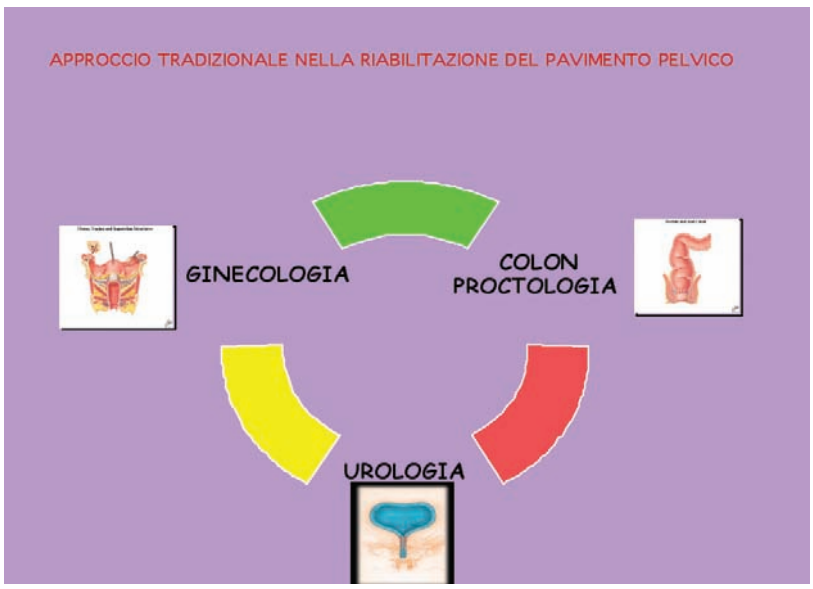
Approccio tradizionale e significato innovativo dell'integrazione nella riabilitazione del pavimento pelvico (*)

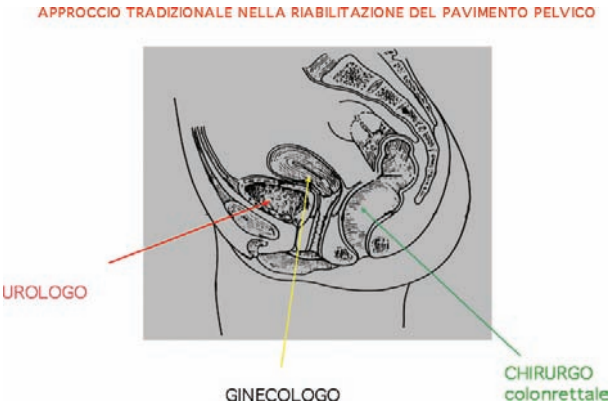
ANTONELLA CAVALIERI

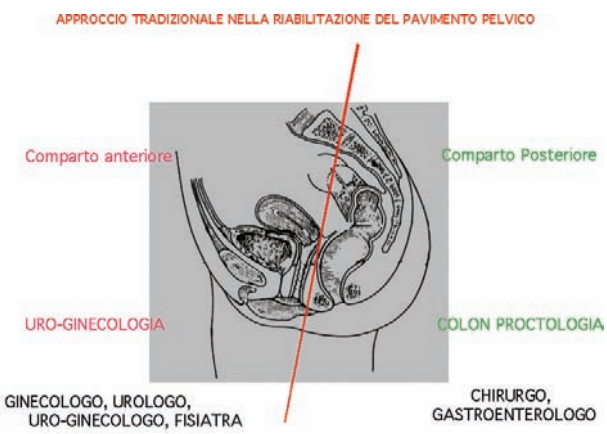
Ostetrica - Divisione Ostetrica - Azienda Ospedaliera di Padova

(*) Sintesi della relazione presentata nel Corso del 6-7 Giugno 2008

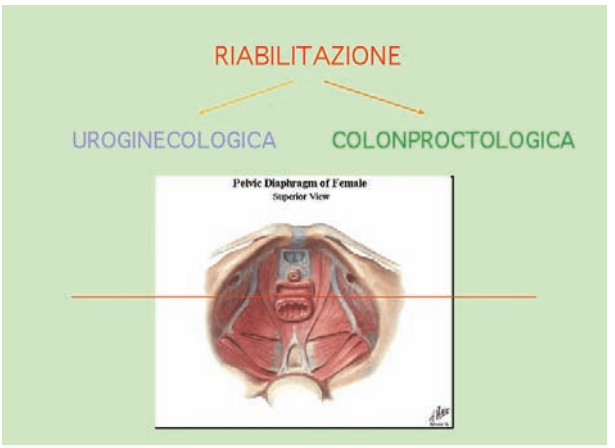


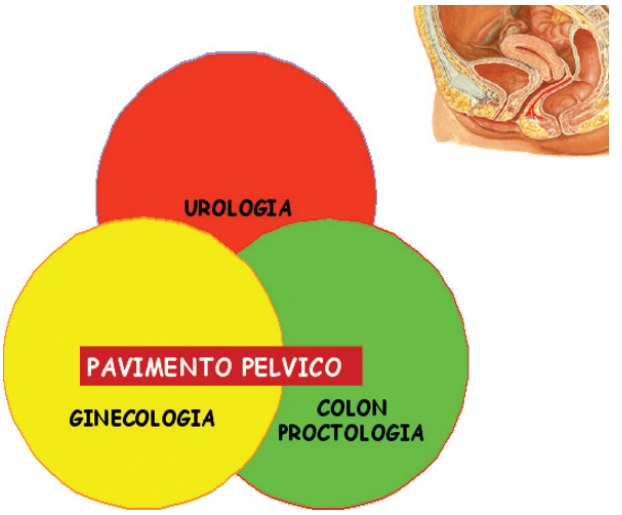
Quando si parla di riabilitazione perineale si pensa alla riabilitazione uro-ginecologica, considerando così solo una parte del pavimento pelvico. Esistono diverse disfunzioni del comparto posteriore, spesso in relazione con problematiche del comparto anteriore. Se non trattate assieme possono ridurre i successi terapeutici ed essere complici nell'insorgere delle recidive.

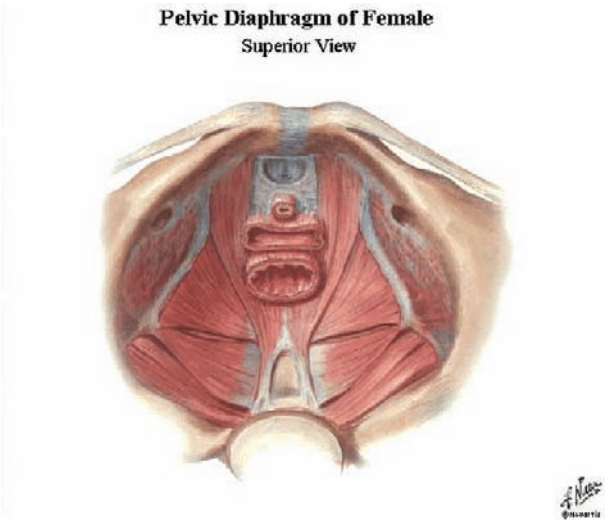


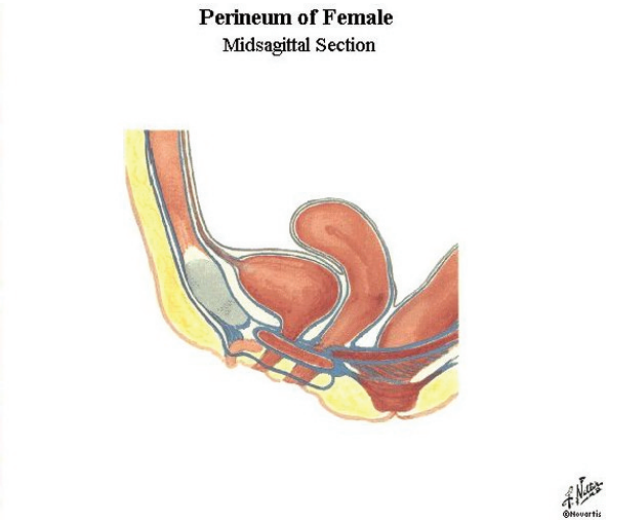


Ogni specialista si occupa solo del proprio distretto con la conseguenza di una terapia mirata al singolo organo. Questa divisione non permette di valutare la persona nella sua interezza.









Coesistenza di disfunzioni a carico dei tre compartimenti

- Diversi pazienti trattati per disfunzioni colorettali mostrano allo stesso tempo sintomi uroginecologici.
- Pazienti trattati per incontinenza anale hanno evidenziato incontinenza urinaria nel 53% dei casi e prolasso genitale nel 18%.
- Pazienti operati per prolasso rettale manifestavano nel 65% dei casi incontinenza urinaria e nel 34% prolasso genitale.
- Prolasso genitale è stato osservato nel 44% di donne con stipsi.

Gonzales-Argente FX et al. Dis Colon Rectum 2001; 44: 920-6.
Meschia M et al. Obstet Gynecol 2002; 100: 719-23.
Altman D. et al. Dis. Colon Rectum 2005; 49: 28-35.
Soligo M et al. Obstet Gynecol 2006; 195: 50-5.

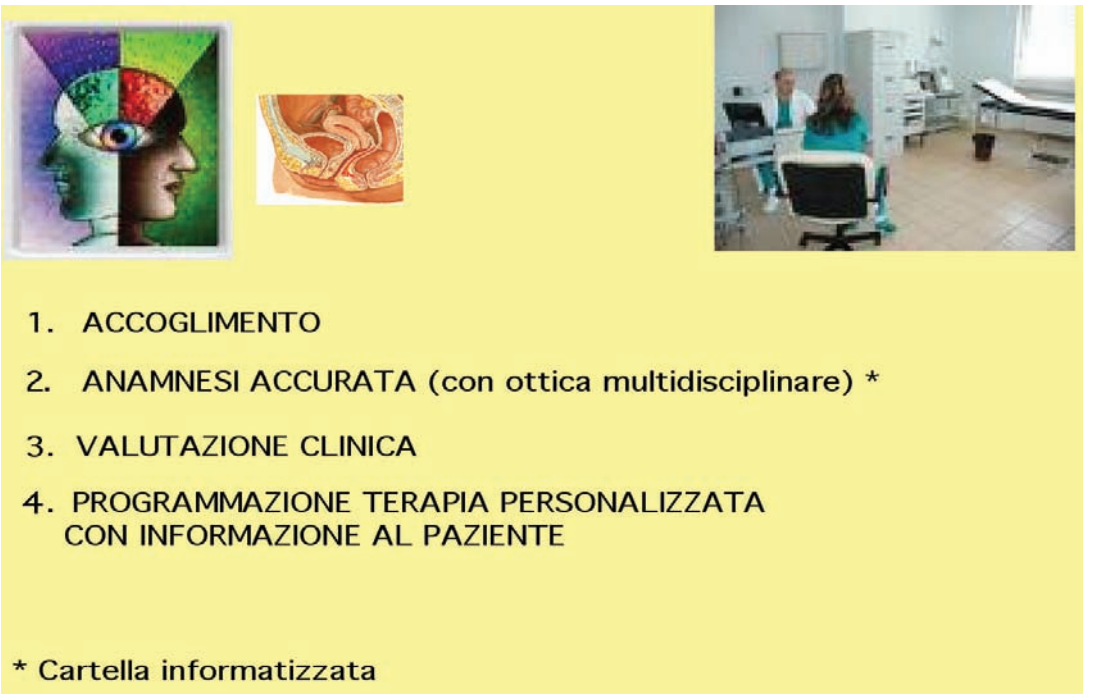
Il pavimento pelvico va considerato come un organo unico che necessita di un approccio interdisciplinare.

Ciò è confermato dalla letteratura che dimostra come le disfunzioni dei tre comparti anteriore, medio e posteriore possano combinarsi fra loro.

Nella donna il perineo è inoltre collegato con la sfera emotiva più intima. L'empatia che il terapeuta riuscirà a stabilire con il paziente permetterà l'accesso a quest'area ottenendo così i migliori risultati possibili.
L'imbarazzo iniziale potrà essere superato e la donna sarà libera di esprimere i propri quesiti e dubbi senza vergogna.

Spostando il punto di partenza dalla disfunzione alla persona occorre cambiare l'approccio terapeutico. Questo deve essere attuato a 360 gradi considerando tutti gli aspetti sia fisici che psichici.

La riabilitazione deve considerare sia le disfunzioni del pavimento anteriore che quelle del posteriore.
Il terapeuta deve prevedere sedute riabilitative per entrambi i comparti, lavorando direttamente sui distretti muscolari interessati.



Guardando all'individuo la riabilitazione deve tener conto della possibile co-presenza di disfunzioni pelvi-perineali e della relazione che queste hanno con la mente.
Ove necessario, è doveroso prendere in esame la collaborazione con altre figure professionali affinché il paziente possa raggiungere i migliori risultati.