indesiderati.** Nei pazienti trattati con la pomata rettale Rectogesic 4 mg/g, la più frequente reazione avversa legata alla terapia consisteva nella cefalea dose-dipendente, che si è verificata con un'incidenza del 57%. La tabella riportata di seguito mostra le reazioni avverse, che si sono verificate durante gli studi clinici, suddivise per classi organo-sistema. All'interno di ciascuna classe organo-sistema, le reazioni avverse sono state raggruppate in base alla frequenza nel seguente modo: molto comune (> 1/10), comune (>1/100 <1/10), non comune (>1/1000 <1/100).

Classe sistemico-organica	Frequenza	Reazione avversa
Patologie del sistema nervoso	Molto comune	Cefalea
	Comune	Vertigini
Patologie gastrointestinali	Comune	Nausea
	Non comune	Diarrea, disturbi anali,vomito, sanguinamento rettale, disturbi rettali
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo	Non comune	Prurito e bruciore anale Prurito
Patologie cardiache	Non comune	Tachicardia

Le reazioni avverse alla pomata contenente trinitroglicerina al 2% (usata nella profilassi dell'angina pectoris) sono in genere dose-dipendenti e la maggior parte di esse è la conseguenza dell'attività vasodilatatoria. La cefalea, che può essere di grado severo, è l'effetto collaterale più frequentemente riportato. Negli studi clinici di fase III condotti sulla pomata rettale Rectogesic 4 mg/g, l'incidenza di cefalea lieve, moderata e grave è stata, rispettivamente, del 18%, 25% e 20%. I pazienti con anamnesi di emicrania o cefalea ricorrente erano esposti ad un rischio maggiore di sviluppare cefalea durante il trattamento (vedere paragrafo 4.3). La cefalea può ricorrere ad ogni somministrazione giornaliera, soprattutto alle dosi più elevate. La cefalea può essere trattata con analgesici leggeri, es. paracetamolo, ed è solitamente reversibile con l'interruzione del trattamento. Possono inoltre verificarsi capogiri transitori, occasionalmente legati ad alterazioni della pressione sanguigna. L'ipotensione (inclusa l'ipotenzione ortostatica) non si verifica con frequenza, ma in alcuni pazienti può essere sufficientemente grave da giustificare l'interruzione della terapia. Si riportano casi di sincope, angina in crescendo e ipertensione "rebound", anche se non sono frequenti. Le reazioni allergiche alla trinitroglicerina non sono comuni e, quelle riportate, sono per lo più casi di dermatite da contatto o eruzioni fisse da farmaco in pazienti a cui la trinitroglicerina è somministrata in formulazione pomata o cerotti. Sono stati registrati pochi casi di vere e proprie reazioni anafilattoidi, e tali reazioni si possono presentare in pazienti che ricevono trinitroglicerina con qualsiasi via di somministrazione. In casi estremamente rari, dosi terapeutiche di nitrati organici hanno causato metaemoglobinemia in pazienti apparentemente normali. Raramente si è osservato rossore come reazione avversa da altri prodotti contenenti trinitroglicerina. **4.9 Sovradosaggio.** Un accidentale sovradosaggio di Rectogesic può causare ipotensione e tachicardia riflessa. Non si conosce nessun antagonista specifico degli effetti vasodilatatori della nitroglicerina e nessun intervento è stato sottoposto a studio controllato quale terapia per il sovradosaggio di nitroglicerina. Poiché l'ipotensione associata a sovradosaggio di nitroglicerina è causata da venodilatazione e da ipovolemia arteriosa, una terapia prudente in questa situazione deve essere indirizzata all'aumento del volume di liquido nel circolo sistemico. Può essere sufficiente il sollevamento passivo delle gambe del paziente, ma possono rendersi necessari anche un'infusione endovenosa di soluzione fisiologica normale o di liquido similare. In casi eccezionali di ipotensione grave o shock, possono rendersi necessarie misure di rianimazione. Un dosaggio eccessivo può inoltre dare luogo a metaemoglobinemia. In tal caso, intervenire con un'infusione di blu di metilene. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche.** Categoria farmacoterapeutica: Rilassanti della muscolatura. Codice ATC: C05AE 01. La principale azione farmacologica della trinitroglicerina è mediata dal rilascio di ossido di azoto. Quando la pomata a base di trinitroglicerina viene applicata per via intra-anale, si ottiene un rilassamento dello sfintere anale interno. L'ipertonicità della parte interna dello sfintere anale, ma non di quella esterna, rappresenta un fattore di predisposizione alla formazione delle ragadi anali. I vasi sanguigni della zona di transizione anale (anoderma) scorrono attraverso lo sfintere anale interno (SAI). Pertanto una ipertonicità dello SAI può indurre una diminuzione del flusso ematico e causare ischemia in questa regione. La distensione del retto produce un riflesso inibitorio della zona retto-anale e il rilassamento dello sfintere anale interno. I nervi che mediano questo riflesso si trovano nella parete dell'intestino. Il rilascio del neurotrasmettitore NO da questi nervi svolge un ruolo significativo nella fisiologia dello sfintere anale interno. Nello specifico, l'NO media il riflesso inibitorio retto-anale nell'uomo, producendo un rilassamento dello SAI. È stato stabilito il legame che esiste tra ipertonicità dello SAI, spasmo e presenza di una ragade anale. I pazienti con ragade anale cronica hanno una pressione anale massima media a riposo significativamente maggiore rispetto ai controlli; il flusso ematico nel derma anale in pazienti con ragade anale cronica era significativamente minore rispetto ai controlli. Nei pazienti le cui ragadi guarivano in seguito a sfinterotomia, è stata dimostrata una riduzione della pressione anale ed un miglioramento del flusso ematico dell'anoderma, con una ulteriore evidenza della natura ischemica della ragade anale. L'applicazione topica di un donatore di NO (trinitroglicerina) provoca il rilassamento dello sfintere anale, con conseguente riduzione della pressione anale ed miglioramento del flusso ematico anodermico. **Effetto sul dolore.** In tre studi clinici di fase III è stato dimostrato che la pomata rettale Rectogesic 4 mg/g, controllata con placebo, migliora l'intensità del dolore medio giornaliero, misurato su una scala analogica visiva di 100 mm, associato a ragade anale cronica. Nel primo studio, la pomata rettale Rectogesic 4 mg/g riduceva l'intensità del dolore medio giornaliero, nell'arco di 21 giorni, di 13,3 mm (39,2 mm al basale) rispetto ai 4,3 mm (25,7 mm al basale) con placebo (p<0,0063) e nell'arco di 56 giorni la riduzione era, rispettivamente, di 18,8 mm contro 6,9 mm (p<0,0001). Questo corrisponde ad un effetto del trattamento (differenza tra la modifica percentuale per Rectogesic e placebo) pari al 17,2% in 21 giorni, e al 21,1% in 56 giorni. Nel secondo studio, la pomata rettale Rectogesic 4 mg/g riduceva l'intensità del dolore medio giornaliero, nell'arco di 21 giorni, di 11,1 mm (al basale 33,4 mm) rispetto ai 7,7 mm (al basale 34,0 mm) con placebo (p<0,0388) e nell'arco di 56 giorni la riduzione era, rispettivamente, di 17,2mm contro 13,8 mm (p<0,0039). Questo corrisponde ad un effetto del trattamento del 10,6% in 21 giorni e del 10,9% in 56 giorni. Nel terzo studio, Rectogesic 4 mg/g pomata rettale riduceva l'intensità del dolore medio giornaliero, nell'arco di 21 giorni, di 28,1mm (al basale 55,0 mm) rispetto ai 24,9 mm (al basale 54,1 mm) con placebo (p<0,0489) e nell'arco di 56 giorni la riduzione era, rispettivamente, di 35,2mm contro 33,8 mm (p<0,0447). Questo corrisponde ad un effetto del trattamento del 5,1% in 21 giorni e dell'1,5% in 56 giorni. **Effetto sulla cicatrizzazione.** In tutti e tre gli studi, la cicatrizzazione delle ragadi anali nei pazienti trattati con Rectogesic 4 mg/g pomata rettale non è risultata statisticamente differente rispetto al trattamento con placebo. Rectogesic non è indicato per la cicatrizzazione delle ragadi anali croniche. **5.2 Proprietà farmacocinetiche.** Il volume di distribuzione della trinitroglicerina è di circa 3 L/kg, la quale viene eliminata da tale volume in percentuali di tempo estremamente rapide, con una conseguente emivita sierica di circa 3 minuti. Le percentuali di clearance osservate (vicine a 1L/kg/min) superano ampliamente il flusso ematico epatico. Le sedi note del metabolismo extraepatico comprendono i globuli rossi e le pareti vascolari. I prodotti iniziali del metabolismo della trinitroglicerina sono il nitrato inorganico e 1,2 e 1,3-dinitroglicerolo. I dinitrati sono vasodilatatori meno efficaci rispetto alla trinitroglicerina, ma permangono più a lungo nel siero. Non si conosce quale sia il loro contributo al rilassamento dello sfintere anale interno. I dinitrati sono ulteriormente metabolizzati in mononitrati non vasoattivi e da ultimo in glicerolo e diossido di carbonio. In sei soggetti sani, la biodisponibilità media di trinitroglicerina rilasciata nel canale anale tramite pomata allo 0,2% era pari a circa il 50% della dose da 0,75 mg. **5.3 Dati preclinici di sicurezza. Tossicità a dose ripetuta.** Non sono stati condotti studi sulla tossicità sistemica di Rectogesic. I dati pubblicati indicano che dosi orali elevate di trinitroglicerina possono avere effetti tossici (metaemoglobinemia, atrofia testicolare e aspermatogenesi) nel trattamento a lungo termine. Questi aspetti non risultano tuttavia particolarmente pericolosi per l'uomo in condizioni di uso terapeutico. **Mutagenicità e carcinogenicità** I dati sugli studi preclinici con TNG rivelano effetti genotossici, esclusivamente nel ceppo di Salmonella typhimurium TA1535 carente del sistema di riparazione, ed effetti carcinogenici. Tuttavia, l'eventualità di un aumentato rischio carcinogenico è considerata estremamente ridotta in condizioni di uso terapeutico. **Tossicità sulla riproduzione.** Gli studi sulla tossicità riproduttiva effettuati nel ratto e nel coniglio tramite somministrazione endovenosa, intraperitoneale e cutanea, di trinitroglicerina, non hanno rivelato effetti avversi sulla fertilità o sullo sviluppo embrionale alle dosi che non inducevano tossicità materna. Non sono stati osservati effetti teratogeni. Nel ratto sono stati osservati effetti fetotossici (calo ponderale alla nascita) a dosaggi superiori a 1mg/kg/d (IP) e 28 mg/kg/d (via cutanea) in seguito a esposizione uterina durante lo sviluppo del feto. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE. 6.1 Elenco degli eccipienti.** Propilenglicole, Lanolina, Sesquioleato di sorbitano, Paraffina dura, Paraffina morbida bianca. **6.2 Incompatibilità.** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità.** 15 mesi. Dopo la prima apertura: 8 settimane. **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione.** Non conservare a temperatura superiore ai 25°C. Non congelare.Tenere il tubetto ben chiuso. **6.5 Natura e contenuto del contenitore.** 30 g Tubetti in alluminio con tappo bianco a vite in polietilene non perforante. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento** Nessuna istruzione particolare. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** ProStrakan Limited, Galabank Business Park, Galashiels, TD1 1QH, UK-Tel. 01896 664000, Fax. 01896 664001. **8. NUMERO DELL AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** 037537014/M. **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE.** 23 maggio 2007. **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO** Gennaio 2010.

P.P. € 73,09 - Classe C

ProStrakan

Editoriale

Riflessioni sul trattamento del carcinoma colo-rettale avanzato e delle metastasi epatiche

Numerosi e importanti progressi sono stati fatti negli ultimi decenni nel trattamento del carcinoma colorettale, tumore fra i più frequenti in entrambi i sessi. Senza dimenticare l'enorme contributo dato al miglioramento dei risultati complessivi dalla prevenzione secondaria con gli screening e l'asportazione endoscopica dei polipi, lo scopo di questa nota è soprattutto quello di mettere in evidenza il complesso lavoro che è stato fin qui compiuto per il trattamento delle forme avanzate, sia a livello del tumore primario che delle eventuali metastasi epatiche. Si tratta di situazioni di frequente riscontro clinico, più volte discusse nei convegni medici, ma non c'è dubbio che questi argomenti meritino un periodico ripensamento soprattutto per le frequenti sollecitazioni che ad essi derivano da nuovi studi clinici, dalla ricerca di laboratorio, dalle proposte di nuovi farmaci e di nuove tecnologie.

I quesiti aperti sono ancora molti, ma quelli di cui si discute, siano essi ereditati dal passato, che emersi nel presente, costituiscono il fronte di avanzamento di una duplice forma di crescita: una di tipo "tecnico", i cui aspetti sono forse più familiari ai medici che si occupano di questi problemi e una "culturale", evoluzione inevitabile e parallela senza la quale la prima non si sarebbe potuta realizzare.

Per rendere il discorso più semplice e schematico, prenderò in esame separatamente le diverse situazioni patologiche: in primo luogo quella del tumore primario colorettale avanzato, ma non metastatico (stadi 2° e 3°), con maggiore focalizzazione sul retto, dove sono ancora aperti non pochi argomenti di discussione e, come seconda, quella delle metastasi epatiche. Due problemi che successivamente confluiscono, in un terzo, quando, non infrequentemente, si trovano associati sincronicamente, nello stesso paziente (stadio 4°), a rendere più complesso il problema decisionale.

Mi accompagnano due considerazioni: la prima è quella di aver vissuto personalmente (se non altro per ragioni anagrafiche), alcune delle tappe iniziali nell'evoluzione di questi trattamenti, non certo le primissime della chirurgia del colon e del retto, ma diciamo quelle di maggior portata multidisciplinare, avvenute più o meno negli ultimi 40 anni e la seconda perché ho osservato questa evoluzione con gli occhi del chirurgo che, all' inizio attore solitario, s'è visto un po' alla volta affiancare (quasi "a dover subire") altre collaborazioni, per arrivare al momento attuale in cui, qualche volta, si pensa di poter fare a meno di lui.

Il trattamento del cancro del retto è stato a lungo considerato un problema di tecnica chirurgica, impegnato, per le forme medio-basse, nella ricerca di un'alternativa che consentisse la conservazione della funzione sfinteriale evitando l'intervento di Miles (resezione anteriore bassa, interventi secondo Toupet, transanali, etc.), aspetto tecnico che è durato fino all'arrivo, liberatorio, negli anni ottanta, delle suturatrici meccaniche. Negli stessi anni il trattamento dei tumori solidi, in generale, è stato a lungo prigioniero di un dogma culturale cioè dalla dottrina della radicalità chirurgica, basata sul concetto di diffusione inizialmente locoregionale della neoplasia e di conseguenza sulla necessità di interventi sempre più ampi e demolitivi, nell'illusione di aumentare la curabilità. Per lo stesso paradigma della locoregionalità, la chirurgia del cancro del retto poteva essere al massimo associata alla radioterapia: all' inizio il paziente incontrava il chirurgo e poi il radioterapista. Più tardi si è cominciato a discutere, a lungo, all'interno della stessa logica, se fosse meglio irradiare il tumore del retto, prima o dopo l'intervento chirurgico. Ma se consideriamo anche il colon oltre che il retto, appare più chiara l'importanza evolutiva del momento in cui è caduta questa ideologia di radicalità chirurgica e la contemporanea entrata in scena dell'oncologo medico con l'efficacia dei suoi trattamenti adiuvanti e neoadiuvanti. Questa è stata un'acquisizione scientifica, ma anche e soprattutto un'evoluzione culturale perché, oltre che cambiare il paradigma dello sviluppo tumorale, ha aperto la strada alla multidisciplinarietà e alla comprensione del valore aggiunto che proveniva dal mettere assieme visioni e potenzialità diverse sullo stesso problema. Da parte sua il chirurgo abbandonava, non senza qualche rimpianto, il paradigma della chirurgia radicale per assumerne uno di chirurgia "adeguata", più adatto alle imposizioni, ma anche ai vantaggi della nuova alleanza. Chirurgia adeguata che nel cancro del retto responsivo al trattamento neoadiuvante può essere ormai ridotta ai minimi termini dell'escissione locale, con la sorpresa talvolta di non trovare più la neoplasia.

Anche per le metastasi epatiche il problema è stato inizialmente solo chirurgico pur essendo cominciato più tardi, nella seconda metà del 900 e oltre. Per la resecabilità delle metastasi a scopo curativo si richiedevano criteri rigidi fra cui il controllo completo del tumore primario, il numero limitato di lesioni (da una a 4 o 5), un margine libero di almeno un centimetro, la presenza di sufficiente funzionalità epatica residua, dimensioni e posizione delle masse rispetto alle strutture del fegato per la cui migliore comprensione si è dovuto attendere lo sviluppo e l'affinamento della tecnologia di immagine. Per le non operabili, ammesso che il problema del tumore primario fosse risolto o comunque affrontabile, si sono tentate molte strade: da quelle locoregionali nelle loro svariate e molteplici espressioni, (ablative o infusive), a quelle sistemiche di chemioterapia con farmaci o combinazioni sempre più efficaci. Possiamo dire che anche la chemioterapia sistemica ha avuto all' inizio un limite culturale che è stato quello di trattare con lo stesso protocollo tumori istologicamente simili, ottenendo risposte diverse, fino a che non si è realizzato che per lo stesso tumore potevano esistere categorie diverse dal punto di vista genetico o molecolare. Una volta chiarito e sviluppato questo problema, soprattutto in tempi più recenti, non sono mancati i casi di metastasi epatiche, inizialmente non operabili, che in seguito a trattamento neoadiuvante sistemico sono diventate resecabili, con percentuali di sopravvivenza a 5 anni, relativamente simili a quelli delle metastasi operabili in prima battuta, o addirittura scomparse con risposta completa.

Rielaborazione di una nota introduttiva al convegno: "Stato dell'arte nel trattamento del carcinoma del colon-retto e delle metastasi epatiche", Padova, 28 ottobre 2011.

Veniamo infine a considerare il caso in cui, non infrequentemente, i due problemi si presentano riuniti, nel senso che si pone il quesito di affrontare i due eventi nella loro sincronicità. Le combinazioni possono essere svariate, a seconda che il tumore primario sia del colon o del retto, della presenza o meno di altre localizzazioni tumorali, dello stadio e della sintomaticità del tumore, a sua volta in presenza di metastasi resecabili o meno. Problemi talvolta di non facile assunzione decisionale pur anche nelle migliori condizioni di convergenza multidisciplinare. Argomenti che meritano uno spazio di discussione fra chi si occupa di questi problemi, alla ricerca, se possibile, di nuovi orientamenti o linee guida. Esemplare è il caso del cancro del retto con metastasi epatiche sincrone che è stato per molto tempo indice di inoperabilità e indirizzato al confezionamento di una colostomia seguita da trattamento palliativo. Oggi questa barriera è in buona parte caduta anche se il cancro del retto al 4° stadio riserva sempre una difficoltà decisionale e tattica a seconda delle variabili di cui abbiamo detto, cioè della resecabilità o meno delle metastasi epatiche, dello stadio del tumore primario e della eventuale presenza di malattia extraepatica.

Molti problemi tecnici sono stati risolti in questi tempi e diverse armi si sono aggiunte al bagaglio degli specialisti: il chirurgo ha avuto, oltre alle suturatrici, la tecnica dell'asportazione del mesoretto, l'endoscopia operativa, la TEM, la laparoscopia, la robotica, l'ecografia operativa per il fegato etc.), il radioterapista ha avuto e continua ad avere a disposizione nuovi e più sofisticati mezzi di irradiazione, l'oncologo medico ha potuto usare sempre più nuovi chemioterapici di maggior efficacia o combinazioni di farmaci cui sia le metastasi che il tumore primario possono rispondere. Inoltre la ricerca gli ha messo a disposizione farmaci biologici, diretti contro specifiche proteine coinvolte nella progressione tumorale, armi di precisione da associare o meno alla chemioterapia. Il tutto senza dimenticare l'indispensabile collaborazione del radiologo e del patologo.

Ma i soli aspetti tecnici non avrebbero portato lontano. Perché, come abbiamo detto, il progresso è fatto di tecnologia e cultura, anche se talvolta non è facile dire dove finisca l'una e cominci l'altra: abbiamo già detto della cultura maturata con i trattamenti adiuvanti e la multidisciplinarietà; cultura che in questi anni è cresciuta con la frequentazione e lo scambio di idee con i colleghi italiani e stranieri, con la partecipazione agli studi clinici controllati, nazionali e internazionali, con il credito assunto dall'EBM, e dai livelli di evidenza; infine, ma assolutamente decisivo, l'avvicinamento reciproco della clinica al laboratorio di genetica e di biologia molecolare e al raccordo con il patologo che con le analisi del siero e del tessuto bioptico ci informano sui fattori prognostici e predittivi che sempre più orientano sull'opportunità o meno di usare un determinato farmaco in un determinato paziente, sulla strada di una terapia sempre più personalizzata.

Finora s'è parlato di un progresso tecnico e culturale focalizzati sul tumore, ma non possiamo ignorare che altri problemi, essenzialmente culturali e altrettanto importanti, sono venuti maturando in questi anni, centrati in particolar modo sul rapporto medico-paziente e i relativi aspetti decisionali.

In primo luogo si è avvertita l'esigenza di superare il vecchio paternalismo a favore di una maggiore autonomia di scelta del paziente assieme alla necessità di una comunicazione ampia e approfondita, tale che le diverse opzioni siano spiegate chiaramente al malato, con il loro rischio e beneficio, affinché la decisione sia davvero condivisa o rifiutata, e l'eventuale consenso sia realmente informato.

Non va dimenticato in questo rapporto l'equilibrio da ricercare fra una efficace azione terapeutica e la qualità di vita del malato, sia nei casi ad evoluzione favorevole, ma soprattutto in quelli in cui ci si renda conto che la sconfitta del cancro non è più un obiettivo raggiungibile, ma ci siano le condizioni, rese sempre più disponibili dalla ricerca, di limitarne i danni, trasformando la neoplasia in una malattia cronica con cui sia possibile convivere. Anche in questo caso stiamo assistendo ad un lento cambiamento di paradigma, che porta a spostare l'attenzione dalla "quantità" di vita a quella della "qualità" della vita residua.

Infine un altro aspetto importante che appartiene al problema decisionale è quello del limite che si deve porre al trattamento delle forme avanzate. Quando ci si deve fermare, quando si deve passare dal programma di cura a quello del non fare o del trattamento palliativo, momento arduo e critico della multidisciplinarietà, purtroppo non raramente ignorato.

Per concludere possiamo dire di essere passati in questi decenni da paradigmi di fissità ideologica a uno di sostanziale variabilità e selezione, reso necessario da un aumento generale della complessità. Complessità alimentata dalla ricerca, dimostrata sempre più dalla diversità molecolare di un tumore dall'altro, di un paziente dall'altro e dalla variabilità delle opzioni terapeutiche. Complessità cui dobbiamo essere preparati a dare, con l'aiuto della ricerca, una risposta consapevole ed efficace, che tuttavia non potrà essere solo tecnica, perché non va dimenticato il dettato antropologico che un buon rapporto di fiducia e di empatia tra medico e paziente fa parte della cura.

MARIO LISE

[1]*Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Oncologiche, Università degli Studi di Padova*

Articolo originale

Valutazione del volume del cancro rettale con tomografia computerizzata

FABIO POMERRI[1,2], SALVATORE PUCCIARELLI[3], ISACCO MARETTO[3], PIER CARLO MUZZIO[1,2]

[1]*Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, Sezione di Radiodiagnostica Oncologica, Padova*
[2]*Dipartimento di Scienze Medico-Diagnostiche e Terapie Speciali, Università di Padova*
[3]*Dipartimento di Scienze Oncologiche e Chirurgiche, Clinica Chirurgica II, Università di Padova*

Riassunto: Con classificazione TNM, l'accuratezza delle tecniche d'immagine tomografiche è inadeguata per la ristadiazione locale del carcinoma rettale radiochemiotrattato. Lo scopo di questo studio prospettico è confrontare il volume e la variazione del volume del carcinoma rettale dopo radiochemioterapia (RCT) neoadiuvante con lo stadio istopatologico T (ypT) ed il grado di regressione tumorale (GRT). 25 pazienti consecutivi con carcinoma rettale medio-basso localmente avanzato sono stati sottoposti a tomografia computerizzata (TC) multistrato con infusione endovenosa di mezzo di contrasto, sia prima che dopo RCT. La delimitazione manuale ed automatica dell'area tumorale è stata fatta da un radiologo. Il volume del tumore è stato calcolato dal computer sommando ogni volume di tutte le scansioni dell'intera lesione. Il coefficiente di correlazione intraclasse ha dimostrato ripetibilità delle misure quasi perfetta con delimitazione manuale e sostanziale con quella automatica dopo RCT. La variazione del volume tumorale dopo RCT è stata significativa con entrambe le modalità di delimitazione. Anche se vi è associazione fra volume o variazione volumetrica del tumore e ypT, essa non è statisticamente significativa. La riduzione volumetrica tumorale dopo RCT è stata maggiore negli stadi ypT0 e ypT2. Vi è associazione tra riduzione volumetrica del tumore e GRT con delimitazione manuale del volume, ma non con quella automatica. La misura TC della variazione del volumetrica del carcinoma rettale dopo RCT non è predittiva dello stadio ypT e del GRT e non può essere un elemento aggiuntivo nella pianificazione della terapia chirurgica.

Parole chiave: Carcinoma rettale; Volume tumorale; Riduzione stadio tumorale; Grado di regressione tumorale; Tomografia computerizzata.

Abstract: According to the TNM classification, cross-sectional imaging has poor accuracy in the local restaging of chemoradiation-treated cases of rectal cancer. The current prospective study aims to compare the tumor size, tumor size reduction, histopathologic staging (ypT), and tumor regression grade (TRG) after preoperative chemoradiotherapy (CRT). A total 25 consecutive patients with locally advanced mid-to-low rectal cancer underwent contrast-enhanced multidetector computed tomography (CT) volumetry before and after CRT. Manual and automatic tracing of the tumor was performed by a radiologist. The volume of tumors was calculated by summing each of the cross-sectioned volumes of the whole tumor lesion on the workstation. CT evaluation of tumor volume seems to be quite repeatable, with a high coefficient of correlation between the two different measurement sessions performed by the same operator. For the chemoradiation-treated cases, the coefficient of correlation was lower, using the automatic tracing of the tumor. The CT volume was significantly decreased after CRT using the two different measurement modalities. The volume reduction was higher in ypT0 and ypT2 stages than ypT1, ypT3 or ypT4 stages, but there was no correlation between tumor volume reduction and ypT stage. TC measurement of tumor size reduction was associated with TRG only using the manual tracing of the tumor. In conclusion, TC measurement of tumor size did not predicted for ypT stage or TRG, and have no clinical role in terms of identifying target treatment strategies.

Key words: Rectal cancer; Tumour volume; Histopathologic downstaging; Tumor regression grade; Computed tomography.

INTRODUZIONE

Il carcinoma rettale è una delle cause principali di morbilità e mortalità nei Paesi occidentali.[1] La stadiazione si basa sul sistema TNM e la sua accuratezza è fondamentale per la prognosi e la scelta del trattamento migliore. I parametri T (stadio tumorale) ed N (presenza o assenza di linfonodi locali metastatici) sono due fattori prognostici indipendenti per la sopravvivenza del paziente e la recidiva locale della malattia. La radiochemioradioterapia (RCT) preoperatoria è stata accettata come standard terapeutico nel carcinoma localmente avanzato (tutti gli N positivi indipendentemente dal T ed i T3-4 indipendentemente dall'N). Di conseguenza è emersa la necessità di migliorare la capacità delle tecniche d'immagine per la ristadiazione del carcinoma rettale prima dell'intervento chirurgico, ai fini della pianificazione ottimale della procedura chirurgica (ad esempio l'escissione locale invece della chirurgia convenzionale).[2] In particolare, la sfida principale per il radiologo è di fornire uno strumento capace di identificare quei tumori che, dopo RCT, sono confinati alla parete rettale (T1-2,N0) e quelli con risposta patologica completa (T0,N0) per i quali è ipotizzabile un intervento chirurgico meno aggressivo. Sfortunatamente, l'accuratezza diagnostica di ecografia endorettale, tomografia computerizzata (TC) e risonanza magnetica (RM) dopo RCT è inadeguata per la presenza di edema, infiammazione, fibrosi peritumorali e di necrosi tumorale.[3] L'obiettivo di questo studio è di valutare parametri morfologici diversi dagli stadi T ed N nel confronto con il reperto istopatologico e citologico, utilizzati come standard di riferimento. Per questo scopo abbiamo misurato il volume e la variazione del volume del carcinoma rettale con TC dopo RCT ed abbiamo confrontato tali misure con lo stadio T istopatologico (ypT) ed il grado di regressione tumorale (GRT) che è il rapporto fra cellule tumorali residue e tessuto fibroso.[4] Inoltre abbiamo verificato la variabilità delle misurazioni TC del volume tumorale.

MATERIALI E METODI

Sono stati reclutati per questo studio prospettico venticinque pazienti consecutivi (13 maschi, 12 femmine, età mediana di 63 anni, range 44-79 anni) con carcinoma rettale medio-basso localmente avanzato (Tabella I). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a visita clinica, dosaggio dell'antigene carcinoembrionario, rettoscopia, colonscopia, ecografia endorettale e TC utilizzando un apparecchio da 64 strati (Somatom Sensation; Siemens Medical Systems). Dopo l'esame TC di base, tutti i pazienti hanno completato il trattamento RCT e sono stati sottoposti ad un secondo esame TC prima della chirurgia. I 50 esami TC sono stati eseguiti con parametri di acquisizione identici: paziente prono, insufflazione rettale con di 300-400 ml di aria atmosferica, iniezione e.v. di 2 ml/Kg di mezzo di contrasto (Omnipaque 350; Nycomed Imaging A.S., Oslo, Norway)

TABELLA 1. – Demografia e stadio clinico del tumore nei 25 pazienti arruolati.

	Variabile Mediana (range) o Numero (%)
Età (anni)	63 (44-79)
Sesso	
maschi	13 (52)
femmine	12 (48)
Stadio ypT	
0	2 (8)
is	1 (4)
1	7 (28)
2	3 (12)
3	10 (40)
4	2 (8)

ypT=stadio istopatologico dopo radiochemioterapia; is=in situ

TABELLA 2. – Media e deviazione standard delle misure del volume tumorale.

	Media	DS	p
Man prima	29,0	18,4	
Auto prima	29,2	17,8	ns
Man dopo	12,2	11,8	
Auto dopo	14,2	15,3	ns
Differenza Man	-17,8	12,1	<0,001
Differenza Auto	-15,7	14,0	<0,001

DS=deviazione standard; Man prima/dopo=delimitazione manuale prima/dopo RCT;

Auto prima/dopo=delimitazione automatica prima/dopo RCT; ns=non significativo

con pompa di infusione al flusso di 3 ml/sec, scansioni di 3 mm.

Il volume tumorale è stato calcolato in centimetri cubi (cc) sommando ogni volume (ottenuto moltiplicando l'area tumorale di una scansione per lo spessore di scansione) di tutte le scansioni dell'intera lesione con una workstation Syngo CT 2007S (Siemens Medical Systems) che utilizza il software "syngo volume calculation". In ogni scansione in cui è rappresentato il carcinoma rettale, l'area tumorale è stata delimitata da una linea continua tracciata manualmente con il cursore controllato dal mouse oppure applicata automaticamente (Figure 1, 2).

Tutti i pazienti sono stati sottoposti al medesimo protocollo di trattamento neoadiuvante: radioterapia erogata con tecnica a tre campi o box in frazioni giornaliere di 1,8 Gy (dose totale di 50,4 Gy) e 5 fluorouracile somministrato in bolo (350 mg/m²/die) o infusione venosa continua (225-300 mg/m²/die). I pazienti sono stati sottoposti a ristadiazione del carcinoma rettale con TC pelvica 5 settimane dopo il trattamento neoadiuvante. L'intervento chirurgico è stato pianificato 6-8 settimane dopo il termine della RCT. Sia le misure del volume con delimitazione tumorale manuale che quelle con delimitazione automatica sono state ripetute dal medesimo radiologo con intervallo di 6 mesi per valutare la variabilità intraoperatore dei risultati.

L'analisi statistica dei dati è stata effettuata con programma SAS versione 9.1 (SAS Institute, Cary, NC, US). La significatività delle differenze tra le dimensioni medie del tumore prima e dopo RCT è stata valutata con t di Student per

TABELLA 3. – Ripetibilità delle misure del volume tumorale.

	Media	DS	p	CCI
Man prima 1°	29,0	18,4		
Man prima 2°	31,9	19,7	ns	0,88
Man dopo 1°	12,2	11,8		
Man dopo 2°	13,8	11,5	ns	0,81
Auto prima 1°	29,2	17,8		
Auto prima 2°	31,7	21,0	ns	0,84
Auto dopo 1°	14,2	15,3		
Auto dopo 2°	13,9	11,7	ns	0,76

DS=deviazione standard; Man prima/dopo=delimitazione manuale prima/dopo RCT;

Auto prima/dopo=delimitazione automatica prima/dopo RCT; ns=non significativo

campioni dipendenti. Il test ANOVA non parametrico è stato impiegato per confrontare la riduzione della massa neoplastica, il ypT ed il GRT. Sono stati considerati significativi valori di $p<0,05$. Il coefficiente di correlazione intraclasse è stato usato per valutare la variabilità delle misure volumetriche manuali ed automatiche.[5] I valori di tale coefficiente sono compresi tra 0 (correlazione casuale) ed 1 (correlazione perfetta).

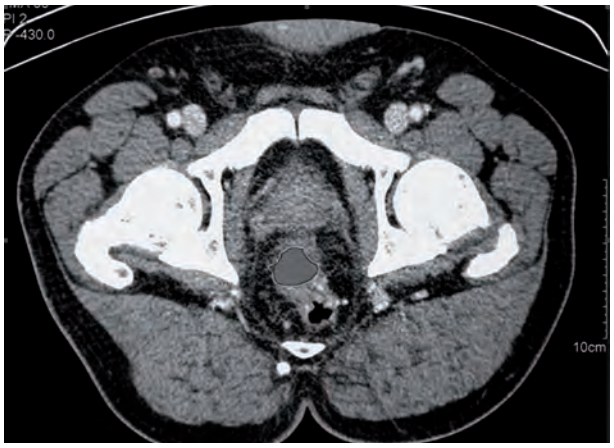


Figura 1. – Immagine TC della pelvi che rappresenta il risultato della delimitazione tumorale manuale sul piano assiale. Si noti che tutto il tessuto delimitato è solido.

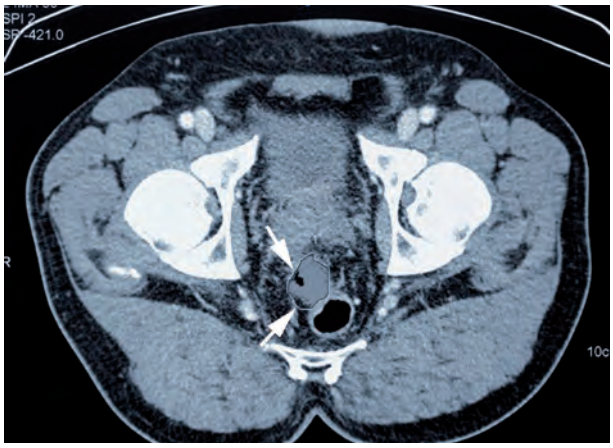


Figura 2. – Immagine TC della pelvi che rappresenta il risultato della delimitazione tumorale automatica sul piano assiale. Si noti che non tutto il tessuto delimitato è solido (frecce).

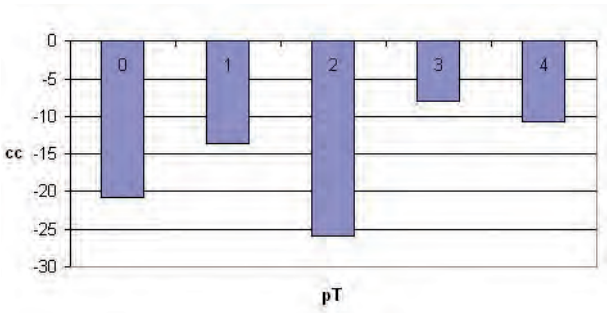


Figura 3. – Confronto tra riduzione del volume tumorale e pT dopo RCT.

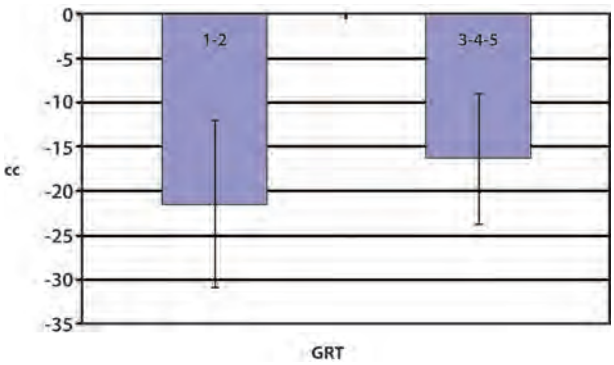


Figura 4. – Confronto tra riduzione del volume tumorale e GRT dopo RCT.

RISULTATI

La distribuzione degli stadi ypT è riassunta nella Tabella I.

24/25 tumori hanno mostrato una risposta favorevole alla terapia neoadiuvante, valutata con il GRT.

Negli esami TC di base, il valore medio del volume tumorale delimitato manualmente è risultato sovrapponibile a quello delimitato con modalità automatica (Tabella II). Anche la misurazione volumetrica media dopo RCT non è stata significativamente diversa con le due modalità di calcolo.

Con RCT si è ottenuta riduzione significativa del volume TC di tutti i tumori; tale riduzione è stata dimostrata sia con delimitazione manuale che automatica (Tabella II). I tumori che hanno mostrato una riduzione volumetrica maggiore dopo RCT sono risultati in stadio ypT0 e ypT2 (Figura 3), ma non vi è correlazione statisticamente significativa fra riduzione tumorale e ypT.

Si è vista associazione tra riduzione del volume tumorale ed il GRT solo utilizzando la delimitazione manuale. Tale associazione non era statisticamente significativa. I tumori che hanno mostrato una riduzione volumetrica maggiore dopo RCT sono stati quelli con GRT 1 e 2; la riduzione volumetrica è stata meno evidente per quelli con GRT 3, 4 e 5 (Figura 4).

La determinazione dell'errore di misurazione si è basata sul calcolo del coefficiente di correlazione intraclasse che ha fornito un valore inferiore a 0,80 (correlazione quasi perfetta) solo per le misure con delimitazione automatica dopo RCT (Tabella III).

DISCUSSIONE

La valutazione della risposta locale alla RCT ha utilizzato vari metodi: l'esplorazione rettale, l'analisi volumetrica, la ristadiazione TN con tecniche d'immagine, la stadiazione ypTN, il GRT. La riduzione del volume tumorale con RCT preoperatoria è importante perchè favorisce il controllo locale della malattia, la conservazione della funzionalità sfinteriale con una chirurgia meno invasiva e la sopravvivenza globale.[6-9] La sua valutazione ha utilizzato vari metodi come l'esplorazione rettale e l'analisi volumetrica. L'esplorazione rettale è limitata relativamente alla riproducibilità e quantificazione. La misura bidimensionale dell'area tumorale nelle immagini tomografiche è più obiettiva dell'esame digitale. Ugualmente può essere imprecisa perchè molti tumori non sono sferoidali, ma masse irregolari. La tecnologia attuale consente di definire accuratamente il contorno tumorale e di ricostruire immagini tridimensionali della neoplasia per poterne misurare il volume reale. Però, l'analisi volumetrica del carcinoma rettale prima e dopo RCT è stata descritta raramente in letteratura. L'analisi dei nostri risultati di confronto fra misura TC dei volumi tumorali prima e dopo RCT ha confermato l'efficacia della RCT nel ridurre significativamente le dimensioni del carcinoma rettale. Tale rilievo trova conferma anche in lavori che hanno utilizzato la volumetria tumorale con RM.[10,11] La volumetria RM è la tecnica più usata, ma ha fornito risultati contrastanti relativamente alla riduzione del volume come fattore predittivo della risposta tumorale alla RCT. Alcuni autori hanno riportato una differenza significativa tra volume o percentuale di riduzione del volume tumorale e diminuzione dello stadio istopatologico. Gli stessi autori hanno anche osservato che la percentuale di riduzione del volume tumorale era significativamente differente nei diversi GRT.[10] Altri autori hanno concluso che, con RM, la percentuale di riduzione del volume tumorale non è correlata con lo stadio ypT né con il GRT perchè anche tumori rettali marcatamente ridotti di volume dopo RCT possono contenere cellule cancerogene.[11] Secondo tali autori, una spiegazione della differenza dei risultati potrebbe essere che nel primo studio sono stati arruolati più pazienti con stadio T3 (rapporto T4/T3 = 3,7) rispetto a quelli arruolati nel loro studio (rapporto T4/T3 = 27,6).[11] Comunque nel nostro studio, che ha arruolato più stadi T3 che T4 (rapporto T4/T3 = 0,2) e che ha utilizzato la volumetria TC invece della volumetria RM, la riduzione della massa tumorale non è stata predittiva dello stadio ypT e del GRT.

In conclusione, la misura del volume tumorale con TC è ripetibile sia nell'esame di base che nella rivalutazione preoperatoria dopo RCT e la volumetria TC conferma che la RCT neoadiuvante produce una riduzione significativa del volume tumorale. La misura TC della variazione del volumetrica del carcinoma rettale dopo RCT non è predittiva dello stadio ypT e del GRT e non può essere un elemento aggiuntivo nella pianificazione della terapia chirurgica.

BIBLIOGRAFIA

1. Jemal A, Murray T, Ward E, et al. Cancer statistics, 2005. CA Cancer J Clin 2005; 55: 10-30.
2. Shivnani AT, Small W Jr, Stryker SJ, et al. Preoperative chemoradiation for rectal cancer: results of multimodality management and analysis of prognostic factors. Am J Surg 2007; 193: 389-394.
3. Pomerri F, Pucciarelli S, Maretto I, et al. Prospective assessment of imaging after preoperative chemoradiotherapy for rectal cancer. Surgery. 2010 May 7 doi: 10.1016 / j.surg. 2010.03.025.
4. Dworak O, Keilholz L, Hoffmann A. Pathological feature of rectal cancer after preoperative radiochemotherapy. Int J Colorectal Dis 1997; 12: 19-23.

5. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977; 33: 159-174.
6. Kim DW, Kim DY,Kim T H, Jung KH, et al. Is T classification still correlated with lymph node status after preoperative chemoradiotherapy for rectal cancer? Cancer 2006; 106: 1694-1700.
7. Chan AKP, Wong A, Jenken D, et al. Posttreatment TNM staging is a prognostic indicator of survival and recurrence in tethered or fixed rectal carcinoma after preoperative chemotherapy and radiotherapy. Int. J. Radiation Oncology. Biol. Phys 2005; 61: 665-677.
8. Das P, Skibber JM, Rodrigues-Bigas MA, et al. Predictors of tumor response and downstaging in patients who receive preoperative chemoradiation for rectal cancer. Cancer 2007; 109: 1750-1755.
9. Berger C, De Muret A, Garaud P, et al. Preoperative radiotherapy (RT) for rectal cancer: predictive factors of tumor downstaging and residual tumor cell density (RTCD): prognostic implications. Int J Radiation Oncology Biol Phys 1997; 37: 619-627.
10. Kim YH, Kim DY, Kim TH, et al. Usefulness of magnetic resonance volumetric evaluation in predicting response to preoperative concurrent chemoradiotherapy in patients with resectable rectal cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2005; 62: 761-768.
11. Kim N K, Baik S H, Min B S, et al. A comparative study of volumetric analysis, histopathologic downstaging, and tumor regression grade in evaluating tumor response in locally advanced rectal cancer following preoperative chemoradiation. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2007; 67: 204-210.

Corrispondenza:

Prof. FABIO POMERRI
Istituto Oncologico Veneto - IRCCS
Sezione di Radiodiagnostica Oncologica
Via Gattamelata 64
35128 Padova
Tel: 049 8215653
Fax: 049 8215975
e-mail: fabio.pomerri@unipd.it

Testimonianze

Storie di donne, sessualità ed emozioni

STELLA DE CHINO

Fisioterapista e formatrice, Schio (Vicenza)

Ho sempre amato le storie. In particolare le storie di vita. Ho sempre condiviso le emozioni, mie e altrui. Diventare fisioterapista ha significato per me "allenarmi" al distacco. Mi era stato detto che non era professionale coinvolgersi e che farsi "contagiare" dal paziente e dai suoi vissuti era controproducente.

Così ho fatto per alcuni anni... o forse ho finto di fare. Spesso faceva capolino un fremito di gioia quando incontravo il sorriso di un paziente o di malinconia se lo vedevo abbandonare il suo percorso. Ma consideravo tutto questo marginale rispetto al mio lavoro.

Ho letto anni fa che nello sciamanesimo africano chi cura è stato prima colpito dal demone della malattia che cura, detto "*margai*". Ho avuto conferma della giustezza di tale pensiero sulla mia pelle…

Un parto un po' "violento" mi ha spinta a diventare terapeuta di me stessa e ad interessarmi di riabilitazione uroginecologica. Ho compreso che il mio processo di recupero si intersecava con la mia storia di vita, con le mie emozioni vissute e represse, con i miei amori e le mie esperienze sessuali. Mi sono resa conto che il mio "sentire" contava eccome e che comprendevo ora in modo diverso le problematiche femminili e che la mia naturale estroversione poteva essere uno strumento di incontro e non un limite.

La mia formazione in ambito pedagogico è stata in tal senso di grande aiuto. La laurea in Scienze dell'Educazione ad indirizzo extrascolastico mi aveva aperto porte che solo in seguito si sono rivelate utilissime. Nella ricerca qualitativa ho trovato infatti strumenti essenziali per penetrare il mondo femminile: l'osservazione partecipante, il diario riflessivo e gli scritti autobiografici.

E così ho iniziato a scrivere e a far narrare storie. Ho usato la scrittura per fare ricerca e per curare. La narrazione esistenziale è uno strumento pedagogico e terapeutico unico. Narrare di sé infatti implica "prendersi a cuore" la propria storia, guardarla con coinvolgimento e distacco allo stesso tempo… coinvolgersi per le emozioni che porta a galla il ricordare, mantenersi distaccati per il processo riflessivo proprio della scrittura.

Iniziamo questa rubrica con due casi o meglio con due storie di vita. La prima riguarda una donna con dispareunia e atrofia vulvare ed è stata scritta da me. La seconda invece è una testimonianza di una paziente di 35 anni che soffriva di impenetrabilità ed incontinenza: la giovane donna narra come sia uscita da entrambe le problematiche grazie ad un percorso di ascolto delle sue tensioni e di scoperta del suo corpo anche attraverso l'autoerotismo.

"Raccontare è iniziare a guarire".

TERESA: ADOLESCENTE A 70 ANNI!

Teresa entra nel mio studio con la sicurezza e la determinazione che una donna manifesta quando tiene molto ad una cosa. È morbida e intensa. Occhi azzurri e vivaci, un seno prosperoso e tanta grinta nel tono di voce. Velocemente mi narra che da quasi 10 anni non ha più rapporti con il marito a causa di un dolore che è diventato via via insopportabile. Racconta che ora dormono in stanze separate ma che a lei dispiace per lui perché la ama e non si merita tutto questo.

Le donne spesso vivono l'astinenza più come un peso per il partner che non per se stesse e questo l'ho sempre considerato un movente un po' inconsistente per una buona guarigione. Ma Teresa sta per dimostrarmi che non è così.

La visito e riscontro un'infiammazione del vestibolo ma soprattutto un'atrofia vaginale: per dirla semplice la vagina sì è ristretta ed irrigidita a causa della mancanza di rapporti.

Da dove partire?

Parliamo un po' e decidiamo di lavorare insieme per "conoscere" un po' meglio questa parte del corpo fonte di tanti dolori. Le insegno una forma di automassaggio per aiutarla a prendere confidenza con la zona dolente ed infiammata e le consiglio di iniziare ad usare un piccolo "ovetto", un cono vaginale per inserirlo in vagina all'apertura e far si che si allarghi un po'.

Oltre ad indicarle piccoli accorgimenti per rendere l'area più lubrificata e morbida la invito a parlarne anche con il marito e a coinvolgerlo nel suo cammino di scoperta.

Ritorna dopo un paio di settimane già notevolmente cambiata. È decisamente meno rigida sia fisicamente che mentalmente. Parlando sondo un po' il rapporto fra Teresa e il piacere e mi rivela di aver sempre avuto emozioni controverse: curiosità da un lato e senso di colpa dall'altro. Mi dice: "mio marito è molto più aperto di me, ma io ho delle resistenze a lasciarmi andare al piacere". Una forma di bisogno di "controllare" la situazione sembra frenarla…le chiedo se le va di venire con il marito la volta successiva per affrontare anche questo tema. Ed è così che giungono insieme nel mio studio. Mi emoziono sempre quando devo seguire delle coppie: una sorta di stupore e rispetto mi fa sentire "onorata" dallo schiudersi a me di un universo tanto delicato ed intimo. Il mio non è il ruolo della sessuologa che dà consigli ma mi considero una sorta di "levatrice" del piacere: mi intriga pensare di poter aiutare le persone a riscoprire l'amore fisico.

Li osservo: sono simili di corporatura e movenze. Lui più quieto di lei, ma con lo stesso sguardo vivace. Spiego al marito, che da ora chiameremo Paolo, che sarebbe bello che la aiutasse a scoprire meglio quella parte del suo corpo e consiglio ad entrambi di leggere il libro "IL PUNTO G" degli Zadra (una coppia che si occupa di tantra).

Li invito inoltre ad andare a acquistare le "palline dell'amore", una sorta di gadget erotico che a noi serve per distendere ed ammorbidire ulteriormente la zona vaginale.

Con mia sorpresa si dimostrano molto aperti e disponibili a proseguire nella ricerca.

Li rivedo sempre dopo un paio di settimane ma stavolta c'è un po' di tensione: lei dice che lui le ha fatto il massaggio troppo frettolosamente e ha letto "poco" il libro, lui nega e si punzecchiano a vicenda. Ci sono abituata…so che non sono percorsi facili soprattutto all'inizio.

Con molta naturalezza mi ritrovo a dire delle cose che direbbe un'amica di famiglia..."vedi Teresa, è comprensibile che lui dopo anni di rifiuti si senta un po' ferito… ma tu Paolo…devi avere enorme cura e delicatezza…pensa che la sua paura del dolore è REALE come reale è sempre stato il suo dolore. Non aver fretta di penetrarla e soffermati con quella tenerezza che tanto le manca…lo sai che mi ha detto che l'ultimo bacio glielo hai dato tre anni fa nell'occasione della morte di un parente?"... Sorride... e capisco che ha capito.

Stern, uno psicologo di fama, sostiene che ci sono attimi, in un percorso di cura, in cui uno sguardo, una stretta di mano, una parola, sembrano esprimere "*lo so che tu sai che io so*" e in quel momento io lo percepisco con entrambi. Una sorta di complicità oltre l'alleanza terapeutica, che riguarda il lato "umano" di ognuno di noi tre.

Escono e penso che qualcosa di bello sta per accadere.

La volta dopo lei torna da sola: sorride soddisfatta. Finalmente... dopo anni... hanno fatto l'amore! Mi dice che non ha sentito dolore però il giorno dopo le è venuta una cistite. "Cistite da luna di miele" le dico... dopo tanto tempo l'afflusso di sangue hai tessuti e lo sfregamento può provocarla.

Le dò dei consigli fitoterapici e la invito a tornare un'ultima volta con il marito.

Ed eccoci alla scena finale: sornioni entrano nel mio studio. Teresa con fierezza mi guarda e dice "Stavolta tutto bene… nessun dolore né durante né dopo"...guardo lui e mi sembra uno che ha vinto tre lotterie, dentro di me e fuori di me esulto per loro! Alla faccia del distacco li abbraccio entrambi. Parliamo un po' poi prima di uscire Teresa mi guarda con malizia e mi dice "Però ora... vorrei provare più piacere… mi sento adolescente a settant'anni!" .

L'AUTOBIOGRAFIA COME STRUMENTO DI CURA: ROBERTA RACCONTA SE STESSA

Roberta, 35 anni, soffriva da alcuni anni di dolore ai rapporti (mai completi) e incontinenza. Non presentava ipotonia ma anzi un quadro di contrazione del terzo esterno della vagina. La narrazione che segue descrive le due fasi del suo percorso di auto guarigione: la prima è stata scritta dopo le prima 4 sedute di riabilitazione e la seconda alla fine del percorso.

«Il mio era un problema di incontinenza e, da un punto di vista sessuale, impenetrabilità.

Ero comunque determinata a risolvere la situazione evitando (o posticipando se inevitabile) l'ausilio di salva-slip più o meno profumati e più o meno indicati allo scopo. Ho notato dei decisi miglioramenti al mio problema di incontinenza con l'uso del cono vaginale e i trattamenti urogenitali. Già dalla prima seduta, e dai primi usi del cono a casa, sono quasi scomparse le perdite giornaliere. Sono diventata più responsabile nell'andare in bagno più frequentemente durante la giornata così da evitare l'anestesia allo stimolo a cui ero soggetta. Permane ancora un'incontinenza notturna che noto quando mi alzo alle primissime luci del giorno per andare in bagno. Solitamente uso il cono prima di andare a letto e mi ha sorpreso molto il cambiamento della qualità del sonno (molto più profondo e riposante) che ho avuto le prime sere di trattamento.

Nonostante la lubrificazione del cono, il suo inserimento, e l'estrazione poi, risultano per me le fasi più delicate e fastidiose. Una volta in sede, e per la durata del trattamento, diventa una presenza piacevole. A cono inserito, la vocalizzazione "AUM" mi permette di consapevolizzare il movimento della vagina. Mi sono resa conto che, nel vocalizzo della "A" la vagina non solo si apre ma l'apertura ha una direzione verso l'esterno. Su indicazione della fisioterapista ho prestato particolare attenzione alla vocalizzazione della "U" perchè, durante il trattamento in studio, risultava la fase meno sensibile in cui quasi perdevo la percezione. A livello anatomico credo corrisponda proprio alla zona in cui era concentrata la maggior parte della tensione. Ora, quando vocalizzo la "U", non solo percepisco il cambiamento di direzione nel movimento di quel tratto di vagina, ma riesco anche a sentire il profilo centrale del cono.

Direi che il percorso risolutivo che ho affrontato sia riassumibile in quattro tappe fondamentali, la prima legata alla consapevolezza. Mi sono resa conto che ritenevo lecito entrare in relazione con questa particolare parte del mio corpo SOLO attraverso la mediazione data dall'incontro intimo con l'altro sesso (confesso che l'idea di autoesplorarmi penetrandomi con le mie dita un po' mi disorientava)... cosa curiosa: nel frattempo nella mia vita non si presentavano incontri particolarmente speciali dove potesse avvenire la "mediazione" tanto sperata. Nell'affrontare il problema "incontinenza" (seppur lieve) ho dovuto assumermi innanzitutto la responsabilità di creare io stessa una relazione/dialogo con la mia zona perineale e non delegare questo a qualcosa al di fuori di me (un uomo o un rapporto sessuale).

L'uso del cono mi ha portato in una prima fase a prendere consapevolezza della tensione presente in zona perineale, di affrontarla successivamente, arrivando a posizionare il cono proprio nella zona in cui si concentrava la tensione (inizio della vagina). L'aggiunta di questo strumento mi ha portato a ottimizzare anche l'efficacia del vocalizzo... l'identificazione della tensione, la sua localizzazione e la determinazione ad affrontarla lavorandoci con il cono in sede, è stato un processo che è andato avanti di pari passo con la dimensione emotiva: dove ho dovuto mettermi faccia a faccia con una serie di paure (del dolore fisico, di non essere rispettata se esprimevo i miei bisogni, del lasciarsi andare, del rimanere incinta, del fidarsi di dimensioni "sagge" di noi che non si esprimono con il linguaggio della logica,...). Curioso che proprio in questa fase di "assunzione di responsabilità" nel voler affrontare le mie paure mi arrivi una telefonata da molto lontano in seguito alla quale è avvenuto un incontro "molto" speciale.

L'incontro con l'altro: devo dire che a questo punto c'è stata una nuova rivoluzione copernicana dentro di me riguardo le mie credenze e le mie certezze in ciò che ha a che fare con le relazioni di coppia. Mi si è presentata infatti la possibilità di incontrare un uomo al di fuori delle mie aspettative. Non la chiamo "relazione" in quanto non ha niente a che vedere con una sorta di progettualità di coppia, un voler costruire un "noi" da consolidare in una qualche etichetta ecc.. e la cosa che mi ha sorpreso di più è stata il rendermi conto che proprio questo per me, nella maniera in cui la sto vivendo, sia veramente ciò di cui ho bisogno ora. Non sarei in grado infatti in questo momento di appesantire questa fase veramente esplorativa di nuove dimensioni di me (fisiche ed emotivamente ancora tanto cariche) con l'impegno di dare una direzione ben precisa (e rientrante in canoni convenzionali) al senso di quello che viene condiviso fra me e questa altra persona.

Superata l'impenetrabilità, da un punto di vista fisico, i rapporti sessuali, conservavano la presenza di tensione nella parte iniziale della vagina e nella parte alta verso il collo dell'utero che si è allentata piano piano col tempo.

L'uso del vibratore: confesso che avevo sempre considerato il vibratore un aggeggio per gente particolare e quindi non certo un acquisto da fare! Devo dire che, invece, si tratta di uno strumento che mi ha permesso un processo graduale di consapevolezza, rilassamento e sensibilizzazione di tutta la vagina. Ora riesco a riconoscere e sentire persino la zona spugnosa sul tetto del canale vaginale che precede e contiene il punto G e raggiungo l'orgasmo anche durante il rapporto sessuale.

Per approfondire:

1. Peter Alheit, Stefania Bergamini, 1996, *Storie di vita*, Guerini studio.
2. Laura Formentini, 2001, *La formazione autobiografica*, Guerini Studio.
3. Byron J. Gold, 2002, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico- paziente*, Edizioni di comunità.

Corrispondenza:

STELLA DE CHINO
Via Righi 32
Schio (VI)
info@stelladechino.net

Defecazione ostruita: ostruzione del retto o dell'anima?

Questa è la sintesi del racconto di una paziente. Una storia drammatica per i vissuti in famiglia e nel lavoro e sgradevole per la gestione medica del caso. La paziente ha voluto verificare le indicazioni ad un intervento propostole per defecazione ostruita e per un prolasso rettale tra l'altro rivelatosi del tutto inesistente. L'anamnesi attenta ha evidenziato una di quelle realtà estreme ma non eccezionali, in cui l'intestino funge da specchio dell'anima. La storia è anche emblematica di una malasanità che noi riteniamo spesso artificiosa. Tuttavia imperizia e malafede non di rado sono in agguato.

Scrivere la propria storia ha aiutato la paziente a ritrovare se stessa, recuperando il rapporto con la madre e a rendersi conto della natura del suo problema intestinale, un problema di certo non chirurgico.

Ghislain Devroede in "Ce que les maux de ventre disent de notre passé" *(Payot Ed., Paris, 2002, pagg.1-311) nel capitolo sulla comunicazione non verbale ribadisce come il medico sia spesso sordo e cieco al linguaggio del corpo. Il libro (recensito in Pelviperineologia 2005; 24:136 e diviso in sei capitoli: le parole del ventre, la linea della vita, la memoria del feto, mal di pancia e abusi sessuali/e lo chiamano amore, le parole del silenzio, la malattia come memoria del passato) aiuta ad interpretare ciò che si può nascondere dietro stipsi, dolore addominale cronico, diarrea, mettendo in evidenza le innumerevoli e spesso ignorate interazioni tra l'*avanti *e il* dietro*, tra le funzioni urinarie, sessuali, riproduttive e digestive che la medicina considera in genere separatamente. L'addome, soffrendo. esprime sovente ciò che l'individuo* non può *nominare. Ecco che si rende necessaria una* visione integrata *non solo del pavimento pelvico ma della persona nella sua completezza.*

Giorgio Bert in "Medicina narrativa, storie e parole nella relazione di cura" *(Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2007, pagg. I-XII, 1-287) sottolinea come la medicina narrativa non sia una disciplina pari a biochimica o semeiotica, ma piuttosto "un atteggiamento mentale del medico che deve consentire di esplorare un territorio di cui si sa poco o niente, ossia il mondo dell'*altro*, del paziente. Un mondo in cui parole e concetti hanno spesso significati molto diversi da quelli che siamo abituati a considerare veri, razionali, logici". La semeiotica strumentale e la tecnologia non possono certo sostituirsi alla valutazione della storia personale e intima dei pazienti e di tutta la persona, soprattutto nelle malattie cosiddette funzionali. G.D.*

«Tutto ha avuto inizio una quarantina di anni fa quando nacqui in compagnia del mio gemello Antonio. Fui io a fare capolino su questo mondo che tanto mi ha regalato, tranne che la tranquillità e la felicità. Quando emisi il primo vagito, mia madre chiese: "dottore è un maschio?", il medico "no, una femmina" e lei: "mannaggia!" Quando avevo appena sette anni ebbe la sensibilità di raccontarmelo e ciò mi diede tanta sofferenza. La sua preferenza per i maschi me l'ha marcata per tutta la vita. Prima che nascessi, poverina ne aveva persi due di maschi, infatti le perdonai questa preferenza, ma non le ho mai perdonato come ha allevato il suo primo figlio T., uno *stronzo* irriconoscente che ha succhiato per una vita intera i miei genitori…, ma per mamma i maschi possono osare tutto, tutto gli è dovuto, e anche a 80 anni non ha mai cambiato idea. Ogni premura, carezza andava a T. mentre noi gemelli sin da piccoli ci han fatto lavorare. La casa era un inferno per me. Mamma mi faceva anche picchiare da T. Le prendevo senza capire e quando mio padre, un vigile urbano, tornava cercavo in lui protezione, ma non capiva! Io ero colpevole di tutto il negativo che circolava in quella casa. Botte, umiliazioni. Con mamma ero servile, mendicavo affetto ma venivo su aggressiva, praticavo sport di forza per sfogare quella rabbia che si alimentava ogni giorno di più.

A 24 anni ottenni un posto in una multinazionale come autista di auto blindate. Vivevo in camere in affitto con delle studentesse, cambiando spesso poiché anche la convivenza con gli estranei è stata problematica. Al lavoro ero l'unica donna e dal primo all'ultimo giorno mi hanno mobbizzata. Una donna giovane con quel ruolo, dà fastidio. Quando il gioco iniziò a farsi pericoloso scappai, chiedendo il trasferimento.

Nel 2002 mi fratturai una gamba sul posto di lavoro. Per due mesi, con il gesso e in convalescenza, mamma non venne a trovarmi una volta, soffrii per il suo comportamento, mi chiedevo come lei fosse indifferente al mio dolore o al bisogno di non vedere una figlia che stava male. Poi mi dovetti operare di una presunta fistola vicino alle parti intime. Mi operò nel suo ambulatorio un chirurgo con il laser. Credo fosse un incompetente poiché aveva scambiato un canale di pus provocato da un pelo, per fistola. Quando comunicai l'operazione a mia madre, chiedendole se mi accompagnava, mi disse: "Hai tanti amici, vai con loro, a me queste cose danno fastidio". Mi appoggiai allo stipite della porta con un gran giramento di testa e un tonfo di fuoco nello stomaco. Quel tonfo di fuoco mi era ormai familiare da anni, lo sentivo sempre quando ricevevo ingiurie, ingiustizie e botte in famiglia. Quella volta ebbi *la sensazione che gli intestini si stessero attorcigliando!*

Da bimba ho visto sempre scene terrificanti, papà, alcolista, che picchiava mamma, io prendevo le sue difese, ma quando mi sentiva starnutire o tossire mi diceva: "Non ti ammalare che non ti curo". La mia vita è stata un inferno!

Nella grande città tutto cambiò come per magia. Fui subito ben voluta da tutti i colleghi e i superiori. Ero coccolata e valorizzata. Conobbi la dottoressa B., gran donna, che mi trattava come una figlia. Dico "era" perché ora non c'è più. La sua morte mi ha messo in ginocchio! Quando decisi di andare a visitare la sua tomba *subii un blocco. Non riuscivo ad andare più in bagno a defecare*. Combattevo con la mia stitichezza tutti i giorni. Mi trasferii in un'altra città, ma stavo malissimo, ogni giorno clisteri. Seguirono anni di visite e accertamenti in un grande ospedale universitario. Ho speso tanti soldi senza risolvere niente, anzi, avevano plasmato la mia mente facendomi credere che io avessi bisogno di un intervento chirurgico con le suture meccaniche. Sono rimasta a lungo nella lista dei ricoveri per essere operata per rettocele, enterocele e non so cosa altro mi avessero diagnosticato

A salvarmi, lei… la mia cara dottoressa B. Decisi di telefonare a sua sorella, medico, che subito mi ha indirizzata in un ospedale dove sono stata visitata il giorno dopo. Non mi sembrava vero visto che in precedenza dovevo farmi raccomandare o aspettare tempi lunghi o pagare, pagare… Mi fu detto che non avevo bisogno di operarmi, e che sarebbe stato utile di cercar di raccontare la mia storia. Questa storia. Cominciai a sentirmi meglio.

Un giorno vengo avvisata che mamma, diabetica, è all'ospedale con scompenso, blocco renale, gangrena del piede. L'ho subito raggiunta e la notte passata accanto al suo letto ho visto in lei la faccia della morte. Durante quella notte ho avuto un bruciore tremendo al centro dello stomaco, sotto i seni, come se mi perforasse la schiena. *Quella palla di fuoco si spostò per tutta la pancia per poi*

abbandonarmi in uno stato di paura. La mattina dopo, il miracolo…. Defecai da sola, spontaneamente, finalmente senza clisteri. Le feci erano fluide, morbide e consistenti, non più caprine. Tutte le notti ero accanto a mia madre, tutte le mattine andavo in bagno spontaneamente. Lei quella notte del "miracolo" mi disse stringendomi la mano "ti voglio bene". Quello scambio di affetto e amore che avrei sempre voluto con mia madre l'ho realizzato nel suo letto di ospedale. E lei che per tanti anni aveva sempre rifiutato le mie malattie, mi aveva portato ad accettare le sue e ad accudirla.

Il perdono fu immediato, tutto in quella sera. Ho pregato per lei, finalmente potevo comunicarle il mio bene. Purtroppo le hanno amputato la gamba, la gangrena ormai aveva lavorato troppo.

Ora sono in aspettativa, senza stipendio, e *con la cacca fino al collo …. quella cacca che mi ha fatto tanto penare e che adesso desidero sia sempre presente nella mia vita!* Ma non non me la prendo con nessuno, e sento una pace dentro. Non fa niente se non ho soldi, l'importante è avere l'affetto di familiari e quello di amici, ne ho tanti, sparsi per l'Italia. Faccio parte di una ONLUS, si fanno concerti e spettacoli per raccogliere fondi per i malati. Mi impegno tuttora ad organizzare gare di arti marziali e spero di poter collocare mamma in qualche casa di riposo a nella città dove lavoro, per poterla seguire e darle un po' di felicità negli ultimi anni della sua vita. Anche lei è stata una vittima della sua famiglia. Il luogo dove avvengono più violenze è la famiglia. Purtroppo non per tutti la famiglia è un luogo di amore e protezione!".

Annuncio

Gentile Lettore,

Pelviperineology / Pelviperineologia è un giornale specialistico a libero accesso nel web, che nel 2011 ha ricevuto oltre 117.000 visite tramite i siti **www.pelviperineology.org** *e* **www.pelviperineologia.it**.

La generale riduzione delle risorse finanziarie e la necessità di migliorare le modalità di diffusione del giornale nel web, via ormai considerata prioritaria, rende indispensabile che la versione su carta giunga solo a chi è veramente interessato. Alcune Aziende continueranno a distribuire un limitato numero di copie a titolo promozionale, tuttavia per ricevere con certezza la versione su carta è necessario:

1) *inviare una email a* **subscriptions@pelviperineology.org** *indicando cognome, nome, indirizzo per la spedizione, codice postale e specialità, considerando che l'indirizzario utilizzato per l'invio dei fascicoli fino al 2010 viene annullato;*
2) *versare una quota annuale di € 25,00 all'Integrated Pelvic Group tramite Paypal (vedere istruzioni sul sito) o tramite bonifico bancario sul conto corrente con IBAN: IT 83G 03075 01603 CC 8000314510.*

L'indirizzario utilizzato per l'invio dei fascicoli viene annullato e il giornale verrà inviato solo a chi lo avrà espressamente richiesto con le modalità sopra riportate.

Gli Autori delle pubblicazioni e i collaboratori alla redazione continueranno a ricevere gratuitamente la copia su carta del giornale.

Siamo certi che questa decisione otterrà il consenso di chi apprezza il nostro impegno editoriale nel sostenere la cultura multidisciplinare del pavimento pelvico.

L'Editore

UROMAT S.r.l.
STRUTTURA CERTIFICATA SECONDO LA NORMATIVA UNI EN ISO 9001:2008
Forniture per Endoscopia e Chirurgia - Consulenza e Assistenza Tecnica - Riparazioni
Via Nicolò Copernico, 7 - 35124 PADOVA - Tel. 049/8800550 - Fax 049/6800999 - E-mail segreteria@uromat.it
EMS TONTARRA BARRY SOPRO COMEG

SOCIETÀ ITALIANA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

PROGETTO EDUCAZIONALE NAZIONALE IN UROGINECOLOGIA

La Motivazione

Rendere omogenei, attraverso il confronto, i programmi didattici indirizzati agli Specialisti interessati alla fisiopatologia del Pavimento Pelvico:

- Ginecologi e Ostetrici
- Urologi
- Chirurghi Colo-Rettali
- Medicina Fisica e Riabilitazione

L'Obiettivo

Divulgare lo "stato dell'arte" inerente il percorso diagnostico ed il trattamento delle disfunzioni pelviche femminili secondo gli aggiornamenti delle Commissioni Internazionali:

- ICS International Continence Society
- ICI International Consultation on Incontinence.

Finalità

Formare e aggiornare Specialisti competenti nella fisiopatologia del Pavimento Pelvico

Strutturazione :

- A) Corsi educazionali (didattica)
- B) Corsi formativi (chirurgia)
- Sono previsti 5 corsi per ogni tipologia nel 2012 e altrettanti nel 2013

2012

Corsi formativi: Novara (U), Bergamo (O), Monza (U), Roma (O), Catanzaro (U), Padova (P)

Corsi educazionali: Palermo (O), Bari (U), Rimini (O), Cagliari (U), Matera (O)

2013

Corsi formativi: Milano (U), Benevento (O), Udine (U), Magenta (O), Firenze (U), Padova (P)

Corsi educazionali: Carpi (O), Brescia (U), Torino (O), Genova (U), Lecce (O)

Programma Scientifico Corso Educazionale
I DISORDINI DEL PAVIMENTO PELVICO

IL PERCORSO CLINICO DAI SINTOMI AL TRATTAMENTO

INCONTINENZA URINARIA e VESCICA IPERATTIVA

Epidemiologia
La storia clinica

Il "Work-Up" Diagnostico

Urodinamica
Imaging e endoscopia

INCONTINENZA URINARIA e PROLASSO UROGENITALE

Valutazione Clinica del Prolasso Urogenitale:
I difetti fasciali, Halfway System, POP-Q (video)

Il trattamento
Farmacologico
Riabilitativo
Chirurgico

INCONTINENZA ANALE e DEFECAZIONE OSTRUITA

Criteri clinici e strumentali di classificazione ed opzioni di trattamento

OUTCOME e QUALITA' DI VITA

Strumenti e criteri di misura

Il futuro del Progetto SIGO. In Italia non esiste attualmente alcun programma didattico/formativo standardizzato riguardante le disfunzioni del pavimento pelvico, finalizzato ai Corsi di Laurea, alle Scuole di Specialità, alla acquisizione della "subspecialty".

Proposte. Formulazione di programmi codificati per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e per la Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, Urologia e Chirurgia, Medicina Fisica e Riabilitazione in accordo ai programmi di altri Paesi UE. Stesura di un progetto di formazione post-specialistica (subspecialty) in Uroginecologia *(come peraltro già esistente nel Regno Unito, Canada, Australia e Nuova Zelanda),* che possa servire da progetto pilota anche per la ginecologia oncologica, la medicina fetale, la fertilità, la perineologia.

***Educazione Continua in Medicina (ECM).* Sviluppo Scientifico**

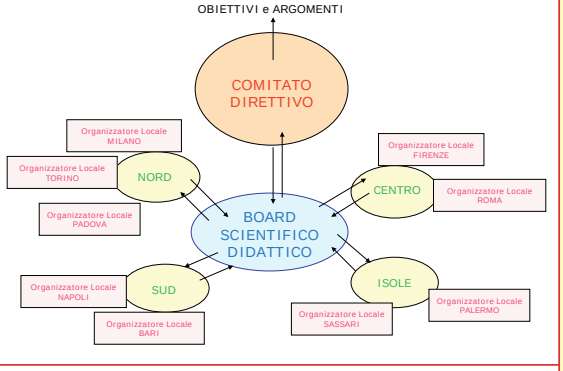
Formazione di un Board di Clinici facenti parte dell' **AIUG, SIPUF**, **SICCR, SIUD, GLUP, SIGO** che definisce gli obiettivi scientifici e il piano didattico/formativo. Detto Board costituisce il **Comitato Direttivo** del progetto: SIGO Prof N. Surico. AIUG Dott. A. Perrone, SICCR …, SIUD Dott. S.Sandri, SIPUF Prof. M. Porena, GLUP Dott. M. Meschia

Individuazione e coinvolgimento da parte del Comitato Direttivo di specialisti del settore (12 persone) per condivisione e diffusione negli incontri sul territorio degli standard identificati nel programma didattico.
Tali specialisti formeranno il **Board Scientifico Didattico**
Possibili candidati: Biroli -Cappellano -Carone - Di Benedetto - Dodi - Costantini - Meschia - Minini - Salvatore -Soligo -Trezza -Tubaro

Identificazione delle Sedi e degli Organizzatori sul territorio nazionale per gli incontri didattici e chirurgici
Indicativamente vengono proposte per i corsi chirurgici:
Bergamo Frigerio, Milano Candiani, Benevento Trezza, Monza Milani, Novara Surico, Sassari Dessole, Catanzaro Zullo, Roma Cervigni, Magenta Meschia, Udine Marchesoni, Padova Dodi

Identificazione delle sedi e degli organizzatori sul territorio nazionale per gli incontri didattici e chirurgici
Vengono proposte le seguenti sedi per la didattica: Bari/Cicinelli, Lecce/Perrone, Brescia/Sartori, Matera/…, Carpi/Marchesin, Palermo/Alio, Firenze/Marchionni, Rimini/Battagliarin, Genova/Costantini, Torino Del Tetto.

Diffusione negli incontri sul territorio nazionale da parte degli Organizzatori Locali coinvolti – affiancati dai membri del Board Scientifico Didattico – degli standard di lavoro riguardanti le tematiche prestabilite.



Educazione Continua in Medicina

Step Organizzativi

Riunione COMITATO DIRETTIVO
AIUG, SIGO, SIPUF, SIUCP, SIUD, GLUP
condivisione del progetto e dei contenuti scientifici,
definizione degli obiettivi e dei programmi,
identificazione e valutazione dei membri del Board Scientifico Didattico,
sedi e Organizzatori Locali

Riunione COMITATO DIRETTIVO e BOARD SCIENTIFICO DIDATTICO
presentazione del progetto e dei contenuti scientifici
definizione calendario e sedi dei corsi
definizione materiale scientifico didattico: presentazione e discussione
sviluppo scientifico della giornata sul territorio: scaletta delle relazioni, relatori ecc

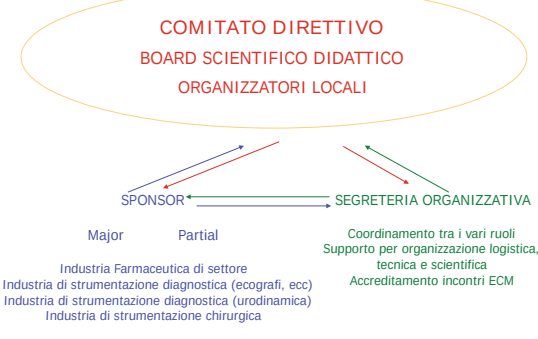
Educazione Continua in Medicina

Step Organizzativi

Riunione collegiale del
COMITATO DIRETTIVO, BOARD SCIENTIFICO DIDATTICO
e ORGANIZZATORI LOCALI
presentazione del piano incontri e consegna materiale didattico
condivisione del canovaccio delle presentazioni scientifiche
durante gli incontri sul territorio

Svolgimento dei Corsi E.C.M. sul territorio
(durata una giornata, partecipazione di 50 specialisti)

Questi Corsi potrebbero diventare appuntamento annuale nelle varie sedi
come momento permanente di aggiornamento e formazione



Per informazioni: Prof. RODOLFO MILANI - Tel. 039 233 9508/7 - rodolfo.milani@unimib.it

DEFECAZIONE OSTRUITA DA DISSINERGIA. INCONTINENZA. VAGINISMO

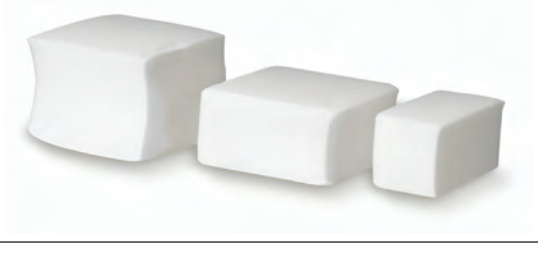
PRAP 2000 è uno strumento semplice e preciso per la valutazione oggettiva e ripetibile delle capacità contrattili e di rilasciamento degli sfinteri tramite il **Test della Sfera Solida**. La **PP Sphere** è una sonda ovalare monouso con cui, attraverso la valutazione della resistenza di attrito, a livello anale si possono ottenere i dati proporzionali sia alla pressione di contrazione volontaria (valutazione dello sfintere esterno) che alla pressione a riposo (valutazione anche dello sfintere interno).
Si può valutare e misurare sia un ipertono anale che l'incapacità a contrarre e/o rilasciare adeguatamente lo sfintere esterno (**anismo/dissinergia sfinterica**), così come l'incapacità a rilasciare la muscolatura pelvica in alcune forme di **vaginismo**.
Una volta inserita la sfera nell'ampolla rettale (in caso di stipsi o incontinenza fecale) o in vagina (in caso di difetto della muscolatura del pavimento pelvico con incontinenza urinaria e prolasso genitale) si introduce il gancio del PRAP 2000 nell'anello della sonda; si accende PRAP 2000 e si azzerano i valori di PET (Peak Effort Traction) sul display. A questo punto è possibile eseguire un'analisi dettagliata che si articola in 3 fasi (Test della Sfera Solida): la prima prevede l'estrazione della sonda con i muscoli contratti, la seconda in ponzamento e la terza a riposo...
L'elaborazione dei valori visualizzati sul display determina la scelta della terapia più idonea da consigliare al paziente, con la possibilità che il/la paziente utilizzi un suo strumento anche a domicilio.

PRAP 2000 (Pelvic Rehabilitation Active Passive) e PP (Push & Pull) Sphere, per la valutazione della capacità contrattile e di rilasciamento della muscolatura del pavimento pelvico. Il segnale elettrico reso disponibile dal PRAP 2000 varia tra 0 e 2,4 Volt circa, per uno sforzo di trazione che va da tra 0 a 2000 PET

1) Azpiroz F, Enck P, Whitehead WE. Anorectal functional testing: review of collective experience. Am J Gastroenterol 2002; 97: 232-40.
2) Guerette N, Neimark M, Kopka SL, Jones JE, Davila GW. Initial experience with a new method for the dynamic assessment of pelvic floor function in women: the Kolpexin Pull Test. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2004; 15: 39-43.
3) Cavallari F, Dodi G., Test della sfera solida: validazione metodologica e dati preliminari nella stipsi da anismo. Pelvi-Perineologia 2004; 23: 132-135.

DETERSIONE MECCANICA NELLE FERITE DA FISTULECTOMIA

Nella gestione delle ferite di estensione variabile per superficie e profondità da fistulectomia la detersione meccanica delle secrezioni è considerata fondamentale per la guarigione.
La spugna biocompatibile monouso **SPONGY** è indicata dopo che lo zaffo apposto in sala operatoria per l'emostasi viene eliminato. La spugna dopo alcune ore di applicazione risulta essere intrisa di secrezioni che penetrano in ogni sua parte. La sostituzione della spugna nella ferita ogni 6-8 ore consente l'evacuazione frequente delle secrezioni sierose o fibrinose o purulente e facilita in modo sorprendente il processo di granulazione del tessuto riparativo.
La spugna viene fornita in blocchetti sterili, di varie dimensioni, che possono essere inumiditi con soluzione fisiologica. Il medico la prima volta modella con le forbici la spugna in base alle dimensioni e alla forma della ferita e la applica all'interno della ferita stessa in modo che aderisca ai bordi. Il paziente successivamente potrà sagomare in modo simile le altre spugne che, via via, avranno dimensioni progressivamente minori. Con il ridursi delle dimensioni della ferita, l'introduzione è meno agevole ma mai dolorosa.
Con un controllo settimanale o quindicinale il medico valuterà il grado di guarigione della ferita.



Spugna biocompatibile monouso in poliuretano idrofilo, di tre misure, per la gestione delle ferite che guariscono per seconda intenzione

sapimed S.p.A.
Alessandria (Italy) - www.sapimed.com - info@sapimed.com

EuPelvis

Scuola Riabilitazione del Pavimento Pelvico

Il mio corpo e' più
del mio corpo.

Io non ho un corpo,
io sono un corpo.

Emmanuel Mounier

4° Edizione
Marzo 2012

Milano - Roma

Un nuovo programma di formazione che si integra in un più ampio progetto caratterizzato dalla promozione a livello nazionale della tematica del «perineo sano».

1) Creazione di una rete territoriale di operatori, formati per la diagnosi, la prevenzione e la riabilitazione.

2) Promozione del servizio e della sensibilizzazione dell'utenza, grazie all'intervento di alcuni portali web nazionali e alla messa online di un nuovo test di autovalutazione perineale.

L'approccio multidisciplinare ed esperienziale, le ampie tematiche affrontate e la struttura organizzativa nazionale, contraddistinguono il progetto EuPelvis.

Progetto rivolto a Medici, Ostetriche, Fisioterapisti .
Dettagli progetto : www.eupelvis.

Formatori

GIUSEPPE DODI	Professore Associato Università di Padova
STELLA DE CHINO	Fisioterapista
LINA GIULIANA PECI	Ostetrica

In collaborazione con

Centro Pelvi	cura malattie pavimento pelvico
Ginecologia.it	portale del settore medico
Mammole.it	comunità delle mamme natural
Ostetrica.it	comunità delle ostetriche
Pelvifit	coni vaginali di riabilitazione
Pelviperineologia	

INFO: WWW.EUPELVIS.IT

Negli ultimi trent'anni l'interesse per l'area pelvica e le sue disfunzioni è andato via via crescendo.
Le figure coinvolte in questo processo di sensibilizzazione e cura, sono molteplici e spesso non coese.
Sino ad ora si è sempre incentrato l'approccio sulle tecniche, perdendo di vista i vissuti della donna e trascurando tutte quelle problematiche che rivestono un profondo e significativo impatto emotivo.
Nasce così EUPELVIS, un progetto che pone come obiettivo la creazione di una rete di operatori sanitari formati con un approccio più "globale" ed empatico superando così la scissione tra le figure professionali, per condividere le esperienze e le conoscenze, con la piena integrazione delle diverse anime.
L'educazione e la riabilitazione perineale procedono affiancate affinchè prevenzione e cura abbiano una continuità di intenti.

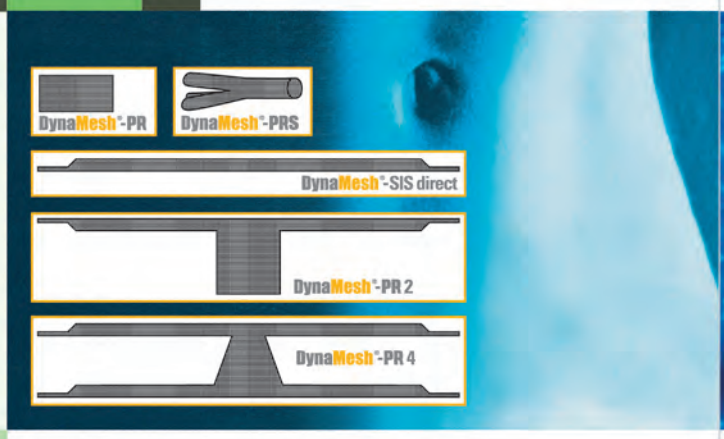
Gli obiettivi del corso sono:
- Favorire la conoscenza della "complessità" del pavimento pelvico nella promozione della salute della donna.
- Sviluppare le conoscenze teoriche in tema d'insufficienza perineale nelle sue molteplici manifestazioni e nei fattori che ne favoriscono l'insorgenza.
- Sperimentare un approccio corporeo come risorsa per sviluppare consapevolezza alla cura di sé.
- Favorire riflessioni sulle peculiarità dell'approccio terapeutico.

il portale di ginecologia
Ginecologia.it

Centro Pelvi

Pelvifit

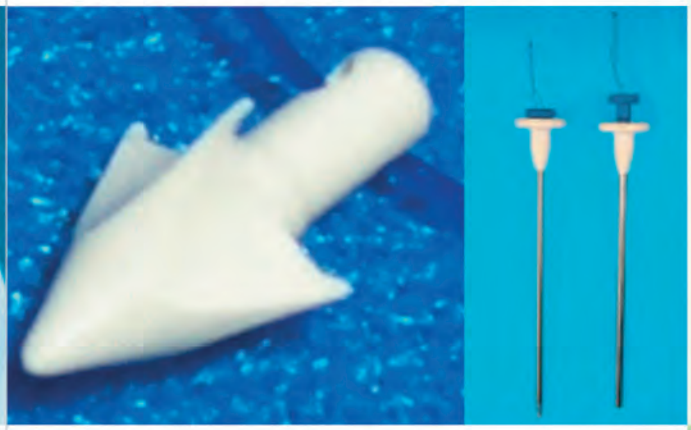
DynaMesh®-PR



Reti Chirurgiche
per Ricostruzione
del Pavimento Pelvico

100% PVDF

CONTASURE ANCHORSURE



Nuova tecnologia minimamente invasiva
per la riparazione del pavimento pelvico
con ancoraggio regolabile.

neomedic international
The Continence Company

PER INFORMAZIONI:
Distrex
PARTNER IN CHIRURGIA

Via P. Donà, 9 • 35129 Padova
Tel. 049/775522 • Fax 049/8073996
www.distrex.it • e-mail: infodistrex@distrex.it

**SISTEMA DI MONITORAGGIO
DELLA FUNZIONE CARDIACA E DELLO STATO DEI FLUIDI
METODICA MINI-INVASIVA
CON SONDA DOPPLER ESOFAGEA**

Risposta in tempo reale alle variazioni
delle condizioni cliniche del paziente.

Visualizzazione, battito su battito,
dei parametri critici del paziente,
inclusi valori di precarico,
contrattilità e postcarico.

Trattamento rapido e mirato dei fluidi.
Ottimizzazione della gittata sistolica e cardiaca.
Riduzione delle complicanze post-chirurgiche.

Medival

Medica Valeggia S.p.a.
Via P. Donà, 9 - 35129 Padova - Italy
Tel. +39/049-775477 r.a. Fax +39/049-775884
www.medival.it e-mail: marketing@medival.it

Sistema Qualità certificato
UNI EN ISO 9001 CSQ
UNI EN ISO 13485 CSQ MED