Vol. 36 - N. 1
Marzo 2017

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
Gianni Baudino
Gabriele Bazzocchi
Gian Andrea Binda
Francesco Corcione
Elisabetta Costantini
Raffaele De Caro
Davide De Vita
Fabio Gaj
Antonella Giannantoni
Pietro S. Litta
Giovanni Milito
Franca Natale
Fabio Pomerri
Massimo Porena
Roberto Villani

Sezioni
Ginecologia Estetica - Elena Fasola
Medicina Complementare - Umberto Nardi
Medicina Legale - Umberto Ferro
Medicina Narrativa - Stella De Chino
Pelvi-Perineo-Cultura - Guerrino Giorgetti
Riabilitazione/Perineo Felice - Desirée Uguccioni
Storia della Pelviperineologia - Andrea Meneghini

Organo ufficiale di
Società Italiana di Pelvi-perineologia
e di Urologia Femminile e Funzionale,
Integrated Pelvis Group
Associazione Italiana di Ginecologia Estetica e Funzionale
Club Amici della Proctologia e Perineologia

Indice

3 Efficacia della procedura di Irrigazione Trans Anale con il dispositivo Qufora-PMC nel trattamento della stipsi severa
M. Menarini, S. Orlandi, A. Geccherle, P. Bocus, G. Bazzocchi

9 Prostatectomia radicale: indicazioni riabilitative per gli operatori coinvolti nella presa in carico del paziente
S. De Chino, M. Bruno

11 Il racconto di Giorgetti: L'Onorevole

14 Mostri e mostre: Picasso

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

Proctoial™

GEL RETTALE

Indicato nel caso di **emorroidi, proctiti e prurito anale**[1]

1. Proctoial Foglietto Illustrativo

Prezzo € 16,43

Dispositivo medico
Classe IIa CE 0546

KYOWA KIRIN Srl
Palazzo Galileo - Via F. Sforza - 20080 Basiglio (MI)
Tel. +39 02 92169424 - Web Site: www.kyowa-kirin.com

KYOWA KIRIN

Articolo originale

Efficacia della procedura di Irrigazione Trans Anale con il dispositivo Qufora-PMC nel trattamento della stipsi severa

MAURO MENARINI[1], SIMONE ORLANDI[2], ANDREA GECCHERLE[2], PAOLO BOCUS[3], GABRIELE BAZZOCCHI[4]

[1] *Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria" Negrar (VR) - Unità Spinale*
[2] *Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria" Negrar (VR) - Unità Operativa per le Malattie Retto-Intestinali*
[3] *Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria" Negrar (VR) - Unità Operativa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva*
[4] *Dip. Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna*

Riassunto: La stipsi refrattaria ai trattamenti medici, specie se con le caratteristiche della Ostacolata Defecazione, e l'incontinenza fecale costituiscono una seria sfida per il medico. La procedura di Trans Anal Irrigation (TAI) si è rivelata un approccio efficace al trattamento di questi disturbi dell'alvo indipendentemente dalla loro eziopatogenesi, anche se particolarmente studiate sono state le forme neurogene e quelle post-chirurgia demolitiva degli organi pelvici. L'industria ha messo a disposizione vari dispositivi costruiti per ottenere una irrigazione pratica, sicura e efficace. In questo studio sono stati arruolati 21 pazienti con severa Stipsi, Funzionale, dopo interventi per endometriosi pelvica o neurogena, valutati sia in termini di severità del disturbo che dei suoi effetti sulla Qualità di Vita, prima e dopo 4 settimane di TAI eseguite con il dispositivo Qufora-PMC. Gli score di severità, così come la Qualità di Vita correlata ai disturbi della defecazione migliorano tutti con differenze altamente significative. La percentuale di evacuazioni assistite da manovre manuali e/o dalla assunzione di lassativi si riduce significativamente e l'83% delle defecazioni si presentava in relazione alla esecuzione della TAI agli intervalli regolari in cui questa era eseguita, con un significativo miglioramento della consistenza delle feci. Il Tempo di Transito Intestinale non si modificava, in accordo con il dato che il numero totale delle evacuazioni non cambiava, bensì la loro efficacia e confort. Si conclude che un regolare procedura di TAI, con introduzione nel retto di acqua ad un flusso elevato e con una pressione positiva comporta un miglioramento della stipsi e che il dispositivo Qufora-PMC realizza questa procedura risultando ben tollerata e priva di effetti indesiderati

Parole chiave: Trans Anal Irrigation; Stipsi; Intestino neurologico; Qufora-PMC.

INTRODUZIONE

Studi epidemiologici rilevano che dal 18 al 25% della popolazione italiana e, più in generale, di un qualunque paese ad alto tenore di vita, soffre di disturbi intestinali correlati ad un alvo stitico: la differente prevalenza dipende dalla definizione di stipsi che viene utilizzata per la rilevazione epidemiologica[1,2].

Il trattamento di questi disturbi tradizionalmente prevede l'assunzione "per os" di lassativi nel breve periodo e di supplementi di fibre solubili come terapia di lungo termine[3,4]. Recentemente sono stati introdotti sui mercati occidentali, farmaci estremamente specifici per il trattamento di molte forme di stipsi idiopatica, come la prucalopride e la linaclotide, ma non sempre la loro efficacia corrisponde alle aspettative e il trattamento è gravato da costi elevati[5,6].

In un'alta percentuale di casi il paziente è costretto a ricorrere a misure di assistenza della defecazione senza le quali non ottiene alcuna evacuazione, oppure la ottiene ma in modo non agevole e senza garanzia di completezza della stessa. Queste misure vanno dalla semplice supposta di glicerina all'utilizzo di clismi medicati, di perette spesso autoprescritte nella cui acqua di irrigazione si aggiungono le sostanze più varie e strane, sulla base di convinzioni mai sottoposte a serie valutazioni di efficacia e con, al contrario, possibilità di essere lesive per il viscere. Spesso tutte le varie modalità di esecuzione di irrigazioni con acqua non si rivelano efficaci per cui il paziente è costretto a ricorrere alla digitazione ed alle manovre manuali per ottenere un soddisfacente svuotamento rettale. Queste manovre alla lunga procurano danni alle strutture sfinteriche innescando circoli viziosi che richiedono sempre maggiori interventi e così via[7,8].

Recentemente sono stati introdotti dispositivi che procurano una irrigazione del colon in tempi molto brevi, con volumi di acqua non eccessivi, ma grazie al fatto che il flusso dell'acqua presenta una pressione positiva rilevante (superiore a quella dovuta alla sola gravità come avviene con la rettoclisi) e costante per tutta l'irrigazione (non fluttuante come avviene con i clismi e le perette) sono in grado di stimolare una contrattilità di tutto il viscere ponendo le premesse per uno svuotamento più completo e che coinvolge un tratto di colon più esteso[9-12]. Le tecniche di Irrigazione Trans Anale con questi dispositivi "a pressione costante" sono oggi sempre più largamente impiegate nei pazienti con lesioni del Sistema Nervoso Cantrale e Periferico, ed in numerose sindromi ritentive e con incontinenza[13,14].

Nell'ambito della innovazione tecnologica che ha interessato i dispositivi per l'impiego dell'acqua per la terapia della stipsi ed incontinenza, sono stati prodotti numerosi sistemi, con caratteristiche di impiego orientate a specifici usi. Tra questi si è velocemente affermato nei paesi scandinavi e nel Regno Unito, per la pratica in ospedali, in reparti di lunga degenza e di riabilitazione, il Qufora-PMC, per le sue doti di semplicità e versatilità d'uso, che fanno sì che l'adozione della Irrigazione Trans Anale (TAI) sia possibile anche a domicilio e per lungo tempo, così da essere ben accetta dai pazienti e dai loro "care giver".

OBIETTIVI DELLO STUDIO

Il presente studio si propone di valutare l'efficacia della TAI eseguita con il dispositivo Qufora-PMC nel trattamento di forme di stipsi su base neurogena, oppure secondarie ad esiti di interventi chirurgici in ambito pelvico, oppure di tipo funzionale, ma con caratteristiche di severità e refrattarietà ai precedenti trattamenti. L'efficacia viene definita utilizzando questionari validati e scientificamente accettati per la valutazione della severità dei sintomi. Inoltre lo studio si propone di raccogliere dati sulle caratteristiche di impiego del dispositivo, come la facilità di uso, l'assenza di effetti indesiderati e complicanze, ed i tempi per il paziente e operatori da dedicare alla espletamento della evacuazione, utilizzando appositi questionari derivati da studi simili e presenti nelle indicazioni delle Società scientifiche del settore[15,16].

MATERIALI E METODI

Si tratta di uno studio post-market, monocentrico, in aperto, prospettico, single-group, con un controllo prima-dopo dei pazienti reclutati in cui le abituali misure di trattamento per la sintomatologia che presentano, vengono confrontate con quelle successive all'impiego regolare della TAI con il dispositivo Qufora-PMC.

Pazienti

Sono arruolati soggetti seguiti in attività ambulatoriale o in regime di Day-Hospital che soddisfano i seguenti criteri di inclusione ed esclusione:

Criteri di inclusione:

- Pazienti di età ≥18 anni, di entrambi i sessi
- Che soddisfano i Criteri Diagnostici di Roma III° per i seguenti disordini intestinali: stipsi funzionale, disturbi funzionali della defecazione
- Che presentano gli stessi disturbi intestinali ed anorettali contemplati dai Criteri di Roma per i disordini di cui sopra, ma la cui eziopatogenesi sia in possibile relazione con precedenti interventi chirurgici a livello pelvi-perineale e/o colo proctologico o con patologie del Sistema Nervoso Centrale o Periferico
- Con esame proctologico e rettoscopia negativi per patologie organiche, oppure con ricerca del Sangue Occulto Fecale (SOF) negativa, eseguiti da non più di 3 mesi al momento dello studio
- Con precedenti esperienze di utilizzo di clismi o comunque di misure evacuanti per via transanale
- Che non abbiano ottenuto benefici sostanziali dopo terapie mediche o riabilitative per la loro sintomatologia
- Che abbiano firmato il consenso allo studio

Criteri di esclusione:

- Presenza di patologie proctologiche quali Malattia Emorroidaria, ragade anale, prolasso mucoso del retto, proctite, Malattie Infiammatorie Intestinali
- Evidenza di sanguinamento rettale od occulto negli ultimi 3 mesi
- Episodi infettivi in atto (*)

NOTE:

(*) Razionale: non si ritiene etico né funzionale ad una ricerca di questo tipo eseguire studi in pazienti con patologie d'organo su base infettiva che richiedono terapie antibiotiche e/o infiammatorie

Figura 1. – Il dispositivo Qufora-PMC: a SX si evidenzia la sacca/serbatoio, il tubo di collegamento al cono rigido che si traduce nel canale anale in cui è inserita la pompa manuale. A DX il dispositivo è riempito di acqua ed è evidente l'azione manuale sulla pompa. Si sottolinea come l'infusione possa avvenire tenendo la sacca allo stesso livello del cono, agevolando così l'autonomia del paziente nell'eseguire la procedura.

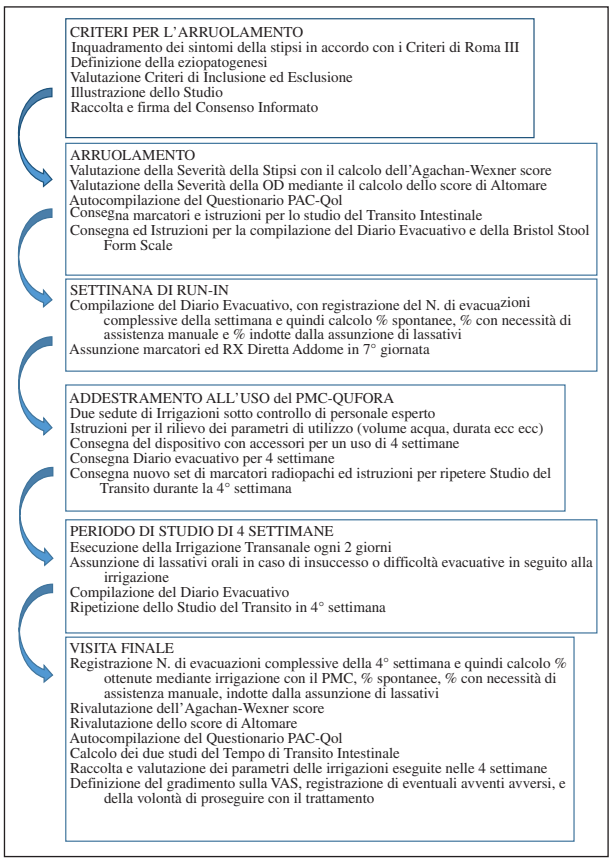

Figura 2. – Disegno dello studio: flow-chart che rappresenta la sequenza degli interventi per ciascun paziente.

Prodotto in studio

Il Qufora-PMC (prodotto dalla ditta MBH International, Danimarca, e distribuito in Italia dalla Kilko Srl, Italia) è un dispositivo costruito in PVC ed è munito di un cono di materiale rigido per un agevole introduzione nell'orifizio anale, di un tubo flessibile di lunghezza sufficiente perché tutto il sistema possa essere manovrato dal paziente stesso o da un care-giver, in posizione seduta sulla toilette (Figura 1). Il tubo è collegato ad una pompa manuale e ad una sacca/serbatoio che può essere collocata, una volta riempita con normale acqua del rubinetto, allo stesso livello, o addirittura inferiormente, rispetto a quello del canale anale. Agendo sulla pompa manuale il paziente, o il suo care-giver, possono regolare la pressione e quindi il volume del flusso di acqua che entra nel retto, adattandolo alle sensazioni che l'irrigazione produce e permettendo di seguire un "protocollo" personalizzato di tutta la procedura, basato sulla tollerabilità ed efficacia riscontrata nelle precedenti esperienze. Una volta conclusa l'irrigazione, introducendo dai 500 ai 1000 ml di acqua, o anche più, in un tempo che deve essere il più breve possibile compatibilmente con la tollerabilità della procedura stessa e con l'assenza di perdite di acqua dal cono, questo viene rimosso e l'evacuazione può avvenire in una condizione che risponde alla massima comodità e dignità dell'atto. L'operazione può eventualmente essere ripetuta, anche più volte, senza che ciò possa recare particolari danni o pregiudizi per successive incontinenze.

La frequenza delle irrigazioni può variare a seconda delle esigenze del paziente: nei casi in cui l'evacuazione che si produce sia la più "fisiologica" possibile, si può avere un intervallo, tra una seduta di irrigazione e la successiva, di due, anche 3 giorni, senza con ciò rischio di evacuazioni indesiderate o imbrattamenti da una parte, di difficoltà espulsive dall'altra.

TABLE 1. Dati anagrafici e diagnosi.

Iniziali	Sesso	Età	Diagnosi
CM	F	38	Stipsi Funzionale con OD
BE	F	41	Stipsi con OD post-chirurgica
TL	F	48	Stipsi con OD post-chirurgica
BS	F	53	Stipsi Funzionale con OD
BD	F	55	Stipsi Funzionale con OD
BF	F	43	Stipsi con OD post-chirurgica
VC	F	44	Stipsi con OD post-chirurgica
BF	F	70	Stipsi con OD post-chirurgica
OD	F	40	Stipsi con OD post-chirurgica
MP	F	51	Stipsi Funzionale con OD
PP	F	50	Stipsi Funzionale con OD
BU	M	64	Stipsi in intestino neurogeno
BE	F	23	Stipsi in intestino neurogeno
BM	M	34	Stipsi in intestino neurogeno
CVL	M	35	Stipsi in intestino neurogeno
PM	F	64	Stipsi in intestino neurogeno
SP	M	55	Stipsi in intestino neurogeno
BMF	F	41	Stipsi Funzionale con OD
DF	M	61	Stipsi in intestino neurogeno
RGP	M	57	Stipsi in intestino neurogeno
AU	M	37	Stipsi in intestino neurogeno

TABLE 2. Confronto tra i parametri ottenuti nella settimana precedente e nell'ultima delle quattro di trattamento.

Parametri		Prima	Dopo	p =
Score di Agachan-Wexner	(score 0-30)	19±4.3	12±4.6	<0.001
Obstructed Defecation Score di Altomare	(score 0 - 31)	19±5.7	11±4.6	<0.001
PAC-QoL	(score 0 - 96)	63±17.1	41±20.1	<0.001
PAC-Qol sottoscala "Soddisfazione	(score 0 - 16)	3±2.4	8±4.1	<0.001
TTCT	(ore)	78±41	71±37	n.s.
Totale evacuazioni/sett	(N.)	6±3.9	4±1.1	n.s.
evacuazioni spontanee	(% N. evac/sett)	26±43	8±15	<0.05
evacuazioni assistite da manovre manuali	(% N. evac/sett)	45±47	9±24	<0.001
evacuazioni con assunzione lassativi	(% N.evac/sett)	48±46	21±30	<0.01
Evacuazioni dopo TAI con il PMC-Qufora	(% N.evac/sett)	/	83±26.4	/
Bristol Stool Form Scale score	(score 1-7)	2±1.3	5±1.2	<0.001

Va da sé che l'utilizzo del Qufora-PMC può essere associato alla assunzione per os di supplementi atti a mantenere le feci del volume e della consistenza più adeguati per avere la massima efficacia della evacuazione indotta dal dispositivo. I prodotti quasi sempre necessari in questi casi sono quelli a base di macrogol, i prebiotici ed i probiotici, in dosi e combinazioni che garantiscano un equilibrio dell'ecosistema intestinale ed in particolare del microbiota del colon.

Timing dello studio

In Figura 2 è riportata la Flow-chart dello studio.

Per il paziente che assolve ai criteri di selezione, dopo l'illustrazione dello scopo e del protocollo dello studio che si conclude con la firma del consenso informato, vengono compilati il questionario di Agachan-Wexner, strumento ampiamente utilizzato per la determinazione della severità dei sintomi di stipsi, che prevede uno score da 0 a 30 (massima severità della stipsi)[17]. Viene poi calcolato anche lo score validato da Altomare, che specificamente indaga la severità dei sintomi correlabili ad una forma di ostruita defecazione (OD), con uno score da 0 a 31[18]. Inoltre viene somministrato un questionario auto-compilato impiegato per valutare l'impatto che i disturbi dell'alvo in senso stitico hanno sulla Qualità di Vita (QoL), il PAC-QoL[19,20]. Il questionario è costituito da 24 domande che possono portare ad uno score 0 (migliore QoL) ad uno di 96 (peggiore QoL). Altre 4 domande costituiscono una sottoscala del grado di soddisfazione del paziente per l'andamento del proprio alvo e lo score 0-4 esprime poca/nulla soddisfazione, da 5 a 8 abbastanza buona, da 9 a 12 buona e da 13 a 16 eccellente.

Nella successiva settimana viene eseguito uno Studio del Transito Intestinale con marcatori radiopachi che prevede l'ingestione di 10 marcatori per 6 giorni alla stessa ora ed RX Diretta Addome il 7° giorno[21,22]. Contemporaneamente il paziente terrà un Diario Evacuativo annotando il numero totale delle evacuazioni, distinguendole come spontanee o indotte dalla assunzione di lassativi per os, oppure assistite da manovre manuali. Inoltre per ciascuna evacuazione veniva registrato il tipo delle feci secondo la Scala di Bristol[23,24].

Al termine di questa settimana di run-in il paziente, o il suo care-giver, viene addestrato all'uso del Qufora-PMC. L'addestramento può prevedere al massimo due sedute: nel caso che al termine della seconda, il paziente o il care-giver, non siano ancora in grado di utilizzarlo con sicurezza, il caso era considerato un "drop-out" per difficoltà di uso. Al paziente viene consegnato un dispositivo Qufora-PMC con un adeguato numero di ricambi per tutto il periodo di studio che sarà di 4 settimane. Inoltre un Diario Evacuativo in cui continuare ad annotare gli stessi parametri riguardanti le evacuazioni ed un altro set di marcatori radiopachi che il paziente utilizzerà nell'ultima settimana di studio.

Durante le 4 settimane successive il paziente utilizza l'irrigazione con il Qufora-PMC come unico strumento di induzione/assistenza della defecazione, ad intervalli di 48 ore con possibilità di variazioni in relazione alle proprie sensazioni. Nel caso di inefficacia, il paziente farà uso delle abituali misure di stimolazione con lassativi e/o di misure evacuanti. Infine ad ogni TAI con il Qufora-PMC il paziente annota la quantità d'acqua usata, il tempo dell'irrigazione e l'intervallo tra fine della TAI e l'inizio della evacuazione.

Al termine delle 4 settimane, sulla base del Diario Evacuativo viene calcolato il numero delle evacuazioni totali, anche qui distinguendole quelle indotte dalla TAI, quelle spontanee, quelle indotte dai lassativi e/o assistite dalle manovre manuali. Viene calcolato il Tempo di Transito Colico Totale (TTCT) prima e dopo il trattamento e lo score di Bristol. Si rimisurano severità dei sintomi e la QoL riutilizzando gli stessi questionari precedenti. Si chiede quindi al paziente una valutazione di gradimento complessivo delle TAI apponendo un marker su una linea continua di 10 cm che costituisce una VAS da 0 (totalmente insoddisfatto) a 10 (totalmente soddisfatto): la lunghezza in mm dall'estremità 0 costituisce lo score di soddisfazione. Infine si annotano eventuali commenti e si registra ogni evento che potrebbe essere correlato alle irrigazioni con il Qufora-PMC.

Analisi dei dati

L'analisi statistica è stata condotta "intra-gruppo" per stabilire l'evoluzione "start /end" o T0/T1 e nel confronto tra i gruppi con diversi punti di osservazione per verificare se c'erano differenze "start /start", "end/end", "T0/T0", "T1/T1". Il "T" test di Student è stato impiegato per i dati parametrici, il Wilcoxon test per quelli non-parametrici.

Tutte le parti (tabelle, figure, calcoli) sono state revisionate da due osservatori indipendenti dopo prima della stesura finale del report.

RISULTATI

Sono stati reclutati 21 pazienti (7 ♂ e 13 ♀, età media 48±11 anni, range: 23-70 anni). In Tabella 1 sono riportati i dati anagrafici: 6 pazienti presentavano una stipsi su base funzionale con sintomi di OD, in altri 6 pazienti la stipsi, sempre con aspetti di OD, era insorta dopo interventi di chirurgia pelvica demolitiva per Malattia Endometriosica e 9 pazienti presentavano i disturbi dell'alvo in relazione a patologie del SNC: lesione midollare, esiti di meningite, sclerosi multipla.

Tutti i pazienti sono stati in grado di utilizzare con facilità il dispositivo Qufora-PMC, per cui non si sono registrati drop-out per questo motivo.

In Tabella 2 è riportato il confronto tra i dati basali, espressi come Media±DS, e quelli mostrati dopo il periodo di trattamento: entrambi gli score di severità dei sintomi di stipsi e di OD migliorano, così come la Qualità di Vita correlata ai disturbi della defecazione misurata con il PAC-QoL, tutti con differenze altamente significative. Lo score degli ultimi 4 items del Questionario PAC-QoL, che esplorano il grado di soddisfazione della persona nelle ultime 2 settimane, mostra un significativo aumento collocandosi come media nel valore di "buona soddisfazione".

Il TTCT di base risulta mediamente di poco superiore alla norma (il limite superiore di normalità è pari a 60 ore), mostrando però una notevole variabilità interindividuale. Il trattamento non determina alcuna significativa differenza di questo parametro. Coerentemente, il numero totale delle defecazioni rapportato ad una settimana, anche se la differenza non è statisticamente significativa, delle due viene ridotto dal trattamento. Ancor di più, si riduce la percentuale di evacuazioni spontanee dopo trattamento, differenza che raggiunge la significatività statistica.

Per interpretare correttamente i risultati di questi ultimi parametri, apparentemente in contrasto con il miglioramento di una stipsi, bisogna osservare come invece, dato il totale delle evacuazioni, si riducono in modo altamente significativo la percentuale di quelle assistite sia da manovre manuali che dalla assunzione di lassativi, e come alla fine dello studio l'83% delle defecazioni si presenta in relazione alla esecuzione della TAI con il Qufora-PMC agli intervalli regolari in cui questa era eseguita. La consistenza ed il tipo delle feci evacuate, da dure e a blocchi di prima del trattamento, diventano soffici e formate: la differenza in termini di score di Bristol è altamente significativa.

In Tabella 3 vengono riportati i risultati relativi al TTCT ed alle caratteristiche delle evacuazioni relativamente alle tre diverse eziopatogenesi della stipsi nei pazienti studiati. Anche analizzato in questo modo, il TTCT non presenta differenze significative tra prima e dopo il trattamento. Il valore più elevato, francamente patologico, si riscontra nella Stipsi Funzionale, ma senza raggiungere una significatività statistica nel confronto con gli altri gruppi. In questa analisi sono state accumulate la percentuale di evacuazioni assistite sia dalla assunzione di lassativi che da manovre manuali. In questo modo emerge il dato che nella Stipsi Post-Chirurgica la riduzione non raggiunge la significatività statistica, mentre si evidenzia una altissima differenza nel gruppo con stipsi neurogena. Si conferma sempre estremamente significativo il miglioramento dello score di Bristol in tutti e tre i gruppi.

Il volume di acqua per la TAI è risultato di 872±274 ml. La durata della irrigazione è stata di 6±6 minuti, per cui la velocità del flusso di questo tipo di irrigazione si aggira mediamente attorno ai 150 ml/min. L'intervallo tra la fine della TAI e l'inizio della evacuazione è stato di 5±3.5 minuti.

Il grado di soddisfazione che i pazienti esprimevano nei confronti degli effetti della TAI con il Qufora-PMC su quella che era la situazione precedente il trattamento globalmente intesa è risultato 6±2.5, e 15/21 (il 72%) richiedevano di poter proseguire regolarmente con la TAI mediante l'uso del dispositivo Qufora-PMC.

DISCUSSIONE

Il presente studio dimostra come l'adozione di un trattamento basato sulla esecuzione di una irrigazione del colon con il dispositivo Qufora-PMC ad intervalli regolari migliora i disturbi dell'alvo in senso stitico, secondari a cause diverse, ma comunque sempre di severa intensità. Di pari passo migliora la QoL compromessa dai disturbi stessi e dalle misure che i pazienti erano stati costretti ad adottare per cercare di contrastarli. Questo benefico effetto viene ottenuto fondamentalmente perché migliorano l'agevolezza della evacuazione, la consistenza e la forma delle feci, e si riduce la necessità di ricorrere a lassativi per os e/o alla assistenza di manovre manuali.

Lo studio non evidenzia un incremento del numero delle evacuazioni, e di quelle spontanee in particolare, parametro che in genere viene considerato come endpoint degli studi di efficacia sulla stipsi. La principale ragione di ciò è che la frequenza con cui queste compaiono spontaneamente, o vengono indotte dal paziente per cercare di alleviare le proprie difficoltà, è già più che normale in condizioni di base, ad ulteriore testimonianza di come sia limitativo e fuorviante valutare l'esistenza e la severità di una stipsi basandosi sul numero delle evacuazioni la settimana. Giustamente già con la classificazione secondo i Criteri Diagnostici di Roma, come ulteriormente confermato dalla più recente IV versione[25], solo marginalmente viene considerato questo parametro nella definizione di stipsi, mentre più

TABLE 3. Confronto del Tempo di Transito Colico Totale, percentuale complessiva delle evacuazioni assistite e Score della Bristol Stool Form Scale in relazione alla eziopatogenesi dei disturbi dell'alvo, prima (P) e dopo (D) il periodo di trattamento con il PMC-Qufora.

PARAMETRI	Stipsi con OD post-chirurgia (N. 6)			Stipsi con OD Funzionale (N. 6)			Stipsi in Intestino Neurogeno (N. 9)		
	P	D	p =	P	D	p =	P	D	p =
TTCT (ore)	77±33	77±48	n.s.	98±55	86±42	n.s.	66±34	57±21	n.s.
% evacuazioni assistite	50±44	16±18	n.s.	64±50	7±10	< 0.02	100±0	25±33	< 0.0001
Bristol Stool Form Scale score	3±1.4	5±1	< 0.004	2±1.6	4±1.3	< 0.02	2±0.8	4±1.4	< 0.0004

rilevanti sono il senso di ostacolo all'espulsione, lo sforzo che essa richiede, la sensazione di incompletezza che ad essa consegue, avere feci con uno score < 3 secondo la Scala di Bristol. Tutti questi disturbi sono migliorati nel gruppo di pazienti trattato in questo studio, unicamente stimolando la defecazione ad intervalli di circa 48 ore mediante una TAI con un volume non eccessivo di acqua, ma utilizzando un dispositivo che garantisce sia una velocità di infusione molto superiore a quella possibile con una rettoclisi o una serie di clismi, sia ad una pressione elevata per tutta la durata della infusione: prove in laboratorio infatti, hanno dimostrato come la pressione nel tubo di passaggio dell'acqua dal serbatoio all'intestino possa raggiungere i 250 mmHg[26]. Con questo approccio, alla fine del periodo di studio, la stragrande maggioranza delle evacuazioni avviene solo dopo l'uso del Qufora-PMC, con la possibilità di comparsa di vere defecazioni spontanee nell'intervallo tra una TAI e la successiva, riducendo la necessità di ricorrere all'uso di lassativi e/o a manovre manuali. Considerando che il periodo di trattamento è stato di solo 4 settimane e la rilevante severità iniziale della stipsi dei pazienti arruolati, il risultato certamente conferma il ruolo terapeutico della procedura della TAI in queste patologie[14,27], dimostrando l'efficacia del dispositivo Qufora-PMC per eseguirla. A tal proposito va rimarcato come non siano stati riportati eventi avversi e come l'esecuzione sia risultata agevole e ben tollerata.

Questo dispositivo permette da una parte di introdurre nel colon volumi di acqua paragonabili a quelli ottenibili solo con una rettoclisi a caduta, dall'altra presenta la facilità di impiego di un clisma o di una peretta con una procedura eseguibile da un paziente già posturato sulla toilette in totale autonomia. L'uso della rettoclisi a caduta comporta però il disagio di posizionare la sacca ad almeno 170 cm d'altezza rispetto alla sonda introdotta nel canale anale, pena l'inefficacia della irrigazione stessa. Per i pazienti con patologie neurologiche in particolare, ma la cosa può riguardare anche altri nel caso di assenza di un care-giver, risulta molto indaginoso attrezzarsi con una sacca contenete 1.5/2 litri di acqua da porre a questa altezza, e quindi collegarla ad una sonda che deve mantenersi posizionata nel retto pur essendo seduti sulla toilette. Inoltre, con questo approccio, aldilà della difficoltà organizzativa suddetta, il paziente è vincolato a programmare la propria defecazione in un locale specificamente attrezzato, mentre invece la TAI con il Qufora-PMC può essere eseguita in qualunque toilette, comprese quelle del treno o dell'aereo, casomai se ne creasse la necessità. D'altro canto, l'utilizzo di clismi e/o perette da effettuarsi già posturati sulla toilette risulta spesso difficoltoso in totale autonomia per molti pazienti, e certamente non permette l'introduzione di volumi cospicui di acqua in tempi brevi.

Il Qufora-PMC si è dimostrato quindi risolvere gli svantaggi di entrambi questi comuni approcci per l'irrigazione del colon a scopo di risolvere una stipsi: risulta di agevole uso come i clismi e perette, ma contemporaneamente permette di introdurre i cospicui volumi di acqua necessari per un effetto terapeutico, in tempi brevi come la rettoclisi.

Va rimarcato come la consistenza e la forma delle feci si siano normalizzate in questi pazienti, senza la necessità di supplementi a base di fibra alimentare o di macrogol, presidi che hanno dimostrato la loro efficacia in questo senso in studi che concludevano come la normalizzazione del volume e consistenza sia di per sé efficace nel miglioramento della stipsi[28,29]. Si può speculare che il susseguirsi di evacuazioni che comportino una buona completezza dello svuotamento, evitando l'accumulo di residui post-evacuativi nei tratti più distale del grosso intestino, possa garantire questo importante risultato. I residui fecali infatti che restano nel retto-sigma dopo una evacuazione incompleta non vengono inglobati e miscelati con il contenuto fecale, più fluido, presente nei tratti più prossimali del colon, vanno incontro a fenomeni di disidratazione con aumento della consistenza e riduzione del volume, pregiudicando ulteriormente la facilità e la completezza della evacuazione successiva. Si instaura così un circolo vizioso che costringe il paziente ad un uso sempre maggiore di lassativi e a sforzi espulsivi sempre più intensi, circolo che invece viene interrotto dalla maggior completezza dello svuotamento intestinale che la procedura della TAI garantisce, come si è dimostrato seppur con altri approcci tecnici[11,12,30].

In assenza di una variazione della frequenza delle evacuazioni, il transito nel colon indagato con i marcatori radiopachi, non poteva ovviamente variare. Il TTCT mostra valori più elevati, francamente patologici, nei pazienti con Stipsi Funzionale rispetto a quelli con Intestino Neurogeno e Stipsi post-chirurgica, ma ciò è congruo con l'eziopatogenesi del disturbo: nella forma funzionale il rallentamento del transito è causale in questa stipsi, mentre in quelle conseguenti ad esiti di interventi chirurgici e a lesioni neurologiche intervengono altri fattori, come la dissinergia addomino-perineale, l'inefficienza della coordinazione sensitiva-motoria del retto e della muscolatura perineale ed altri ancora. Le differenze intergruppo presenti di base si mantengono anche dopo il trattamento, ma non raggiungono mai la significatività statistica.

Nei pazienti con Stipsi post-chirurgica alla fine dello studio non si riscontra una significativa riduzione della percentuale di evacuazioni assistite da lassativi e/o manovre manuali. Il dato può essere in relazione solo dall'esiguità del campione, ma si può speculare che dipenda anche dalle caratteristiche della stipsi di questo tipo. L'azione regolare della TAI con il Qufora-PMC riesce a migliorare le caratteristiche delle feci e di conseguenza riduce l'impatto sulla difficoltà espulsiva, ma certamente non riesce ad evitare gli effetti di eventuali deformazioni dell'anatomia del tratto retto-sigmoideo, per superare l'effetto delle quali il paziente persiste più degli altri ad assistere la defecazione meccanicamente e/o ricorrendo alla azione propulsiva dei lassativi.

In conclusione il presente studio conferma che un miglioramento dei disturbi della evacuazione che caratterizzano la stipsi severa può essere ottenuto con il regolare utilizzo della TAI che permette l'introduzione di circa un litro di acqua ad un flusso elevato e con una pressione positiva. Il dispositivo Qufora-PMC realizza questa procedura risultando ben tollerata e priva di effetti indesiderati.

BIBLIOGRAFIA

1. Belsey J, Greenfield S, Candy D, Geraint M.: "Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children". Aliment Pharmacol Ther, 2010, 31, 938-49.
2. Tack J, Muller-Lissner S, Stanghellini V, Boeckkstaens G, Kamm MA, Simren M, Galmiche JP, Fried M.: "Diagnosis and treatment of chronic constipation – a European perspective". Neurogastroenterol Motil, 2011, 23, 697-710.
3. Parè P, Fedorak RN: "Systematic review of stimulant and non-stimulant laxatives for the treatment of functional constipation". Can J Gastroenterol Hepatol, 2015, 28, 549-557.
4. Rao SSC, Yu S, Fedewa A: "Systematic review: dietary fibre and FODMAP-restricted diet in the management of constipation and irritable bowel syndrome". Aliment Pharmacol Ther, 2015, 41, 1256-70.
5. Thomas RH, Luthin DR: "Current and Emerging Treatments for Irritable Bowel Syndrome with Constipation and Chronic Idiopathic Constipation: Focus on Prosecretory Agents". Pharmacotherapy, 2015, 35, 613-30.

6. Nuijten MJ, Dubois DJ, Joseph A, Annemans L: "Cost-effectiveness of prucalopride in the treatment of chronic constipation in the Netherlands". Front Pharmacol, 2015, 6, 67.
7. Coggrave MJ, Norton C: "The need for manual evacuation and oral laxatives in the management of neurogenic bowel dysfunction after spinal cord injury: a randomized controlled trial of a stepwise protocol". Spinal Cord, 2010, 48, 504-10.
8. Slieker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME: "The prevalence of pelvic organ prolapse symptoms and signs and their relation with bladder and bowel disorders in a general female population". Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 2009, 20, 1037-45.
9. Christensen P, Bazzocchi G, Coggrave M, Abel R, Hultling C, Krogh K, Media S, Laurberg S: "Treatment of fecal incontinence and constipation in patients with spinal cord injury: a prospective, randomized, controlled, multicenter trial of transanal irrigation vs conservative bowel management". Gastroenterology, 2006, 131, 738-47.
10. Del Popolo G, Mosiello G, Pilati C, Lamartina M, Battaglino F, Buffa P, Redaelli T, Lamberti G, Menarini M, Di Benedetto P, De Gennaro M: "Treatment of neurogenic bowel dusfunction using transanal irrigation: a multi center Italian study". Spinal Cord, 2008, 46, 517-522.
11. Bazzocchi G., Poletti E., Avogadri A: "L'irrigazione retrograda transanale per il bowel management del paziente con lesione midollare mediante dispositivi a pressione costante, razionale e procedura per l'utilizzo del Peristeen". Pelviperineology, 2012, 31, 85-92.
12. Christensen P, Olsen N, Krogh K, Bacher T, Laurberg S: "Scintigraphic assessment of retrograde colonic washout in fecal incontinence and constipation". Dis Colon Rectum, 2003, 46, 68-76.
13. Christensen P, Krogh K: "Transanal irrigation for disordered defecation: a systematic review". Scan J Gastroenterol, 2010, 45, 517-527.
14. Emmanuel AV, Krogh K, Bazzocchi G, Leroi AM, Bremers A, Leder D, van Kuppevelt D, Mosiello G, Vogel M, Perrouin-Verbe B, Coggrave M, Christensen P: "Consensus review of best practice of transanal irrigation in adults". Spinal Cord, 2013, 51, 732-8.
15. Krogh K1, Perkash I, Stiens SA, Biering-Sørensen F: "International bowel function basic spinal cord injury data set". Spinal Cord, 2009, 47, 230-4.
16. Juul T, Bazzocchi G, Coggrave M, Johannesen IL, Hansen RBM, Thiyagaraian C, Poletti, E, Krogh, K, Christensen P: "Reliability of the International Spinal Cord Injury Bowel Function Basic and Extended Data Sets". Spinal Cord, 2011, 49, 886-892.
17. Agachan F, Chen T, Pfeifer J, Reissman P, Wexner SD: "A Constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients". Di Colon Rectum, 1996, 39, 681-5.
18. Altomare DF, Spazzafumo L, Rinaldi M, Dodi G, Ghiselli R, Piloni V: "Set-up and statistical validation of a new scoring system for obstructed defecation syndrome". Colorectal Dis, 2007, 10, 84-8.
19. Tack J, Camilleri M, Dubois D, Vandeplassche L, Joseph A, Kerstens R: "Association between health-related quality of life and symptoms in patients with chronic constipation: an integrated analysis of three phase 3 trials of prucalopride". Neurogastroenterol Motil, 2015, 27, 397-405.
20. Marquis P, De La Loge C, Dubois D, McDermott A, Chassany O: "Development and validation of the Patient Assessment of the Constipation Quality of Life questionnaire". Scand J Gastroenterol, 2005, 40, 540-51.
21. Bouchoucha M, Devroede G, Arhan P, Strom B, Weber J, Cugnenc PH, Denis P, Barbier JP: "What is the meaning of colorectal transit time measurement?". Dis Colon Rectum, 1992, 35, 773-82.
22. Abrahamsson H, Antov S: "Accuracy in assessment of colonic transit time with particles: how many markers should be used?". Neurogastroenterol Motil, 2010, 22, 1164-9.
23. Heaton KW[1], Radvan J, Cripps H, Mountford RA, Braddon FE, Hughes AO: "Defecation frequency and timing, and stool form in the general population: a prospective study". Gut, 1992, 33, 818-24.
24. Riegler G, Esposito I: "Bristol scale stool form. A still valid help in medical practice and clinical research". Tech Coloproctol, 2001 Dec, 5 (3), 163-4.
25. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, Spiller R: "Bowel disorders". Gastroenterology, 2016, 150, 1393-1407.
26. Bazzocchi G, Fragalà E: "Investigation of changes in water pressure during irrigation by manual pumping device and electronic system for TAI in SCI patients. Effect of changes in volume of the available space for irrigation". ISCoS Annual Meeting, Vienna September 13th-16th 2016, Poster Session.
27. Christensen P.: "From misbelieve to proofs in transanal irrigation for functional bowel problems Tech Coloproctol". 2016, 20, 609-10.
28. Bazzocchi G: "Polyethylene glycol solution in subgroups of chronic constipation patients: experience in obstructed defaecation". Ital J Gastroenterol Hepatol, 1999, 31 (Suppl. 3), S257-9.
29. Bazzocchi G, Giussani C, Brigidi P, Turroni S: "Effect of a symbiotic preparation on symptoms, stool consistency, intestinal transit time and gut microbiota in patients with severe functional constipation: a double blind, controlled trial". Techniques in ColoProctology, 2014, 18, 945-953.
30. Bazzocchi G, Poletti E, Pillastrini P, Menarini M: "Colonic emptying after a new transanal irrigation system in patients with spinal cord injury". The Journal of Spinal Cord Medicine, 2006, 29, 255.

Corrispondenza:
Dott. Mauro Menarini
Unità Spinale Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria"
Via Don Angelo Sempreboni 5 - 37024 Negrar (VR)
Tel: +39 045 6014647
Email: mauro.menarini@sacrocuore.it

Articolo originale

Prostatectomia radicale: indicazioni riabilitative per gli operatori coinvolti nella presa in carico del paziente

STELLA DE CHINO[1], MATTEO BRUNO[2]

[1] *Fisioterapista e formatrice. Schio, Vicenza*
[2] *Infermiere, riabilitazione pavimento pelvico, Foggia*

Riassunto: Si affronta il tema dell'incontinenza urinaria maschile in seguito ad intervento di prostatectomia radicale. Si propongono alcune semplici pratiche di chinesiterapia pelviperineale che possono essere apprese anche dalle figure mediche ed infermieristiche coinvolte nella fase acuta ed insegnate al paziente alla dimissione. Lo scopo è favorire una condivisione di conoscenze che renda più precoce il recupero del paziente e la sua presa in carico.

Parole chiave: Sindrome della defecazione ostruita; Cinedefecografia; Enterocele; Sigmoidocele.

Il carcinoma prostatico è il tumore più frequente nel sesso maschile e in Italia rappresenta oltre il 20% di tutti i tumori diagnosticati nei maschi a partire dai 50 anni di età. Tali dati mettono in evidenza l'importanza di una preparazione delle figure preposte alla riabilitazione, ma anche l'importanza di una conoscenza condivisa con le altre figure coinvolte in fase acuta quali *medici* ed *infermieri* per far sì che il paziente non venga dimesso senza un'adeguata informazione sulla ginnastica pelvica che, se introdotta precocemente, costituisce un ottimo strumento di recupero.

Il meccanismo fisiopatologico alla base dell'incontinenza urinaria nel maschio, dovuta quasi esclusivamente a cause iatrogene, è un *deficit sfinterico*. Spesso infatti, come esito della prostatectomia radicale, il sistema sfinteriale interno costituito dallo sfintere urinario interno (collo vescicale, prostata e uretra prostatica) è compromesso e la continenza urinaria risulta affidata esclusivamente al meccanismo sfinteriale esterno. Ma, nel caso in cui vi sia stato un danno diretto della muscolatura pelvica, un danno nervoso o una dissinergia preesistente, si evidenzia inevitabilmente l'incontinenza urinaria e un'alterazione anche di meccanismi di erezione correlati con la muscolatura esterna.

La riabilitazione del pavimento pelvico parte dal presupposto che è possibile, lavorando in sinergia, restituire almeno parzialmente un'abilità, nel caso specifico la continenza.

Lo *scopo della riabilitazione* è stabilire una maggior consapevolezza della muscolatura pubococcigea, rinforzarla e migliorare il controllo degli sfinteri. Altro obiettivo è però anche insegnare il rilassamento della muscolatura perineale e recuperare una *vita sessuale* soddisfacente.

In tal caso le tecniche di riabilitazione del pavimento pelvico si avvalgono della chinesiterapia pervi perineale, del biofeeedback e della stimolazione elettrica funzionale.

Per quanto riguarda la *chinesiterapia pelvi perineale* si individuano quattro momenti fondamentali:

1. la presa di coscienza del pattern respiratorio, dei muscoli pelviperineali e il corretto reclutamento della muscolatura attraverso feedback tattili e visivi
2. il training muscolare/perineale in posture diverse
3. l'eliminazione di eventuali sinergie agoniste e /o antagoniste
4. l'automatizzazione dell'attività muscolare nel contesto quotidiano.

Presa di coscienza del pattern respiratorio e dei muscoli perineali

Molto spesso nel paziente prostatectomizzato si nota una difficoltà a realizzare un respiro diaframmatico e la tendenza ad una respirazione che coinvolge solo le parti altre dell'addome e il torace.

Per aiutare la persona ad una corretta respirazione può essere utile far appoggiare una mano sull'addome e chiedere di sentire il respiro che scende e si espande a livello dell'ombelico.

Qualora vi siano delle difficoltà o la presenza di una respirazione paradossa (inspirando il paziente fa rientrare l'addome anziché espanderlo) si può utilizzare la strategia di appoggiare un libro sulla pancia e chiedere con l'inspirazione di sollevarlo. Va verificato che ciò avvenga davvero attraverso la respirazione e non attraverso strategie compensatorie.

Altra facilitazione per far apprendere il respiro profondo è l'utilizzo di vocalizzazioni: la vocalizzazione di suoni permette di espirare più a lungo e quindi successivamente un maggior abbassamento diaframmatico in fare inspiratoria. Per percepire la correlazione fra il diaframma addominale e quello pelvico è possibile richiedere al paziente di appoggiare una mano sul perineo e sentire "la spinta verso

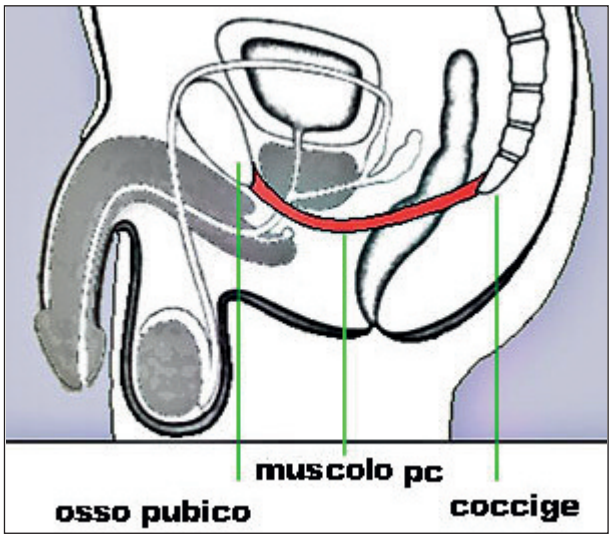

Figura 1.

l'esterno" che si verifica nelle situazioni in cui sente di avere delle fughe di urina (es. tosse).

Per attivare il muscolo trasverso dell'addome, che costituisce un agonista della muscolatura pelvica, è possibile farne percepire l'attività delicatamente appoggiando le dita sul basso ventre e richiedendo una sua contrazione delicata e costante durante tutto l'atto respiratorio. Il trasverso viene infatti definito una sorta di "slip" muscolare che da una protezione a fascia della pelvi impedendo un eccessivo abbassamento delle strutture al di sopra della vescica e una marcata compressione vescicale da parte delle viscere. Il trasverso sostiene e contiene queste strutture ed è fondamentale nella statica pelvica.

Presa di coscienza del reclutamento e il training muscolare

Il perineo è un'area pressoché sconosciuta al maschio ancor più che alla donna. Sarà quindi necessario spiegare come esso è coinvolto nel meccanismo della continenza attraverso l'uso di tavole anatomiche e di esperienze di autopercezione.

Una facilitazione può essere quella di mettere in una prima fase il paziente in posizioni che favoriscano la percezione del perineo come la posizione della preghiera mussulmana, l'accovacciamento o la posizione supina con le gambe raccolte al petto.

In queste posizioni verrà richiesto al paziente di sentire come il respiro espande la parte perineale e anale e di come la massaggia (percezione del rilassamento pelvico prima ancora che della sua attivazione).

In un secondo momento il terapista appoggiando le sue dita nell'area fra i testicoli e l'ano chiederà di contrarre senza troppa forza questa zona, anticipando con un leggero stretching del pubo coccigeo la contrazione in modo che venga percepita con maggior chiarezza. Sarà poi il paziente a ricercare un feedback tattile appoggiando egli stesso le dita sotto lo scroto o con l'utilizzo dello specchio per poter vedere bene la contrazione e il rilassamento pelvico.

Questo verrà esercitato in svariate posizioni per poter rendere maggiormente consapevole la persona delle diverse modalità di attivazione della muscolatura della zona a seconda delle postura.

L'eliminazione di eventuali sinergie agoniste e/o antagoniste

Le sinergie costituiscono il maggior ostacolo all'apprendimento. L'attivazione di glutei, adduttori e addominali durante la contrazione del pavimento pelvico ne è un esempio eclatante.

L'unica strategia possibile è insegnare a mettere davvero "poca forza" nella contrazione muscolare e a portare il focus solo sul pavimento pelvico. Anche in questo caso la vocalizzazione è di aiuto: dopo aver spiegato che è possibile trovare un rinforzo percettivo usando il movimento delle labbra e i suoni si invita il paziente ad attivare il perineo vocalizzando la lettera M (labbra serrate-sfinteri chiusi) e a rilassando vocalizzando la lettera A (labbra rilassate-sfinteri rilassati). Tutto il resto della muscolatura deve essere silente e la pratica viene paragonata ad un esercizio "marziale" proprio per farne capire la raffinatezza e la delicatezza.

L'automatizzazione dell'attività muscolare nel contesto quotidiano

Nell'ultima fase è fondamentale insegnare al paziente ad inserire l'attività muscolare nella vita quotidiana ed in particolare nel percepire che il pavimento pelvico è attivo in modo "tonico" nei cambi di postura e negli spostamenti, situazione in cui il paziente prostatectomizzato perde maggiormente.

Per fare ciò è utile creare anche dei "gruppi di ginnastica pelvica" dove attraverso giochi e movimento si "sente" la tenuta della muscolatura (es. tirare una corda e attivare i muscoli pelvici poi rilassarli quando l'altro la tira, oppure contrarre il perineo nel momento in cui ci viene lanciata la palla e la dobbiamo prendere).

Alcune indicazioni per la vita quotidiana

Una parte fondamentale della riabilitazione pelvica riguarda alcune "precisazioni" relative alla vita quotidiana da dare al paziente.

È fondamentale andare in bagno con intervalli di tempo regolari (ossia ogni 2-3 ore massimo) per non sovraccaricare troppo la muscolatura pelvica ma nemmeno abituare la vescica a lavorare con piccoli volumi di urina.

Non scoraggiarsi se in una fase iniziale le perdite sono abbondanti: con costanza si ridurranno.

La contrazione deve essere lenta, graduale e il rilascio doppio della contrazione stessa. Sono fibre toniche che si affaticano facilmente. L'affaticamento si percepisce come un'incapacità a contrarre ulteriormente. Quello è il momento di smettere di fare esercizi e fare uno stretching in accovacciamento.

Se, nonostante gli esercizi, le perdite non diminuiscono, è necessaria una rivalutazione delle pratiche perché è probabile che si stia sovraccaricando la muscolatura.

Buon lavoro a tutti gli operatori!

Corrispondenza:
STELLA DE CHINO
via Righi 32, Schio, Vicenza
stelladechino@gmail.com
MATTEO BRUNO
Via Aspromonte 1, San Giovanni Rotondo, Foggia
teobruno@outlook.it

Il racconto di Giorgetti: L'Onorevole

L'Onorevole faceva, di fatto, il pendolare, fra Roma e Firenze: non aveva voluto lasciare la città dove era nato e cresciuto e dove voleva che vivessero i suoi: la madre, la moglie e i due figli, Laura quindici anni e Ludovico dodici.

Arrivava a Roma il martedì mattina e rientrava a Firenze il venerdì pomeriggio; dormiva in un albergo, a due passi da Montecitorio.

I suoi cinquant'anni li portava molto bene: alto, robusto, i capelli ancora completamente neri, era considerato un bell'uomo.

Anche sua moglie era molto bella: aveva dieci anni meno di lui; era alta, bionda, con un bel fisico. Era laureata in farmacia, ma appena sposata aveva smesso di lavorare per dedicarsi interamente al marito prima e poi ai figli. Era molto riservata, di fatto non aveva amicizie.

Lui si era laureato in legge a ventitré anni ed era stato il padre a non volerlo inserire nell'attività di famiglia: la gestione di due importanti negozi di abbigliamento (uno maschile e l'altro femminile), proprio in centro, nei pressi di via Tornabuoni, negozi che avevano gestito prima i nonni e poi il padre. "Basta con il commercio" aveva sentenziato il genitore, e appena il giovane si era laureato, per evitare ripensamenti, aveva ceduto l'attività e venduto anche i locali.

Dopo la laurea, fu sempre il padre ad inserire il giovane nel mondo della politica e scelse un partito non troppo a sinistra, né troppo a destra, ma pronto ad aiutare chi era al potere. E così, a trent'anni, l'avvocato era diventato Consigliere Comunale e a quaranta Onorevole. Raramente andava a Roma con l'auto: il treno era molto più comodo e ... non costava nulla. Era stato in due governi Sottosegretario, ora era in attesa di un dicastero, non importante, ma strategico per il suo partito: gli spettava di diritto.

Purtroppo, proprio in quei giorni, i colleghi di partito gli avevano assegnato un compito che lui non aveva gradito. Poiché un gruppo parlamentare di opposizione al governo aveva presentato un disegno di legge che, per tutelare la morale pubblica, di fatto avrebbe ripristinato le case di tolleranza, lui, oltre a dimostrare l'infondatezza della proposta, doveva indicare nuove strategie atte a migliorare l'attuale situazione.

Era vero che la prostituzione per le strade (e non solo) era diventata non più tollerabile e che il fenomeno era in aumento anche grazie all'arrivo costante e incontrollato di uomini e donne provenienti da tutte le parti del mondo; come era altrettanto vero che molti Paesi (che non potevano essere tacciati di "amoralità") avevano quartieri "A Luci Rosse" dove si faceva sesso a pagamento, nel rispetto di norme ben precise sia dal un punto di vista fiscale che sanitario. Per molti, però, legalizzare la prostituzione era amorale e degradante in particolare per un Paese tradizionalmente cattolico come l'Italia.

Però trovare una soluzione a tutti i problemi, non era una cosa facile.

Consultò dei sociologi, e tutti furono concordi nel ritenere che era sì necessario porre un freno al dilagare del fenomeno della prostituzione, ma era altrettanto vero che non si poteva impedire alle donne di esercitare "il più antico mestiere del mondo".

Qualcuna (nessuno dei convocati ricordava chi) aveva detto la storica frase: "La bicicletta è mia e ci faccio salire chi voglio io", ma certamente non era più l'epoca di aprire i "ghetti", né "i conventi." Perciò aveva ragione chi invocava "la libera professione" perché anche questa libertà doveva essere garantita alle donne. E la conclusione era stata: se chi esercita quel mestiere lo fa per libera scelta, "nulla quaestio", occorre però impedire lo sfruttamento e garantire il rispetto della moralità.

E l'Onorevole, dopo tutti quei saggi pareri, ... era d'accapo a quindici. La cosa migliore da fare era staccare la spina, e perciò decise di ritornare a Firenze, a casa. Era salito sul treno, una Freccia Rossa, nelle prime ore di un giovedì pomeriggio di un maggio afoso, senza avvertire nessuno: lasciava Roma prima del solito venerdì. Come spesso accadeva, la prima classe era semivuota: quattro giovani giapponesi che bisbigliavano animatamente; tre graduati dell'Esercito, seri e compiti; due giovani suore che leggevano. L'onorevole si sedette lontano da tutti, vicino al finestrino, e aprì il giornale; dette una scorsa ai titoli, poi iniziò a leggere l'articolo di fondo della prima pagina: "La crisi economica nel meridione d'Italia".

Quando il treno stava per partire, salì un'anziana signora, molto distinta, con un pesante borsone e lui si offrì subito ad aiutarla per sistemarle il bagaglio. "La ringrazio! Lei è molto gentile. Non ho trovato un facchino; ho sempre corso e credevo proprio di non riuscire a prendere questo treno!" disse trafelata. Era fiorentina come lui e si sedette, sfinita, proprio di fronte all'Onorevole. Lui riprese il giornale e iniziò a leggere l'artico di fondo. "Mi scusi, ma lei è ..." e la distinta anziana signora aveva detto proprio il suo cognome. Lui la guardò interdetto: di solito, quando lo riconoscevano, lo chiamavano Onorevole! "Sì" disse e cercò di abbozzare appena un sorriso e ritornò con gli occhi sull'articolo.

"È incredibile come lei assomiglia a suo padre! Come sta?"

"Purtroppo è morto da due anni."

"Mi dispiace, era un caro amico. Lei, naturalmente non si ricorda di me!"

"No, purtroppo no."

"Ne è passato del tempo! Ma forse, se ti rammento un particolare ..." disse sorridendo.

Quel "tu" lo infastidì, doveva subito dirle che ... ma lei lo precedette.

"Allora io ero una giovane signora e tu poco più di un ragazzo! Accadde nel vostro negozio di abbigliamento femminile ..."

La signora lo guardava e sorrideva.

Era evidente che alludeva ad un fatto realmente accaduto e questo lo metteva a disagio; doveva prendere subito le debite distanze da tanta invadenza:

"Mi scusi signora, ma io non ..."

"Entrasti nello stanzino dove si misuravano gli abiti e ... io ... ero nuda!"

L'onorevole, per un attimo, si disorientò, poi ... non poté fare a meno di sorridere: sì, sì, rammentava! Era stata la sua prima vera esperienza!

Si era trovato davanti ad una donna bellissima, tutta nuda, che teneva in mano un costume da bagno.

"Volevo una misura superiore a quella che la commessa mi aveva dato ed arrivasti tu" disse ancora l'anziana signora sorridendo.

Quel giorno (era la metà luglio e lui aveva diciassette anni), il padre l'aveva mandato nel negozio di abbigliamento femminile, per sostituire una delle due commesse che era andata in ferie. Raramente gli veniva affidato un simile incarico, ma qualche volta capitava. Quando lui era arrivato la commessa aveva appena servito una cliente che aveva scelto

---

Guerrino Giorgetti ha pubblicato volumi di narrativa con la Mondadori: *Memorie di un cacciatore pentito* (adattato come libro di lettura per le Scuole Medie con il titolo "Addio alla caccia"); *Storie di Animali; Uomini ed altri animali*. Collaborando con quotidiani e periodici ha ottenuto vari premi letterari e giornalistici. Alcuni racconti vengono riportati nei testi scolastici. Vive a Perugia.

un costume da bagno ed era andata a misurarlo nell'apposito stanzino. Lui era alla cassa. Ma la commessa ebbe un'impellente necessità d'andare in bagno e, prima di allontanarsi, gli disse:

"Se la signora dovesse chiedere una misura maggiore, portale questo."

E infatti, dopo pochi secondi:

"Signorina, vorrei provare una misura sopra." disse la cliente dallo stanzino.

E lui si precipitò con il costume e bussò appena alla porta.

La signora aprì e lui se la trovò davanti: nuda! Era splendida! Sotto la luce bianca del neon sembrava luminosa. E restò lì, con il costume in mano e la bocca spalancata.

Lei sorrise e, con calma, prese l'indumento e, lentamente, accostò la porta. Quando la signora uscì dallo stanzino, la commessa non era ritornata.

"Prendo questo più grande. Quanto viene?"

Lui disse il prezzo e lei: "Ma ... non mi fai un po'di sconto?" disse sorridendo.

E lui la buttò lì, la risposta, con un coraggio da leone: "Per quello che mi ha fatto vedere ... il costume è in omaggio." La signora sorrise e: "Ti do il mio numero di telefono. Chiamami domani, nel tardo pomeriggio."

Quando lei uscì, lui fece in fretta lo scontrino e mise nella cassa l'importo: il costume lo pagò lui. E da quel momento per lui iniziò la spasmodica attesa per quel tardo pomeriggio del giorno dopo. La signora abitava in centro e per lui, quella, fu un'esperienza indimenticabile. Anche perché, dopo il secondo incontro, lei gli disse che doveva pagare una bolletta della luce e non aveva il contante disponibile.

Fu la sua prima delusione d'amore: quella non era stata una conquista! Poi seppe che la signora, professoressa di Francese alle scuole medie, due anni prima aveva subito un processo per corruzione di un minorenne ed era stata licenziata in tronco.

E così lui non andò al terzo appuntamento.

L'anziana signora, molto distinta, adesso era seduta davanti all'Onorevole e sorrideva.

"Sei sposato?" gli chiese.

"Sì, ho due figli, una femmina ed un maschio."

"Abiti a Roma?"

"No, a Firenze. Qui ci vengo saltuariamente, per lavoro."

"Io abito un po' a Roma e un po' a Firenze. Cosa fai?"

"Sono avvocato."

Lei sorrise e: "Ti debbo fare una confessione: ho conosciuto ... molto bene sia tuo padre che tuo nonno!

Tre generazioni! Ma ci pensi? Però credo proprio che non avrò la fortuna di conoscere la quarta!" concluse ridendo.

Rise anche lui.

"Mi dovresti dare il tuo numero di telefono: non me lo auguro, ma potrei avere bisogno di un buon avvocato. Il mestiere che faccio ... comporta qualche rischio!"

"Cioè?"

"Gestisco qualche ragazza sia a Firenze che a Roma. Nei miei appartamenti."

"Io non faccio il penalista, mi interesso di consulenze finanziarie."

"E allora non mi servi! Guadagno bene, ma non come si potrebbe credere. Adesso c'è una concorrenza incredibile: le ragazzine, a quattordici, quindici anni già esercitano o in proprio o gestite dai genitori! E non parliamo delle straniere! Firenze e Roma sono in mano loro."

All'onorevole si accese una luce: forse aveva trovato una consulente per il suo intervento in parlamento, poteva avere informazioni da fonte sicura e ben documentata.

"Posso chiederti qualche ... chiarimento su questo problema?"

"Naturalmente!"

"Come ... inizia, una ragazza, a fare ... il lavoro?"

"Innanzitutto va chiarita una cosa: puttane non si nasce, ci si diventa. E sempre per necessità o per costrizione. C'è un libro che dovresti leggere : "La prostituzione nel Medioevo".

E dal Medioevo ad oggi non è cambiato niente. Anzi, non è cambiato niente fin da quando, su questa terra, si è insediato il genere umano. La donna è stata sempre sfruttata dall'uomo. Per lei non c'è mai stata giustizia e nemmeno parità. Anche il Padre Eterno su di lei si è accanito. È stata lei ad indurre Adamo a mangiare la fatidica mela gettando l'umanità nel baratro. "Tu partorirai con grandi dolori e sarai soggetta all'uomo." Adamo invece, per lo stesso peccato, avrebbe dovuto lavorare la terra con sudore e sacrificio. Ma cosa ha fatto Adamo? Ha inventato il trattore e adesso con quello scorrazza tranquillamente per i campi, mentre Eva, dopo aver soddisfatto Adamo, per nove mesi va in giro a pancia piena. E poi arriva il parto, che non è mai una passeggiata. Pertanto lui inzuppa il biscottino e poi se ne va contento e soddisfatto; lei, invece, ... Io invidio la Mantide Religiosa!"

"Chi?"

"La Mantide Religiosa. È un insetto molto simile alla cavalletta, ma è verde e sta con le due zampe anteriori in una posizione che sembra in preghiera, e da qui il nome. Quando è pronta per la riproduzione, attira il maschio che la feconda. Concluso l'atto ... lei se lo mangia e lo magia tutto! Zampe comprese. Ti sei divertito? Mi hai messo nei guai? E io ti mangio. Così lei oltre o non rischiare d'essere cornuta, leva dal mondo un impunito gaudente."

L'onorevole sorridendo: "Mi dicevi di quel libro sul Medio Evo: chi è l'autore?"

"Jacques Rossiaud, un francese. Ha lavorato sui documenti comunali dell'epoca e da allora non è cambiato niente. Una fa la prostituta o perché è stata sedotta e abbandonata, o perché resta vedova e priva di mezzi, o perché un mascalzone la sfrutta facendole credere che l'ama. Io non prendo minorenni e divido con le mie ragazze i guadagni, do loro la massima sicurezza e riservatezza."

"Pertanto" disse l'Onorevole "secondo te non c'è nessuna predisposizione per ..."

"No, assolutamente. Naturalmente ci sono donne più o meno portate a godere e a far godere, ma questo vale anche per gli uomini."

"Perciò non si tratta di pavimento pelvico!"

"E cosa c'entrano i pavimentisti con il sesso? Quelli conoscono i marmi, le ceramiche, il legno!"

E lui ridendo: "No, il pavimento pelvico è l'insieme degli organi sessuali, anali ... le parti basse, insomma."

"Non lo sapevo, interessante... allora voglio mettere un cartello nelle camere con scritto: qui abbiamo cura del vostro pavimento pelvico."

La conversazione continuò e all'Onorevole si aprirono orizzonti nuovi, certamente utili considerazioni. Oramai erano a Firenze. "Se vuoi, ti do il mio numero di cellulare" disse lei.

Lui lo registrò sul suo telefonino e lei, educatamente, non chiese quello dell'Onorevole.

"Quando vuoi, se intendi passare un pomeriggio o una notte ... a Firenze o a Roma, telefonami. Ho solo giovani sicure, signore di classe. Qui ho una signora eccezionale!

Bella, distinta, bravissima. Una vera appassionata nel suo lavoro. Soddisfa tutti e tutte!"

"Ti ringrazio." "Anzi, te la faccio conoscere: poiché io non guido la macchina, oggi mi viene a prendere alla stazione. Se vuoi ti posso dare un passaggio."

"Ti ringrazio, ma abito proprio vicino a Santa Maria Novella, faccio due passi." Il treno si fermò: erano arrivati.

Lui prese il borsone della signora e si avviarono e scesero dal treno.

"Eccola che arriva" disse lei e aggiunse: "Dì la verità, non è una gran bella donna? Un topone! Via, avvocato, facci un pensierino."

La signora veniva verso di loro: distinta, elegantissima: sorrideva.

L'Onorevole non sorrise: era sua moglie.

APPLICAZIONI UNITARIE di SISTEMA

www.intestino-regolare.it • www.pelvicaus.it

AUS: perché?

AUS si occupa del benessere del pavimento pelvico considerato come una struttura anatomica e funzionale unitaria nelle sue tre componenti, anteriore *urinaria*, centrale *genitale* e posteriore *intestinale*.

Le linee di produzione *medicale*, *igiene* e *officinale-parafarmaceutica* si fondano su una lunga esperienza clinica nel campo della fisiologia e delle più diverse patologie del pavimento pelvico.

L'obiettivo prioritario e costante di AUS è quello di offrire benefici nel modo più semplice pur con tecnologie complesse, tenendo ben presenti l'importanza e la delicatezza della sfera intima coinvolta in questo settore.

Linea di fitoterapia

A.U.S. srl - Via Croce Rossa, 42 - 35129 Padova

Mostri e mostre PICASSO A cura di GUERRINO GIORGETTI

Si stanno programmando nelle maggiori città europee (e non solo) grandi mostre dedicate a Pablo Picasso, certamente uno degli artisti più celebrati e più discussi del '900.

L'artista spagnolo è stato fra i primi ad aprire orizzonti nuovi alle espressioni artistiche, a caratterizzare un'arte figurativa fuori dagli schemi tradizionali. Non si rappresentavano più, sulle tele, né si scolpivano, quello che gli occhi vedevano, né quello che le emozioni suscitavano, ma si dava forma a ciò che la fantasia, la mente, il subconscio suggerivano. Una mela non era più una mela; un volto, la figura umana, gli oggetti non erano più tali, ma diventavano come le loro forme si potevano disporre nello spazio e perciò le immagini venivano scomposte, proiettate in piani diversi, trasfigurate come in un caleidoscopio. Era la mente che creava nuove armonie (o disarmonie) nelle immagini riprodotte dagli artisti. E per i tradizionalisti, quegli artisti (e Picasso ne era il capo-scuola), creavano solo Mostri.

Le opere di Picasso non sono mai passate inosservate: fin dall'inizio della sua carriera hanno suscitato più scandalo che disapprovazione, più rabbia che disprezzo. E proprio queste feroci considerazioni aprirono all'artista la porta della fama ed alla sua creatività (ai suoi Mostri) il successo.

Un critico, commentando le immagini femminili e maschili presenti in una delle sue prime mostre parigine, scrisse che non sarebbe stato facile, per i personaggi picassiani, sia fare sesso sia assolvere alle normali funzioni fisiologiche: diventava arduo e improbabile, per costoro, reperire le vie d'accesso e di fuga. Ma malgrado le tante feroci critiche ed il facile e scontato sarcasmo dei tradizionalisti, Picasso assurse subito a chiara fama e questo, purtroppo, aprì la porta a tanti, tantissimi volgari imitatori che approfittarono dell'indubbio smarrimento venutosi a creare anche nell'opinione pubblica per spacciare per arte le loro creazioni che erano (e restano) solo stupide imitazioni e volgari dabbenaggini.

Indubbiamente è abbastanza facile, per chi sa tenere il pennello in mano, imitare Picasso e, a detta degli esperti, sono tanti i falsi che si trovano nelle abitazioni degli arricchiti e (si sussurra) in alcuni musei di arte contemporanea. Sembra che vittime illustri siano state anche alcune nostre banche nazionali che avrebbero acquisito quelle opere o come pegno per prestiti concessi o come investimenti.

Per l'opera di Picasso, e per l'arte moderna in generale, obiettivamente, non è sempre possibile stabilire dove finisce la creatività del genio e dove inizia invece la furbizia dell'opportunista imbrattatele. Citare alcuni esempi clamorosi di errori è facile: in una importante mostra internazionale d'arte contemporanea, un mese dopo l'apertura, l'artista scopri che un suo quadro, osannato dalla critica, era stato appeso al muro ... capovolto; in un fiume cittadino, qualche anno fa, vennero rinvenute alcune sculture (delle teste) che da molti famosi critici d'arte moderna (e fra questi si dice anche il grande Giulio Carlo Argan) vennero senza alcun dubbio attribuite ad Amedeo Modigliani. E poi si scoprì che le opere erano state fatte (in poche ore e utilizzando anche i martelli pneumatici) da alcuni studenti burloni, solo pochi giorni prima del "fortunato" rinvenimento.

L'opera più significativa di Picasso, per me, è la grande tela (cm.3493 x 776,6) *Guernica*, esposta a Madrid nel Museo Nacional, Centro de Arte Reina Sofia. Nell'aprile del 1937 durante la guerra di Spagna gli aerei tedeschi bombardarono e distrussero la cittadina basca Guernica in ore in cui le strade erano affollate. E fu un eccidio. Nella tela non c'è compiacenza di colori: prevalgono i grigi, in nero, il bruno. Non c'è sangue, ma arti recisi, teste divelte, bocche umane e di animali, un bue ed un cavallo, spalancate, urlanti, occhi sbarrati, mani protese. Non c'è sangue, ma solo orrore. Lo spettatore resta lì, davanti a quell'opera, stordito, in silenzio. Ho visto una donna anziana farsi il segno della croce.

Picasso gioca molto con i colori: nelle tele li accosta puri e poi li mescola, creando policromie impossibili da immaginare, ma sempre efficaci. Gioca con le figure umane scomponendole e disarticolandole, riducendole a fantastici manichini, con occhi che ti osservano, immobili, come per irridere il tuo stupore. E Picasso, il vero Picasso, è forse tutto lì: proteso a stupirti, con le sue immagini irrituali.

Parlare con obiettività su questo artista non è facile, perché non è facile capire dove finisce il genio ed inizia l'opportunista, perché, ed è documentato, non disdegnava il facile guadagno, e l'esibizionista ben remunerato.

A New York una prestigiosa galleria sembra stia preparando una grande mostra su Pablo Picasso accentrata sull'evoluzione (o involuzione) della figura umana. Secondo me, per evitare polemiche, sarebbe opportuno vietare l'ingresso agli specialisti del pavimento pelvico.

Guerrino Giorgetti ha pubblicato volumi di narrativa con la Mondadori: *Memorie di un cacciatore pentito* (adattato come libro di lettura per le Scuole Medie con il titolo "Addio alla caccia"); *Storie di Animali; Uomini ed altri animali*. Collaborando con quotidiani e periodici ha ottenuto vari premi letterari e giornalistici. Alcuni racconti vengono riportati nei testi scolastici. Vive a Perugia.

P. Picasso (1881-1973): Joie de vivre, 1946

Certi “ospiti” sono sempre scomodi.

Blunorm® Forte

COMPRESSE
FAST-SLOW

Integratore alimentare a base di Acido α-Lipoico, flavonoidi fitosomati e selezionati da estratti da Ginkgo biloba e Vitis vinifera, con Vitamine del gruppo B e Selenio.

1 COMPRESSA contiene:
400 mg **di ACIDO α-LIPOICO**
200 mg **di LEUCOSELECT® FITOSOMA®**
80 mg **di GINKGOSELECT® FITOSOMA®**

SENZA GLUTINE

MODO D’USO:
2 compresse al giorno per 10 giorni, seguiti da un uso continuativo di **1 compressa al giorno.**

LABOREST®

CERTIFICAZIONE SISTEMA DI GESTIONE ISO 9001 - ISO 22000

laborest.com

pelvilen® Dual Act

Il **Dolore Pelvico Cronico** non è solo **dolore**

PEA-um®

PALMITOILETANOLAMIDE
ultra-micronizzata (PEA-um®)

dimensione particellare 0,8 ÷ 6,0 µm

PEAPol-m®

PALMITOILETANOLAMIDE
co-micronizzata
con **Polidatina (PEAPol-m®)**

dimensione particellare 2,0 ÷ 10,0 µm

© 2014 EPITECH GROUP

epitech group

info@epitech.it

pelvilen.com