

Vol. 28

N.1

Marzo 2009

Rivista Italiana di Colon-Proctologia

Fondata nel 1982

Già organo ufficiale della Società Italiana di Colon-Proctologia

INSERTO PER L'ITALIA

PELVIPERINEOLOGIA

www.pelviperineologia.it

Editore

GIUSEPPE DODI

Co-Editore Uro-Ginecologia

RODOLFO MILANI

Comitato Editoriale

DONATO ALTOMARE
WALTER ARTIBANI
CORRADO ASTERIA
GABRIELE BAZZOCCHI
FRANCESCO BENVENUTI
GIAN ANDREA BINDA
MAURO CERVIGNI
ANTONIO CISTERNINO
BRUNO COLA
FRANCESCO CORCIONE
FRANCO CORNO
ELISABETTA COSTANTINI

RAFFAELE DE CARO
DAVIDE DE VITA
GIAN GAETANO DELAINI
PAOLO DI BENEDETTO
FABIO GAJ
EZIO GANIO
FILIPPO LA TORRE
PIETRO SALVATORE LITTA
ANTONIO LONGO
GIOVANNI MILITO
GABRIELE NALDINI
MARIO PESCATORI

RENATO PIETROLETTI
VITTORIO PILONI
FABIO POMERRI
MASSIMO PORENA
FILIPPO PUCCIANI
GABRIELE RIEGLER
BRUNO ROCHE
DIEGO SEGRE
SALVATORE SIRACUSANO
MARCO SOLIGO
MARIO TROMPETTO
ROBERTO VILLANI

INDICE

- 3** Ureteroidronefrosi e prolasso degli organi pelvici MICHELE DEL ZINGARO, SILVIA GIOVANNOZZI, MASSIMO LAZZERI, CLAUDIA BRUSCIA, EMANUELA FRUMENZIO, RAFFAELA BRUNO, ELISABETTA COSTANTINI
- 8** Sulodexide nel trattamento conservativo delle emorroidi di II grado sintomatiche NICOLA LIZZA, VITA MARIA NATUZZI
- 11** Approccio tradizionale e significato innovativo dell'integrazione nella riabilitazione del pavimento pelvico ANTONELLA CAVALIERI

Ureteroidronefrosi e prolasso degli organi pelvici

MICHELE DEL ZINGARO - SILVIA GIOVANNOZZI - MASSIMO LAZZERI - CLAUDIA BRUSCIA
EMANUELA FRUMENZIO - RAFFAELA BRUNO - ELISABETTA COSTANTINI

Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche e Sanità Pubblica, Sezione di Urologia e Andrologia, Università degli Studi di Perugia, Italia

Riassunto: Scopo di questo studio osservazionale è determinare la prevalenza dell'ureteroidronefrosi in una popolazione femminile selezionata, sottoposta a chirurgia per prolasso severo degli organi pelvici (POP di stadio >2) tra Gennaio 2000 e Dicembre 2007. Sono state incluse nello studio 257 pazienti consecutive. Tutte sono state sottoposte a valutazione uro-ginecologica standardizzata pre-operatoria comprendente anche una ecografia renale. Il follow up post-operatorio è stato a 3,6,9 mesi, poi annuale. In 13 pazienti (5%) nel pre-operatorio è stata diagnosticata ureteroidronefrosi. L'età media era di 69,2 ± 6,6 anni; in 8 pazienti (3,1%) l'idronefrosi era bilaterale, in 5 (1,9%) bilaterale. L'ureteroidronefrosi era in 5 casi di grado moderato, in 8 severo. In 4 pazienti la dilatazione non era correlata con il prolasso. Il prolasso è stato clinicamente corretto in ogni paziente. L'ureteroidronefrosi è scomparsa in 7 su 9, mentre in 2 è residua una moderata ectasia del tratto urinario superiore. Pre-operatoriamente la funzionalità renale era normale in 12 pazienti (creatinemia media 113 µmol/L ± 15); 1 paziente presentava una creatininemia elevata: 220 µmol/L. Nessuna ha sviluppato insufficienza renale ad un follow up medio di 43,5 mesi. Nelle pazienti con prolasso severo la prevalenza dell'ureteroidronefrosi associata è stata del 3,5%. La correzione chirurgica del prolasso consente anche la risoluzione dell'ureteroidronefrosi associata, permettendo la prevenzione delle complicanze a lungo termine. Una ecografia pre-operatoria, soprattutto nelle pazienti con prolasso uterino severo, ha un importante ruolo diagnostico.

Parole chiave: Prolasso degli organi pelvici; Ureteroidronefrosi; Ecografia; Chirurgia.

URETEROHYDRONEFROSIS AND PELVIC ORGAN PROLAPSE

Summary: Aim of this observational study was to investigate the prevalence of ureterohydronephrosis in a female population who was referred for pelvic organ prolapse (POP > 2) from January 2000 and December 2007 and that underwent vaginal or abdominal surgery for POP correction. In the study 257 consecutive patients were included. All patients underwent a standard pre-operative uro-gynecological evaluation, including an abdominal ultrasound. Follow-up were scheduled at 3,6,9 months post operatively and then annually. A total of 13 patients (5%) presented a pre-operative diagnosis of ureterohydronephrosis. The mean age was 69.2 ± 6.6. Eight patients (3.1%) had bilateral, and 5 (1.9%) monolateral ureterohydronephrosis. Ureterohydronephrosis was moderate in 5 cases and severe in 8. In 4 patients the dilation was not POP-related. The prolapse was surgically corrected in all patients. Ureteral ureterohydronephrosis was cured in 7 out of 9 patients, a moderate ectasia of the upper urinary tract persisted in the other 2 patients. Pre-operative renal function in patients with ureterohydronephrosis was normal in 12 patients (mean 113 µmol/L ± 15); one patients had high serum creatinine concentration: 220 µmol/L. None of these patients developed renal failure at the mean follow-up of 43.5 months. The prevalence of ureterohydronephrosis was 3.5% in patients with POP who were candidate to surgery. POP repair usually resolves prolapse-related ureterohydronephrosis and prevents serious long term complications. A pre-operative abdominal ultrasound has an important preoperative diagnostic role, in particular in patients with severe uterine prolapse.

Key words: Pelvic organ prolapse; Ureterohydronephrosis; Ultrasound; Surgery.

INTRODUZIONE

Il prolasso degli organi pelvici (POP) è la discesa attraverso la vagina degli visceri pelvici. Può interessare isolatamente o in varia combinazione sia la parete vaginale anteriore che posteriore, l'utero o l'apice della vagina. Nella popolazione generale la prevalenza del POP è stimata essere del 37% con un picco del 64,8% nelle donne più anziane.¹ Alla fine degli anni '90 negli USA erano state praticate più di 225.000 procedure chirurgiche per la correzione del prolasso, con una incidenza riportata del 22,7% per 10.000 donne.^{2,3} Il costo del POP negli USA è stato stimato essere maggiore di più di un bilione di dollari e costi simili si prospettano anche nei Paesi occidentali.⁴ Il prolasso è la più frequente indicazione all'esecuzione di un'isterectomia in donne in post menopausa, e rappresenta il 15-18% delle procedure in tutti i gruppi di età.⁵

È spesso causa di sintomi del basso tratto genitale, urinario (LUTS) e gastrointestinale, che modificano significativamente la qualità di vita delle pazienti.⁶ L'associazione fra il prolasso degli organi pelvici e l'ureteroidronefrosi è stata studiata a lungo,^{7,8} ma i dati sulla prevalenza sono molto discordanti.^{9,10} Queste variazioni sono probabilmente dovute alle differenze nella severità del prolasso e alla mancanza di studi descrittivi osservazionali in un significativo numero di pazienti.

Poiché l'insufficienza renale e le infezioni del basso tratto urinario sono complicanze importanti nelle donne affette da POP e ureteroidronefrosi, la conoscenza della prevalenza, la precocità della diagnosi, la sua corretta gestione

ed il follow up sono importanti per ridurre la morbilità di questa associazione. Lo scopo di questo studio è stato quello di determinare la prevalenza dell'ureteroidronefrosi in una popolazione femminile selezionata e sottoposta a chirurgia per prolasso degli organi pelvici (POP).

MATERIALI E METODI

È stato eseguito uno studio retrospettivo osservazionale su 257 pazienti di età compresa fra 18 e 75 anni, che si sono rivolte al Nostro Centro di Uroginecologia tra Gennaio 2000 e Dicembre 2007 per essere sottoposte ad intervento chirurgico. I criteri di inclusione erano: POP > 2, con o senza incontinenza urinaria (UI). I criteri di esclusione erano: lesioni uterine benigne o maligne (leiomioma, fibroma, carcinoma cervicale o endometriale), malattia infiammatoria pelvica, ipersensibilità verso i materiali sintetici (polipropilene, politetrafluoroetilene, polietilene tereftalato, acido poliglicolico), gravidanza o allattamento, patologie cardiovascolari, renali, epatiche o respiratorie, e tutte le condizioni soggettive che avrebbero potuto interferire con la chirurgia.

Tutte le pazienti sono state sottoposte ad una accurata raccolta dell'anamnesi, ad un esame obiettivo, ai questionari UDI-6 e IIQ-7, alla compilazione del diario minzionale, all'urinocoltura, al pad test di un'ora e ad una ecografia addomino-pelvica. L'esplorazione vaginale è stata condotta in posizione ginecologica e in ortostatismo, a riposo e al massimo riempimento vescicale. Il grado del POP è stato valutato in base alla classificazione di B&W¹² e al POP-Q sistem per la descrizione quantitativa.¹³ I sintomi urinari

sono stati classificati in base ai criteri dell'ICS e suddivisi in disturbi di riempimento e di svuotamento. L'incontinenza urinaria è stata classificata clinicamente sulla base della definizione dell'ICS¹¹ e graduata in base alla scala di Ingelman-Sunderberg.¹⁴ Infine, tutte le pazienti sono state sottoposte ad una valutazione urodinamica del basso tratto urinario e ad una ecografia perineale.¹⁵

Il follow up è stato programmato a 3, 6 e 9 mesi nell'immediato post operatorio e poi annualmente; in occasione della visita di controllo è stata posta particolare attenzione alle pazienti con diagnosi di ureteroidronefrosi che sono state sottoposte ad ecografia renale di controllo.

Il primo parametro di valutazione è stato la risoluzione dell'ureteroidronefrosi e le modificazioni della funzionalità renale analizzata sulla base della creatinemia ($\mu\text{mol/L}$). Tutte le pazienti che nel pre-operatorio presentavano una dilatazione della pelvi renale (evidenziata ecograficamente Fig. 1) sono state sottoposte ad una ecografia dinamica dell'alto tratto urinario, una TC o una RX urografia (Fig. 2) e ai tests di funzionalità renale.

La severità dell'ureteroidronefrosi è stata classificata da lieve a severa; se era presente ureteroidronefrosi bilaterale, veniva assegnato il grado maggiore.

Tutti i dati estrapolati sono stati espressi come media \pm deviazione standard per le variabili parametriche e come mediana per le variabili non parametriche. Per la comparazione fra i gruppi è stato utilizzato, quando indicato, il t-test, e una $p < 0.05$ è stata considerata significativa.

RISULTATI

Le caratteristiche demografiche e cliniche della popolazione generale sono riportate nella tabella 1.

Una descrizione dettagliata del POP per ogni compartimento è riportata nella tabella 2 e la valutazione urodinamica nella tabella 3. Un totale di 13 pazienti (5%) ha ricevuto una diagnosi pre operatoria di ureteroidronefrosi. L'età media delle pazienti era $69,2 \pm 6,6$ anni, 8 di queste (3,1%) avevano una idronefrosi bilaterale, e 5 (1,9%) monolaterale. L'ureteroidronefrosi era moderata in 5 casi e severa in 8. Era presente correlazione con il prolasso in 9 pazienti (3,5%), e tutte presentavano un prolasso uterino mentre 4 avevano una ureteroidronefrosi associata ad anomalie renali congenite o ad altre patologie non correlate al prolasso: 1 stenosi del giunto pielo ureterale, 1 paziente con rene grinzo idronefrosico e un meato ureterale distale ectopico (Fig. 3a e 3b). 1 ureteroidronefrosi associata a calcolosi del tratto lombare dell'uretere

TABELLA 1. – Caratteristiche demografiche e cliniche delle 257 pazienti e delle 13/257 con ureteroidronefrosi.

	Popolazione totale (N = 257)	Pazienti con idronefrosi (N = 13)
Età (media \pm DS)	62.49 \pm 10.17	69.21 \pm 6.6
BMI (media \pm DS)	26 \pm 3.5	26 \pm 3.3
Menopausa	232 (90.3%)	13 (100%)
Precedente chirurgia uroginecologica	47 (18.2%)	2 (15.3%)
Ipertensione	95 (37%)	4 (30.6%)
Diabete	19 (7.4%)	2 (15.3%)
Ipertiroidismo	24 (9.3%)	0
Parità (mediana)	2	2
Incontinenza urinaria	167 (64.9%)	5 (38.4%)
Sintomi di riempimento	204 (79.3%)	11 (84.6%)
Sintomi di svuotamento	173 (67.3%)	8 (61.5%)

TABELLA 2. – Dettaglio del prolasso degli organi pelvici e precedente isterectomia in 257 pazienti e in 13 con idronefrosi associata.

A: sistema di classificazione Halfway

	Popolazione totale (N = 257)	Pazienti con idronefrosi (N = 13)
Uretrocele		
Grado	0	14
	1	37
	2	92
	3	114
		0
		11
Cistocele		
Grado	0	10
	1	16
	2	29
	3	161
	4	41
		0
		1
		3
		5
		1
Rettocele		
Grado	0	19
	1	98
	2	86
	3	47
	4	7
		1
Descensus uterino		
Prima dell'isterectomia	77	2
Grado	0	10
	1	59
	2	63
	3	45
	4	3
		0

B: stadiazione mediante POP-Q

	Popolazione totale (N = 257)	Pazienti con idronefrosi (N = 13)
Uretrocele		
Grado	0	14
	1	30
	2	103
	3	110
		0
		2
		1
		10
Cistocele		
Grado	0	10
	1	15
	2	36
	3	155
	4	41
		0
		6
		6
Rettocele		
Grado	0	19
	1	90
	2	96
	3	47
	4	5
		1
Isterocele		
Prima dell'isterectomia	77	2
Grado	0	10
	1	57
	2	67
	3	43
	4	3
		0

TABELLA 3. – Parametri urodinamici nelle 257 pazienti con prolasso degli organi pelvici e in 13 pazienti su 257 con idronefrosi associata.

	Popolazione totale (N = 257)	Pazienti con idronefrosi (N = 13)
<i>Uroflussometria libera</i>		
Q max (ml/sec)	21.4 ± 11.5	12.8 ± 6.5
RPM (ml)	48	6
<i>Cistomanometria</i>		
Iperattività detrusoriale	66	4
<i>Studio pressione/flusso</i>		
P _{op det} (cm H ₂ O)	26 ± 18	42 ± 31
P _{max det} (cm H ₂ O)	35.8 ± 20.7	45 ± 26
P _{Qmax det} (cm H ₂ O)	27.5 ± 15.9	38 ± 26

sinistro (Fig. 4) e 1 ureteroidronefrosi iatrogena successiva a colposospensione sec. Burch (Fig. 5).

In queste ultime 4 pazienti la chirurgia è stata eseguita sia per la correzione del prolasso, che per correggere l'idronefrosi. Nella paziente con ureteroidronefrosi iatrogena, è stata eseguita una nefrectomia per la presenza di rene escluso. Nella paziente con rene idronefrotico e meato ureterale distale ectopico, è stata effettuata la coagulazione endoscopica dell'uretere terminale e successivamente nefroureterectomia e istero-colposacropessia. Poiché la stenosi del giunto pielo ureterale era asintomatica e la funzionalità renale normale, l'anomalia congenita non è stata corretta. La paziente con malattia litiasica lombare è stata sottoposta a colpo isterectomia associata a culdoplastica sec. McCall e a posizionamento di stent ureterale doppio J. Il trattamento ESWL ha risolto la malattia litiasica nei successivi 2 mesi successivi all'intervento.

È stata trovata correlazione fra prolasso e ureteroidronefrosi in 9 pazienti: 3 presentavano ectasia monolaterale (2 moderata, 1 severa); 4 ectasia simmetrica bilaterale (moderata in 1, severa in 3); 2 avevano una dilatazione asimmetrica (moderata da un lato e severa dall'altro in una paziente, lieve da un lato e moderata dall'altro nella seconda paziente). Sette pazienti sono state sottoposte a ricostruzione integrale del pavimento pelvico per via addominale.¹⁶ In due pazienti è stato utilizzato un approccio vaginale: colpoisterectomia con cistopessi, sospensione al legamento sacrospinoso e colpoperineoplastica; in una paziente colpoisterectomia con cistopessi; colposospensione e oblitterazione dello scavo del Douglas nell'altra. La chirurgia ha com-



Fig. 1. – Ecografia renale in paziente con POP ed idroureteronefrosi.

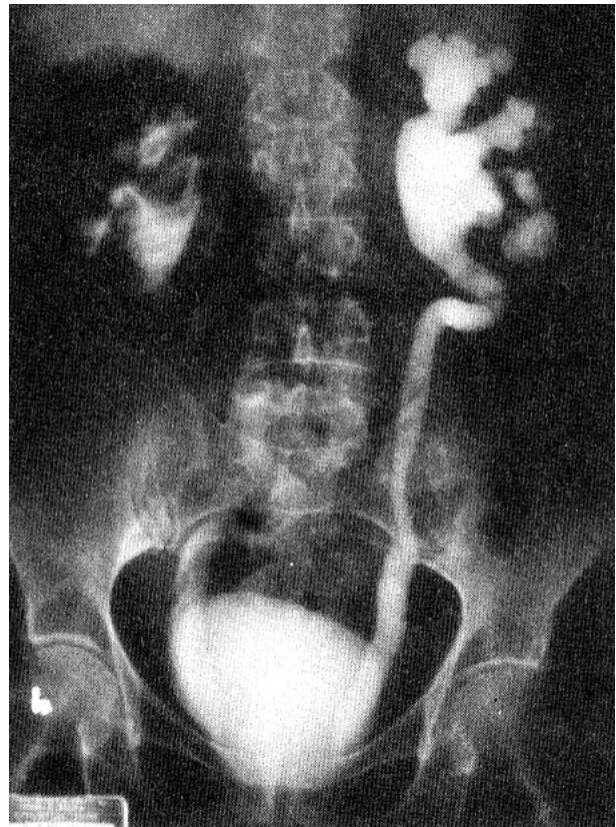


Fig. 2. – Rx urografia in paziente con prolasso uterovaginale severo ed ureteroidronefrosi associata.

pletamente risolto il prolasso in 6/9 pazienti. In 3 pazienti è residuo un prolasso lieve (grado I-II). La chirurgia ha risolto l'idronefrosi in 7 pazienti (Fig. 6).

In una paziente è stata riscontrata una lieve pielectasia (stasi non ostruttiva) e in un'altra una pielectasia ureterale sinistra. In quest'ultima paziente una risonanza magnetica ha mostrato una ostruzione del tratto intramurale, suggerendo una compressione ureterale estrinseca. La paziente ha rifiutato tutte le forme di terapia ed è stata controllata nel tempo.

La media della funzionalità renale nella popolazione generale era di 104 $\mu\text{mol/l}$ e di 113 $\mu\text{mol/l}$ in pazienti con ureteroidronefrosi (range 65-120 $\mu\text{mol/l}$). Delle pazienti con ureteroidronefrosi, 12 avevano una funzionalità renale normale al momento della diagnosi, mentre una delle pazienti aveva una creatininemia elevata: 220 $\mu\text{mol/l}$. La creatininemia è scesa a 170 $\mu\text{mol/l}$ dopo 3 mesi ed è rimasta stabile ai successivi controlli. Non è stata trovata correlazione fra l'età delle pazienti, il grado del prolasso e l'ureteroidronefrosi. Il follow up è stato di 43,5 mesi e nessuna delle pazienti con ureteroidronefrosi ha sviluppato insufficienza renale cronica o decremento della funzionalità renale.

DISCUSSIONE

I nostri dati indicano che la prevalenza dell'ureteroidronefrosi è stata del 5% nelle 257 pazienti sottoposte a chirurgia per correzione del prolasso. La prevalenza dell'ureteroidronefrosi correlata al è però del 3,5%. In letteratura sono riportati casi sporadici di idronefrosi, POP e insufficienza renale con un breve follow up. Gerner¹⁷ et al hanno dimostrato che un certo grado di idronefrosi era presente in 60 casi su 189 pazienti sottoposte a chirurgia maggiore per la correzione del prolasso e che erano state studiate con ecografie renali



Fig. 3. – Idronefrosi congenita in paziente con prolasso uterino severo e rene grinzoso da meato ureterale ectopico a livello del collo vescicole. a) ecografia renale: rene sinistro dilatato con parenchima assottigliato. b) ecografia: uretere sinistro dilatato fino al meato ectopico mediatizzato.

nel pre operatorio. In particolare in 20 pazienti (10.6%) l'ureteroidronefrosi era lieve, in 7 (3.7%) moderata e in 4 (2.1%) severa. L'idronefrosi era correlata solo con il grado del prolasso dell'utero e non con la presenza di prolasso della parete anteriore. Beverly¹⁸ et al riportano che di 323 pazienti il 7,7% presentava evidenza radiografica di idronefrosi; 13 avevano una idronefrosi lieve, 9 moderata e 3 severa. Tale prevalenza era maggiore nelle pazienti con prolasso uterino rispetto a quelle con prolasso della volta (12.6% vs 3.95). Questi ultimi due studi assieme al nostro rappresentano le casistiche più recenti riportate in letteratura. Queste popolazioni sono omogenee poiché l'ureteroidronefrosi è stata valutata solo nelle pazienti sottoposte a chirurgia per riparazione del POP.

Sono state suggerite diverse teorie per spiegare l'associazione fra idronefrosi e POP. Nel 1980 Hadar e Meiraz¹⁹ e successivamente Lieberhal e Frankentha sostengono che gli ureteri possano essere intrappolati nello iato genitale contro il fondo uterino a causa di una compressione da inginocchiamento esercitata dai legamenti cardinali che formano uno sling sugli ureteri nel momento in cui l'utero prolassa. Sebbene questa tesi sia la più accettata, non spiega perché alcune pazienti, preventivamente sottoposte a isterectomia, sviluppino idronefrosi e perché in alcuni casi l'idronefrosi sia monolaterale.

Un importante punto di discussione è l'opportunità di una routinaria valutazione renale pre operatoria. Alcuni autori hanno suggerito l'importanza di tale valutazione nei POP di alto grado e per escludere lesioni iatrogene degli ureteri successive ad una precedente chirurgia pelvica. Beverly, nella revisione della sua personale casistica, non ha trovato, in 327 pazienti sottoposte precedentemente a procedure ginecologiche e chirurgiche, nessun caso di ostruzione ureterale. Noi abbiamo osservato un caso di ste-

nosi monolaterale dopo colpo sospensione sec. Burch che ha richiesto la nefrectomia.

Oltre a valutare l'opportunità o meno di studiare le pazienti da sottoporre a chirurgia del prolasso anche dal punto di vista renale, è anche importante analizzare se l'idroureteronefrosi possa influenzare l'approccio chirurgico. In linea generale i nostri dati suggeriscono che lo studio ecografico renale preoperatorio potrebbe essere limitato ai casi di prolasso uterino di III grado. Per quanto riguarda la seconda considerazione è stato dimostrato che la correzione chirurgica del prolasso può correggere l'idronefrosi^{21,22} e quindi prevenire una eventuale insufficienza renale a distanza. In casi selezionati, lo studio per immagini potrebbe essere utile per scoprire precocemente l'ureteroidronefrosi e decidere se intervenire o meno chirurgicamente. Se un'idronefrosi lieve è di solito silente, verrà poi diagnosticata ad uno stadio avanzato quando lo stato clinico è aggravato da complicazioni come la stasi cronica di urina in vescica con conseguenti infezioni urinarie e l'insufficienza renale acuta o cronica. Perciò noi raccomandiamo una valutazione urologica in donne con prolasso avanzato, soprattutto se è un prolasso uterino, anche se asintomatiche dal punto di vista renale. L'ecografia standard e dinamica può evidenziare sia la dilatazione del tratto urinario che l'ostruzione e può essere seguita come approfondimento da una urografia e/o esame TC.

La migliore terapia per la correzione del prolasso genitale associato a idronefrosi è la sua correzione chirurgica che può essere eseguita sia per via addominale che per via vaginale. Quando l'idronefrosi è severa, la correzione del prolasso dovrebbe essere effettuata il prima possibile per prevenire una prolungata dilatazione del tratto urinario causa di danni renali irreversibili fino alla insufficienza renale.

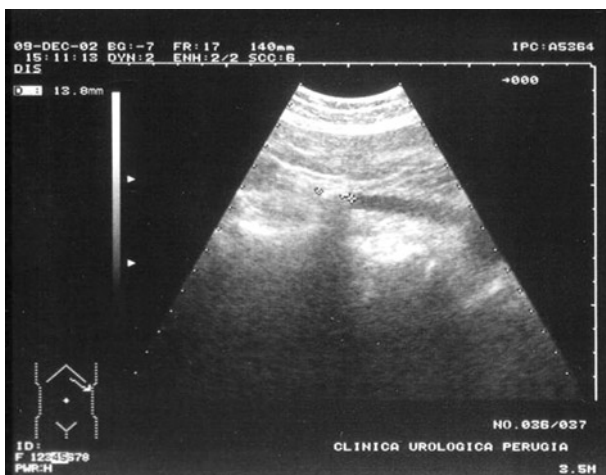


Fig. 4. – Ecografia renale: litiasi a livello lombare.



Fig. 5. – Ecografia renale in paziente con rene muto da lesione iatrogena dell'uretere.

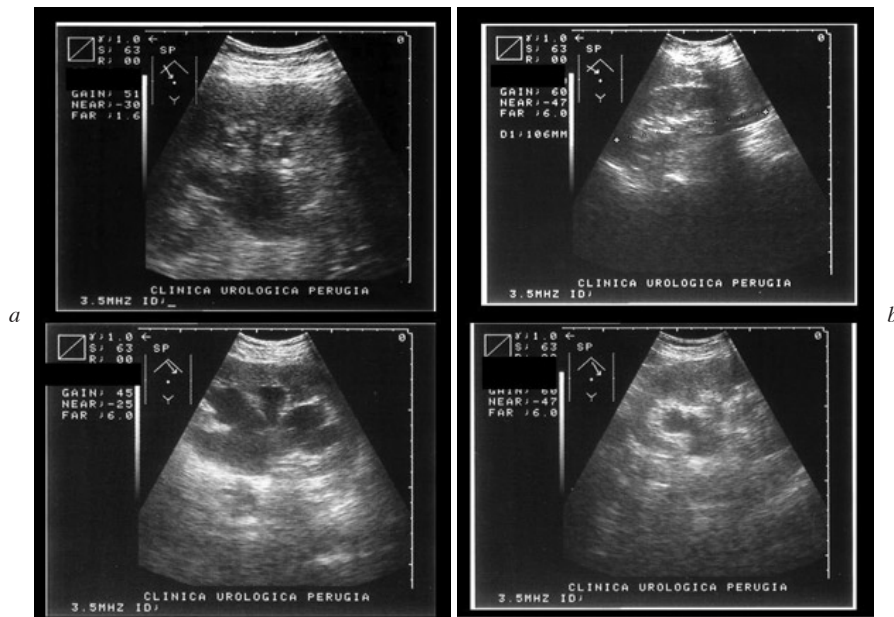


Fig. 6. – Risoluzione dell'ureteroidronefrosi dopo correzione chirurgica del prolasso. a) ecografia pre operatoria; b) ecografia post operatoria.

CONCLUSIONI

Un'ureteroidronefrosi prolungata può portare ad infezioni del tratto urinario, a malattia litiasica, ipertensione e insufficienza renale acuta e cronica. Quando l'ureteroidronefrosi è associata a prolasso degli organi pelvici, la correzione e la riparazione del descensus risolvono anche l'idronefrosi concomitante e prevengono le complicanze a lungo termine. In pazienti con prolasso urogenitale severo lo studio ecografico del tratto urinario superiore potrebbe permettere la diagnosi precoce di anomalie morfologiche e funzionali renali anche di grado lieve, indicare l'opzione terapeutica più appropriata, monitorare l'efficacia nel check-up post operatorio ed è quindi cruciale nell'inquadramento delle pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- Gerten KA, Markland AD, Lloyd LK, Richter HE. Prolapse and Incontinence surgery in older women. *J Urol* 2008; 179: 2111-8.
- Maher C, Baessler K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic prolapse in women: a short version of Cochrane review. *Neurourol Urodyn* 2008; 27: 3-12.
- Brown JS, Waetjen LE, Subak LL, Thom DH, Van den Eeden S, Vittinghoff E. Pelvic organ prolapse surgery in the United States, 1997. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 712-16.
- Subak LL, Waetjen LE, van den Eeden S, Thom DH, Vittinghoff E, Brown JS. Cost of pelvic organ prolapse surgery in the United States. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 646-51.
- Kesharvarz H, Hillis SD, Kieke BA, Marchbanks PA. Hysterectomy surveillance-United States 1994-1999. *MMWR Surveill Summ* 2002; 51 (SS05): 1-8.
- Jelovsek JE, Barber MD. Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 1455-61.
- Brettauer J, Ruben IC. Hydroureter and hydronephrosis: A secondary finding in cases of prolapse of uterus and bladder. *Am J hrosis Surg Gynecol Obstet* 1980; 150: 711-4.
- Frank RT. Fatal uremia due to complete prolapse of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1931; 22: 270-2.
- Wallingford AJ. The changes of the urinary tract associated with prolapse of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1939; 38: 489-94.
- Stabler J. Uterine prolapse and urinary tract obstruction. *Br J Radiol* 1997; 50: 493-8.
- Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardization of terminology in lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 2003; 61: 37-49.
- Baden WF, Walzer T. Grading support loss: the Halfway system. In: Baden WF, Walker T, editors. *Surgical Repair of Vaginal Defects*. Philadelphia, PA: Lippincott, 1992; 13-23.
- Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 10-7.
- Ingelman Sundberg A and Ulmsten U. Surgical treatment of female urinary stress incontinence. *Contrib Gynecol Obstet* 1983, 10: 51-69.
- Pajoncini C, Rosi P, Morcellini R, et al. Guidelines for endocavity ultrasound scan in SUI and pelvic floor disease. *Neurourol Urodyn*, 1998; 17: 372-3.
- Costantini E, Mearini L, Bini V, Zucchi A, Mearini E, Porena M. Uterus preservation in surgical correction of urogenital prolapse. *Eur Urol* 2005; 48: 642-9.
- Gemer O, Bergman M, Segal S. Prevalence of hydronephrosis in patients with genital prolapse. *Eur J Obstet Gynecol* 1999; 86: 11-13.
- Beverly CM, Walters MD, Weber AM, Pedimonte MR, Ballard LA. Prevalence of hydronephrosis in patients undergoing surgery for pelvic organ prolapse. *Obst. Gynecol* 1997; 90: 37-41.
- Hadar H, Meiraz D. Total uterine prolapse causing hydroureteronephrosis. *Am J hrosis Surg Gynecol Obstet* 1980; 150: 711-4.
- Lieberthal F and Frandenthal L jr. The mechanism of ureteral obstruction in prolapse of uterus. *Surg. Gynecol Obstet* 1941; 73: 838-42.
- Chapman R. Ureteric obstruction due to uterine prolapse. *Br J Urol* 1975; 47: 531-4.
- Jones J, Evison G. Excretion urography before and after surgical treatment of procidentia. *Br J Obstet Gynecol* 1977; 84: 304-8.

Corrispondenza:

ELISABETTA COSTANTINI

Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche e Sanità Pubblica,
Sezione di Urologia e Andrologia
Ospedale Santa Maria della Misericordia, 06100 Perugia Italia
Tel. +39.0755784416 - FAX. +390755784416
Email: ecostant@unipg.it

Sulodexide nel trattamento conservativo delle emorroidi di II grado sintomatiche

NICOLA LIZZA - VITA MARIA NATUZZI (*)

U.O. Chirurgia - (*) UO Medicina Interna
Casa di Cura "Sanatorio Triestino" Trieste - Italia

Riassunto: Questo lavoro si propone come obiettivo quello di valutare l'efficacia, attraverso il miglioramento dei sintomi, di un trattamento a base di sulodexide nelle emorroidi di II grado sintomatiche. Cinquantanove pazienti sono stati trattati con sulodexide per os per 25 giorni. I parametri valutati prima e dopo il trattamento sono stati: prurito, dolore, sanguinamento, edema, trombosi emorroidaria e Qualità di Vita (QdV). Tutti i parametri considerati presentano un miglioramento statisticamente significativo dopo trattamento con sulodexide.

Parole chiave: Emorroidi; Sulodexide; Glicosaminoglicano (GAG).

Summary: In this paper we analyzed the efficacy of sulodexide in the treatment of symptomatic II grade haemorrhoids. Fifty-nine patients were treated for 25 days with sulodexide. Pruritus, pain, bleeding, edema, thrombosis and Quality of life (QoL) were evaluated before and after treatment. All scores analyzed showed a significant improvement after treatment with sulodexide.

Key words: Haemorrhoids; Sulodexide; Glicosaminoglicane (GAG).

INTRODUZIONE

Del milione di nuovi casi di emorroidi che si presentano ogni anno in Italia, "soltanto" 35000 vengono trattati sul tavolo operatorio.¹ Il trattamento medico di tale patologia riveste quindi un ruolo di primaria importanza.

Oltre alle raccomandazioni igieniche, alimentari e comportamentali, la terapia farmacologica non può essere trascurata. Da qualche anno il sulodexide, glucosaminoglicano naturale utilizzato in molte sindromi cliniche di natura vascolare, trova impiego nel trattamento conservativo delle emorroidi sintomatiche. Questa indagine osservazionale si propone lo scopo di confermare, con l'avallo di dati statistici, quanto rilevato nella quotidiana esperienza clinica, cioè l'efficacia del sulodexide nel trattamento delle emorroidi sintomatiche di grado II in termini di miglioramento del quadro clinico e della qualità di vita.

MATERIALI E METODI

Sono stati valutati 59 pazienti ambulatoriali con emorroidi di grado II sintomatiche, di cui 34 uomini e 25 donne, di età compresa tra 30 e 87 anni (media 54.2 ± 15.0).

Criteri di esclusione sono stati pazienti in trattamento con farmaci antiaggreganti o anticoagulanti e le pazienti in gravidanza.

Nel corso della prima visita sono stati valutati i segni e i sintomi clinici e la qualità della vita (QdV) del paziente in relazione al problema emorroidario.

I parametri clinici presi in considerazione sono stati: prurito, dolore, bruciore, sanguinamento, edema e trombosi emorroidaria.

Prurito, dolore, bruciore ed edema sono stati quantificati basandosi su una scala da 0 a 3, considerando il sintomo assente (0), lieve (1), moderato (2) o severo (3).

La scala per il sanguinamento ha previsto lo stesso tipo di punteggio: assente (0), raro (1), frequente (2) o presente ad ogni defecazione (3).

La presenza di trombosi emorroidaria è stata quantificata su una scala da 0 a 2, con trombosi assente (0), in via di risoluzione (1) o presente (2). È stato inoltre, richiesto al paziente di quantificare, su una scala da 0 (malessere) a 10 (benessere), la qualità della vita (QdV), sottolineando l'importanza di basarsi esclusivamente sul problema clinico in questione.

I pazienti sono stati trattati con sulodexide, in due somministrazioni giornaliere di 250 unità (ULS) per os per 25 giorni ed è stato loro consigliata una dieta ricca in fibre e una cura attenta dell'igiene locale mediante semicupi medicati.

I pazienti sono stati rivisti a distanza di 4 settimane dalla prima visita, dallo stesso medico e sono stati rivalutati i punteggi dei parametri clinici e della QdV.

I dati raccolti sono stati riportati in tabelle di frequenza o tabelle di tendenza centrale e dispersione, utilizzando gli indicatori più appropriati alla distribuzione effettiva delle singole variabili (media, deviazione standard, mediana, valore massimo e minimo osservato). Nell'analisi statistica, si è applicato il test del Segno per la valutazione dei parametri e per la significatività statistica delle variazioni nel periodo pre e post terapia. Quando necessarie, ai valori di significatività sono state apportate correzioni per confronti multipli. Sono stati considerati significativi i valori di $p < 0.05$. L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando il software SPSS Statistical Package, ver. 13.0.

RISULTATI

Per ogni parametro considerato (prurito, dolore, bruciore, sanguinamento, edema, trombosi emorroidaria e QdV) è stata calcolata la media con la deviazione standard e la mediana del punteggio assegnato alla prima visita e, successivamente, alla visita di controllo dopo 4 settimane.

Le tabelle 1, 2 e 3 prendono in considerazione rispettivamente i parametri soggettivi, quelli oggettivi (singolarmente e sommati tra di loro) e la QdV prima e dopo il trattamento.

DISCUSSIONE

I cuscinetti vascolari emorroidari sono una normale componente del canale anale e giocano un ruolo importante nel mantenere la continenza fecale.² Sono composti da minuscoli vasi (prevalentemente anastomosi artero-venose senza l'interposizione di una rete capillare) e tessuto connettivo ricco di fibre elastiche e collagene.³

Si distingue un plesso emorroidario sottomucoso (emorroidi interne) e un plesso emorroidario sottocutaneo (emorroidi esterne) a seconda della localizzazione al di sopra o al di sotto della linea dentata del canale anale.

L'alterazione dell'anatomia di tali strutture (soprattutto della componente vascolare) in relazione alla comparsa di sintomi e segni identifica la malattia emorroidaria.³

TABELLA 1. – Valutazione dei parametri soggettivi prima e dopo del trattamento con sulodexide.

Parametri soggettivi	PRE		POST	
	Media ± DS	Mediana	Media ± DS	Mediana
Prurito	1.2±1.0	1	0.5±0.6	0
Dolore	2.0±0.9	2	0.4±0.5	0
Bruciore	1.0±0.7	1	0.4±0.5	0
Sanguinamento	1.0±0.9	1	0.3±0.6	0
Totale score "soggettivo"	5.2±1.6	5	1.4±1.1	1

TABELLA 2. – Valutazione dei parametri oggettivi prima e dopo del trattamento con sulodexide.

Parametri soggettivi	PRE		POST	
	Media ± DS	Mediana	Media ± DS	Mediana
Edema	1.2±1.0	1	0.5±0.6	0
Trombosi emorroidaria	0.4±0.8	0	0.1±0.2	0
Bruciore	1.0±0.7	1	0.4±0.5	0
Sanguinamento	1.0±0.9	1	0.3±0.6	0
Totale score "oggettivo"	2.9±1.1	3	0.5±0.7	0

TABELLA 3. – Valutazione della Qualità di vita (QdV) prima e dopo del trattamento con sulodexide.

QdV	PRE		POST	
	Media ± DS	Mediana	Media ± DS	Mediana
Score	4.2±0.9 (4)	4	7.7±1.2	8

Per ogni segno, sintomo e per la valutazione della QdV, la variazione dello score è stata statisticamente significativa, con $p < 0.001$.

La malattia emorroidaria rappresenta la patologia anoretale benigna più frequentemente diagnosticata. Interessa il 25% della popolazione adulta di età compresa fra i 45 e i 65 anni con una prevalenza per il sesso maschile.^{1,4} Non vi è un elemento eziologico vero e proprio, ma è riconosciuta una genesi multifattoriale. Sono ritenuti fattori favorenti tutte le condizioni che determinano un incremento delle pressioni endo-pelviche quali stipsi, sforzo defecatorio, obesità, presenza di masse addominali, gravidanza. Ci sono poi fattori ambientali quali dieta povera di fibre, stile di vita sedentario, alcuni sport "da sella" (ciclismo, motociclismo, equitazione)⁵ che rientrano nei fattori di rischio. Le principali teorie patogenetiche individuano una componente meccanica (trauma da passaggio del cilindro fecale su vasi congesti in seguito a lassità dei tessuti di sostegno emorroidari) e una componente vascolare (aumentata pressione endo-addominale con conseguente congestione vascolare durante la defecazione).⁶

In tale condizione possono ripetersi episodi di edema dei cuscinetti emorroidari (con o senza prolasso degli stessi), con dolore, prurito, sanguinamento e in alcuni casi trombosi dei vasi venosi.

Ogni anno si presentano negli ambulatori di Medicina Generale almeno 1.000.000 di nuovi casi di pazienti con qualche sintomo di malattia emorroidaria,¹ di cui, soltanto una percentuale stimata tra il 15% e il 18%, ha una precisa indicazione chirurgica.^{1,4,7} Se poi si pensa che di questi, soltanto il 20% giunge effettivamente all'intervento,¹ si può facilmente intuire quanto la terapia conservativa giochi un ruolo determinante nel trattamento di tale patologia.

È importante classificare clinicamente le emorroidi al fine di poter indirizzare il paziente verso il trattamento più indicato. Nonostante sia stata redatta una nuova classificazione (PATE) che tiene conto dei sintomi, del numero di noduli, degli eventi acuti associati, del tono dello sfintere e della qualità della vita, è ancora molto in uso la tradizionale classificazione della malattia emorroidaria nei 4 gradi progressivi:

Grado I: semplici ectasie visibili solo all'esame anoscopico che possono sanguinare ma non prollassano dall'orifizio anale. *Grado II:* gavoccioli che prollassano oltre il canale anale durante il ponzamento che ma con riduzione spontanea alla fine della defecazione. *Grado III:* noduli emorroidali che, fuoriusciti dopo uno sforzo, non rientrano spontaneamente e la loro riduzione può avvenire solo manualmente. *Grado IV:* emorroidi permanentemente esteriorizzate e non riducibili.

Le emorroidi di I e II grado sono quelle che nella maggioranza dei casi vengono trattate in maniera conservativa:⁹ il trattamento prevede un'attenta igiene locale, variazioni delle abitudini di vita ed alimentari¹⁰ e l'utilizzo di farmaci vasoattivi, tra questi è nota l'azione dei bioflavonoidi.^{11,12}

Il sulodexide è un glucosaminoglicano naturale composto per il 20% da eparansolfato e per l'80% da una eparina a rapida azione con peso molecolare medio (6000-8000 Daltons),¹³ impiegato in varie patologie su base vascolare. Numerosi studi scientifici attestano l'efficacia del sulodexide nel trattamento di varie patologie vascolari, quali l'insufficienza venosa cronica,¹⁴ le ulcere flebostatiche,¹³ le flebopatie superficiali,¹⁵ l'arteriopatia ostruttiva degli arti inferiori¹⁶ e la nefropatia diabetica.¹⁷

Alla base del meccanismo d'azione di questo farmaco c'è un'azione anti-infiammatoria, grazie all'inibizione dell'attivazione del complemento, in particolare della proteina C reattiva (PCR)¹⁸ e un aumento della fibrinolisi, in seguito alla diminuzione della concentrazione dell'inibitore dell'attivatore del plasminogeno e all'aumento del suo attivatore.¹⁸ Il sulodexide, inoltre, induce una riduzione dell'attivazione piastrinica indotta dalla trombina^{19,20} e presenta un effetto riparatore dell'endotelio per ripristino dei glicosamminoglicani, principali componenti del glicocalice endoteliale.²¹

La malattia emorroidaria è considerata una patologia venosa in cui la sintomatologia è l'espressione clinica di una stasi ematica, alterazione endoteliale e infiammazione vasale. La somministrazione del sulodexide nel trattamento delle emorroidi sintomatiche, soprattutto di quelle responsabili di rettorragia, presenta un valido razionale d'impiego legato anche al minimo effetto che il sulodexide ha sulla cascata della coagulazione, quindi la consapevolezza di non usare un anticoagulante in un paziente con sanguinamento e che inoltre, il sanguinamento ano-rettale è in generale conseguente ad uno sforzo defecatorio e non, invece, ad un'alterazione emocoagulativa.

Dopo il trattamento con sulodexide, le variazioni del dolore, del sanguinamento (Fig. 1) e dell'edema (Fig. 2) risultano statisticamente significative ($p < 0,001$), a conferma dell'azione farmacologica del sulodexide nelle emorroidi di II grado sintomatiche. La riduzione dell'edema, dopo 30 giorni, è da attribuire all'effetto anti-infiammatorio ed alla riparazione endoteliale, con conseguente riduzione di volume del gavocciolo emorroidario. La riduzione del dolore è l'effetto clinico diretto, che in fase acuta è dato dalla presenza di vasi ectasici infiammati ed esaltato dal passaggio delle feci di solito dure. Tale affermazione trova riscontro statistico nei dati riguardanti il dolore: alla prima visita medica, tutti i pazienti hanno riferito tale sintomo (40% lieve, 60% moderato o intenso). Alla seconda visita, quasi 2 pazienti su 3 (64,4%) non avevano più

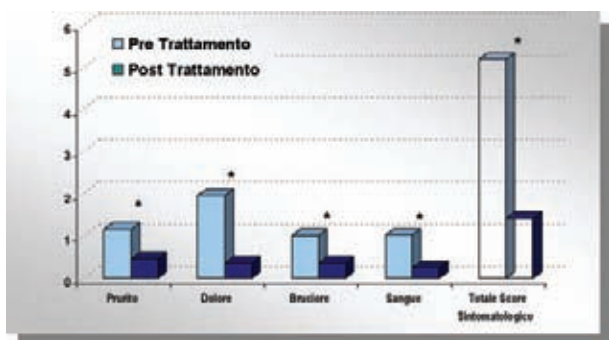


Fig. 1. – Variazione del punteggio dei sintomi (parametri soggettivi) ($p < 0.001$).

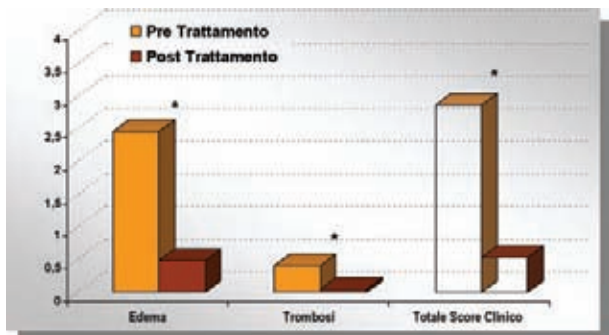


Fig. 2. – Variazione del punteggio dei segni clinici (parametri oggettivi) ($p < 0.001$).

dolore, mentre il restante 35,6% presentava sintomatologia dolorosa lieve. Nessun paziente lamentava dolore classificato come moderato o severo. Il miglioramento del sanguinamento conferma gli effetti minimi della molecola sulla coagulazione, permettendoci di ribadire che è soprattutto la riduzione dell'edema e dell'ectasia venosa a impedire la rottura dei vasi emorroidari al passaggio del cilindro fecale. A tale proposito, dei pazienti (67,8%) che presentavano rettorragia di vario grado, dopo il trattamento con il farmaco, soltanto il 18,6% continuava a presentare emorragia, che scendeva a 5,1% se si escludevano coloro che, seppur soggettivamente migliorati, continuavano ad avere solo occasionalmente perdita di sangue. I pazienti (12) con trombosi emorroidaria (Fig. 3) sono stati considerati a parte: 9 di questi presentavano *restitutio ad integrum*, mentre i restanti 3 mostravano ancora segni clinici anche se in via di risoluzione. Anche il dolore, sintomo predominante nei pazienti con trombosi emorroidaria era migliorato: 11 pazienti con dolore moderato o severo alla prima visita riferivano benessere o dolore lieve dopo il trattamento.

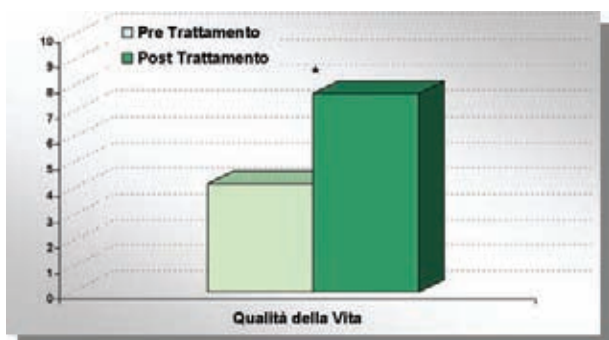


Fig. 3. – Variazione del punteggio della qualità della vita ($p < 0.001$).

In conclusione i risultati ottenuti in termini di trattamento di sintomi, segni clinici e QdV, ci permettono di stabilire l'efficacia del sulodexide nel trattamento conservativo delle emorroidi di II grado sintomatiche e di confermarne l'indicazione nelle patologie venose da stasi, come ampiamente riportato in letteratura.

BIBLIOGRAFIA

1. Longo A. Malattia emorroidaria: evoluzione della terapia chirurgica; risultati di un sondaggio in Medicina Generale. MD-Medicinae Doctor 2000; 23 (Suppl.).
2. Nelson H. Anus. In Sabiston Textbook of Surgery, 17th edition, Philadelphia: Elsevier Saunders, 2004.
3. Hulme-Moir M, Bartolo DC. Hemorrhoids. Gastroenterol Clin North Am 2001; 30: 183-97.
4. Johansson JF, Sonnemberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. Gastroenterology 1990; 98: 380-6.
5. Corman ML. Hemorrhoids. In Colon & Rectal Surgery. 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Company 1993: 54-115.
6. Keighley MRB, Williams NS. La malattia emorroidaria. In Chirurgia di Ano Retto e Colon. Padova: Piccin editore 2000: 298-366.
7. Nelson RL, Abcarian H, Davis FRG, Parsky V. Prevalence of benign anorectal disease in a randomly selected population. Dis Colon Rectum 1995; 38: 341-50.
8. Gaj F, Trecca A. Nuovo sistema di classificazione della malattia emorroidaria "PATE 2006": vantaggi della revisione della "PATE 2000 Sorrento". Chir Ital 2007; 59: 521-6.
9. Altomare DF, Roveran A, Pecorella G et al. The treatment of hemorrhoids: guidelines of the Italian Society of Colo-Rectal Surgery. Tech Coloproctol 2006; 10: 181-6.
10. Agus GB. Indirizzi igienico-dietetici e farmacologici della malattia emorroidaria. In Atti Convegno Internazionale La Malattia Diverticolare-La Malattia Emorroidaria, Verona 22 gennaio 1999.
11. Diana G, Catanzaro M, Ferrara A, Ferrari P. Attività della Diosmina pura nel trattamento della malattia emorroidaria. Clin Ter 2000; 151: 341-4.
12. Giuliani D, Facchini M, Molinari GF et al. Malattia emorroidaria, trattamento chirurgico e conservativo: utilizzo di Diosmina pura (Alven) nel pre-postoperatorio. In Rosa G, Delaini GG, eds Colon-Proctologia 2000. Atti VIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Colon-Proctologia, VII Annual Meeting Associazione delle Unità di Colon Proctologia, Roma: CIC Edizioni Internazionali 2000: 575-6.
13. Colombo F, Cristadoro F, Troyer Luisella, Varini F. Flebopatie superficiali: tollerabilità e efficacia del farmaco Sulodexide. Geriatrics 1991; 8: 45-8.
14. Saviano M, Maleti O, Liguori L. Double-blind, double-dummy, randomized, multi-centre clinical assessment of the efficacy, tolerability and dose effect relationship of sulodexide in chronic venous insufficiency. Curr Med Res Opin 1993; 13: 96-108.
15. Coccheri S, Scandotto G, Agnelli G et al. Randomised, double-blind, multicentre, placebo controlled study of sulodexide in the treatment of venous leg ulcers. Thromb Haemost 2002; 87: 947-52.
16. Coccheri S, Scandotto G, Agnelli G et al. Sulodexide in the treatment of intermittent claudication. Results of a randomised, double-blind, multicentre, placebo controlled study. Eur Heart J 2002; 23: 1057-65.
17. Achour A, Kacem M, Dibej K et al. One year course of oral sulodexide in the management of diabetic nephropathy. J Nephrol 2005; 18: 568-74.
18. Lauver DA, Lucchesi BR. Sulodexide: a new interest in this glycosaminoglycan. Cardiovascular Drug Review 2006; 24: 214-26.
19. Cerletti C, Rajtar G, Marchi E, de Gaetano G. Interaction between glycosaminoglycans, platelets and leukocytes. Semin Thromb Hemost 1994; 20: 245-53.
20. Rajtar G, Marchi E, de Gaetano G, Cerletti C. Effects of glycosaminoglycans on platelets and leukocytes functions: role of N-sulfation. Biochem Pharmacol 1993; 46: 958-60.
21. Messa GL, La Placa G, Puccetti L et al. Pharmacodynamic effects of sulodexide on profibrinolytic and haemorrhological patterns. Clin Drug Invest 1995; 10: 165-71.

Corrispondenza:

Dr. NICOLA LIZZA

nlizza@hotmail.com

Casa di Cura "Sanatorio Triestino"

Via Rossetti 62 - 34121, Trieste - Italia

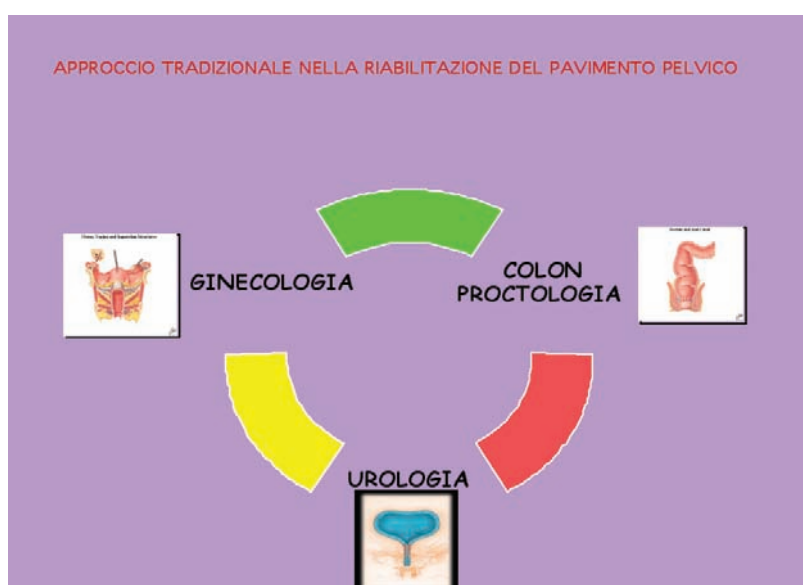


Approccio tradizionale e significato innovativo dell'integrazione nella riabilitazione del pavimento pelvico (*)

ANTONELLA CAVALIERI

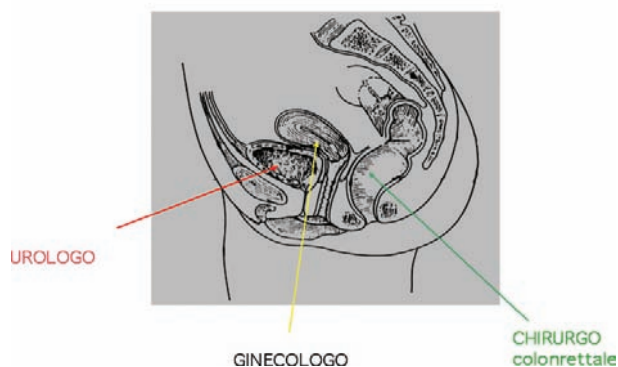
Ostetrica - Divisione Ostetrica - Azienda Ospedaliera di Padova

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

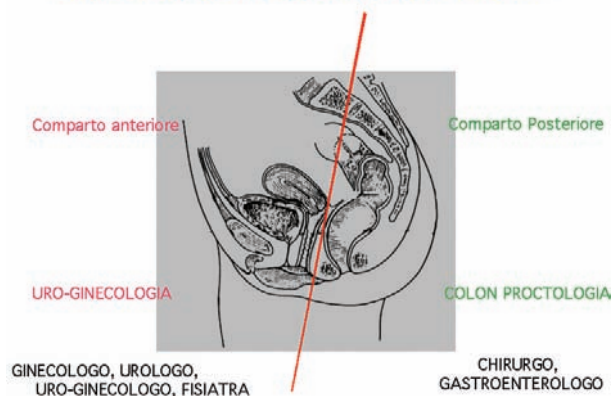


Quando si parla di riabilitazione perineale si pensa alla riabilitazione uro-ginecologica, considerando così solo una parte del pavimento pelvico. Esistono diverse disfunzioni del comparto posteriore, spesso in relazione con problematiche del comparto anteriore. Se non trattate assieme possono ridurre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

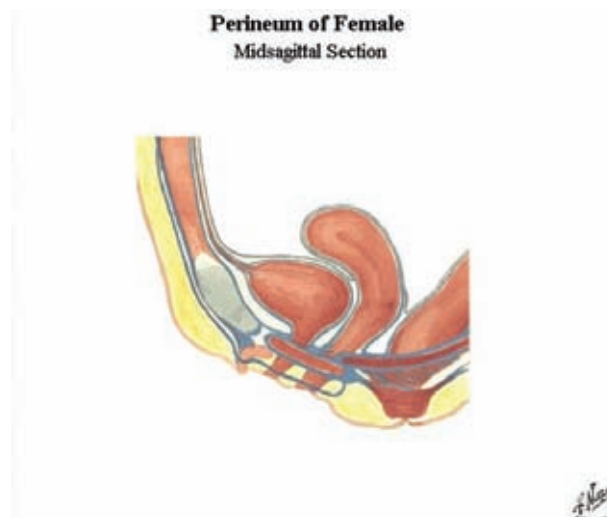
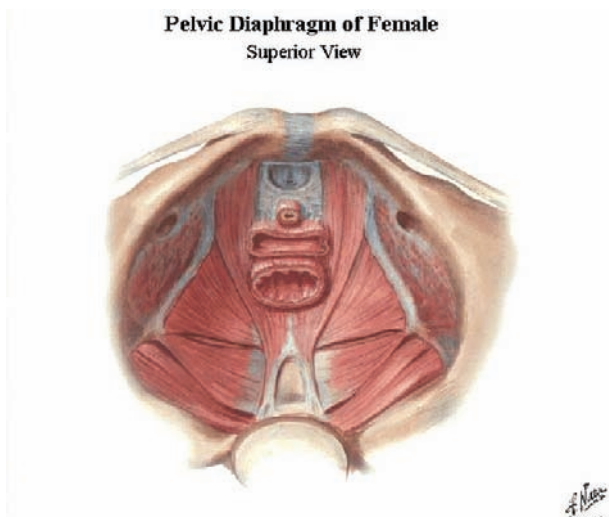
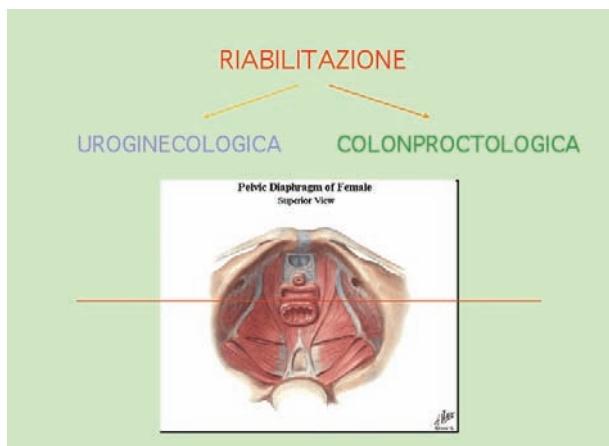
APPROCCIO TRADIZIONALE NELLA RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO



APPROCCIO TRADIZIONALE NELLA RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO



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 coloretali 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.

RIABILITAZIONE



CAMBIA L'OBIETTIVO...



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.

1. ACCOGLIMENTO
2. ANAMNESI ACCURATA (con ottica multidisciplinare) *
3. VALUTAZIONE CLINICA
4. PROGRAMMAZIONE TERAPIA PERSONALIZZATA CON INFORMAZIONE AL PAZIENTE

* Cartella informatizzata

The complex block has a yellow background. It features three images: a colorful profile of a human head with different colored sections, a diagram of the female pelvic region, and a photograph of a clinical setting with a doctor and a patient. Below the images is a numbered list of four steps: 1. ACCOGLIMENTO, 2. ANAMNESI ACCURATA (con ottica multidisciplinare) *, 3. VALUTAZIONE CLINICA, and 4. PROGRAMMAZIONE TERAPIA PERSONALIZZATA CON INFORMAZIONE AL PAZIENTE. At the bottom, there is a note: * Cartella informatizzata.

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.



PERCORSI RIABILITATIVI TEORICO-PRATICI DEL PAVIMENTO PELVICO

L'integrazione come strumento di prevenzione e cura



I Percorsi Riabilitativi Teorico-Pratici del Pavimento Pelvico nascono con l'intento di trasmettere una visione unitaria del pavimento pelvico e del relativo trattamento riabilitativo. In tale prospettiva l'elemento centrale è il paziente, che diventa parte attiva del percorso. Sono previsti un livello base, un livello avanzato e dei tirocini pratici.

Nel **corso di base**, della durata di 2 giorni, si affrontano l'anatomia funzionale del pavimento pelvico e le relative disfunzioni con l'obiettivo di far acquisire le principali tecniche riabilitative in campo urologico, ostetrico-ginecologico e colon-proctologico.

Partecipare al **livello avanzato** significa continuare un percorso didattico articolato in due fine settimana con l'approfondimento teorico e pratico delle tecniche riabilitative. Si dà rilievo all'acquisizione di capacità comunicative utili ad ottenere il massimo dell'empatia nella comprensione degli aspetti emotivi e relazionali del paziente in vario modo collegati con le funzioni urinarie, genitali, sessuali e digestive.

Al termine di questo percorso teorico-pratico vi è la possibilità di partecipare in prima persona a **tirocini pratici** presso l'ambulatorio di riabilitazione pelvi-perineale.

CORSO BASE

Padova, 25-26 Settembre 2009

Contenuti: anatomia della pelvi e del pavimento pelvico, disfunzioni vescico-sfintero-perineali, fisiopatologia del colon, retto e ano, valutazione funzionale del pavimento pelvico, principi di riabilitazione pelvi-perineale, approccio integrato nella riabilitazione pelvi-perineale.

Il corso è rivolto a medici, fisioterapisti, ostetriche, infermieri e studenti. Numero di partecipanti: 25.

Responsabile scientifico: Prof. G. Dodi

Responsabile didattica: Dott.ssa A. Cavalieri

15 Crediti ECM

Per informazioni: www.centropelvi.it

PROCTOLOGY WEEKENDS IN ROME AND TUSCANY

From January to December 2009

Chairman: Mario Pescatori MD, FRCS, EBSQ

COURSE PROGRAM

- Transanal, transvaginal and dynamic perineal ultrasound (hands on). Outpatients
- Live-video surgery: fistulae, prolapse, hemorrhoids, stricture, neoplasms
- Bulking injections and FKT-BFB for incontinence. GNT ointment for fissures
- PNEI-Holistic approach and psychosomatic diseases. Hydrocolon-lavage
- Surgical research and how to present and write a scientific paper
- Obstructed defecation: the iceberg syndrome, manual vs. stapled surgery
- Perineoplasty vs. ointments for non-healing chronic anoperineal wounds

Half of the course fee should be paid in advance with a non-transferable cheque mailed to Prof. M. Pescatori (Via Courmayeur 24, 00135 Rome, Italy) and made payable to "Unità di Colonproctologia UCP".

The fee includes: course, accommodation and meals, excursions in Rome and Tuscany, syllabus and diploma, issues of Techniques in Coloproctology.

Travel is not included.

You may choose to stay **in Rome Saturday, Sunday and Monday or in Chianciano Friday, Saturday and Sunday** at a fee of Euro 700,00 (three nights). For those who do not need accommodation and meals the fee is of Euro 300,00.

Or you may attend the course **in Chianciano on Friday, visit Tuscany then travel to Rome, visit the city and attend the course in Rome on Monday** at a fee of Euro 1200,00 (four nights).

Official language: Italian and English. Please bring your own white coat

For any further information:

e-mail: ucpclub@virgilio.it; Ph.: 0039-338-731044; Website: www.ucp-club.it

First come, first served basis. Maximum three participants per course