

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
GENNARO ROSA
DIEGO SEGRE
SALVATORE SIRACUSANO
MARCO SOLIGO
MARIO TROMPETTO

INDICE

- 51** Visualizzazione "cromoguidata" intraoperatoria di fistole anali complesse: una nuova opportunità per il chirurgo proctologo? FABIO GAJ, ANTONELLO TRECCA
- 51** *Commento* ENRICO BELLUCO
- 53** *Recensione* Un libro per tutti
- 55** *Recensione* Il consenso informato in medicina ENRICO BELLUCO
- 56** Progetto "Arcipelago" VITTORIO PILONI
- 59** In 3D l'anatomia del pavimento pelvico ERICA STOCCO

Terapia InterStim™

La NUOVA Tecnologia al Vostro Servizio



La Neuromodulazione Sacrale per pazienti con:

Vescica iperattiva

Ritenzione non ostruttiva

Incontinenza fecale

Dolore pelvico cronico

Stipsi

Visualizzazione "cromoguidata" intraoperatoria di fistole anali complesse: una nuova opportunità per il chirurgo proctologo?

FABIO GAJ - ANTONELLO TRECCA (*)

Dipartimento di Chirurgia Generale e Trapianti d'Organo, Istituto "Paride Stefanini", Università degli Studi di Roma
(*) Unità di Endoscopia e Gastroenterologia Operativa "Fabio Di Giovambattista" UEGO FdG Roma

Le fistole anali rappresentano le patologie più complesse in ambito proctologico, sia dal punto di vista diagnostico, sia dal punto di vista terapeutico.¹

Sebbene oggi siano a disposizione del chirurgo proctologo moderne tecniche diagnostiche quali l'Ecografia Perineale e Transrettale e/o la Risonanza Magnetica Nucleare, la corretta e definitiva localizzazione dell'orifizio interno risulta difficile anche in sede intraoperatoria.²

In una recente review, Gonzalez-Ruiz³ riporta una percentuale di successo nella localizzazione del tramite fistoloso dopo iniezione di perossido di idrogeno e blu di metilene dell'83%. In tre casi tuttavia la recidiva era dovuta proprio alla diagnosi sbagliata.

L'inefficacia di questa tecnica, a nostro avviso, è attribuibile a due fattori: il primo si ha con il divaricatore anale che occlude meccanicamente il tragitto fistoloso, il secondo fattore è la fuoriuscita disomogenea del colorante dal canale anale in assenza del divaricatore impedisce al chirurgo di individuare precisamente la sede dell'orifizio interno.

Nella nostra esperienza relativa agli ultimi cinque casi di fistole anali complesse, abbiamo ottenuto una più efficace localizzazione dell'orifizio interno con una variante metodologica della prova con blu di metilene consistente nel non utilizzare il divaricatore anale ma nella introduzione all'interno del canale anale di una garza imbevuta di soluzione fisiologica di forma cilindrica e contemporaneamente l'instillazione del blu di metilene dall'orifizio esterno.

La garza una volta estratta dal canale anale risultava impregnata del colorante proprio nel punto esatto di fuoriuscita di questo dall'orifizio interno.

La visualizzazione "cromoguidata" dell'orifizio interno del tramite fistoloso dopo introduzione del divaricatore anale è risultata efficace in tutti i cinque casi in cui è stata da noi utilizzata.

Riteniamo quindi che questa prova diagnostica, se confermata su più ampie casistiche cliniche, possa entrare a far parte del bagaglio operativo del moderno chirurgo proctologo.

BIBLIOGRAFIA

1. Falconi M, Pederzoli P. The relevance of gastrointestinal fistulae in clinical practice: a review. *Gut* 2002; 49 (Suppl. IV): 2-10.
2. Sudol-Szopinska I, Jakubowski W, Szczepkowski M, Sarti D. Usefulness of hydrogen peroxide enhancement in diagnosis of anal and ano-vaginal fistulas. *Eur Radiol.* 2003; 13: 1080-4.
3. Gonzalez-Ruiz C, Kaiser AM, Vukasin P, Beart RW Jr, Ortega AE. Intraoperative physical diagnosis in the management of anal fistula. *Am. Surg.* 2006; 72: 11-5.

Corrispondenza:

FABIO GAJ
Via Reno, 30 - 00198 Roma, Italia
Tel. 335.6524037 - E-mail: fagaj@tin.it

Commento

ENRICO BELLUCO

UOC Chirurgia, Ospedale di Monselice, Padova

Uno dei momenti più delicati della terapia e forse il più importante è sicuramente l'individuazione dell'orifizio interno di un tramite fistoloso. La sua importanza risiede in due motivi fondamentali: il primo consiste nella distinzione tra fistole perianali e fistole anali (cioè che presentano comunicazione con l'interno del canale anale); il secondo è che un errata valutazione dell'orifizio interno o il suo mancato riconoscimento sono garanzia di recidiva e di conseguente reintervento. Il suo riconoscimento in molti casi è immediato, specie quando il paziente si presenta con secrezione purulenta che fuoriesce dall'ano stesso. La semplice anosopia in questo caso sarà in grado di individuarlo. La pressione dell'anoscopio sulla raccolta ascessuale in genere determina la fuoriuscita del pus da una cripta lungo

la line pettinea (Fig. 1).¹ Non sempre tuttavia il riconoscimento dell'orifizio interno è agevole ed immediato. Se però la specillazione può essere pericolosa al momento del drenaggio dell'ascesso dato l'elevato rischio di creare false strade e quindi nuovi tragitti fistolosi e va quindi condotta con prudenza, anche a distanza di giorni l'individuazione dell'orifizio interno può presentare difficoltà. Per tale motivo nel corso degli anni si è fatto ricorso a numerosi artifici. Il razionale di tutti questi metodi sta nel fatto che se esiste un tramite interno all'ano, quando la fistola viene distesa da un mezzo gassoso o liquido sotto pressione, questi deve per forza passare arrivando a sboccare all'interno dell'ano stesso. Il più semplice consiste nell'insufflare aria per mezzo di una siringa dall'orifizio cutaneo e cercare la presenza



Fig. 1. - drenaggio spontaneo di pus da cripta posteriore.

di eventuali bollicine aeree nel canale anale durante l'anoscopia. In questo caso tuttavia per visualizzare il passaggio d'aria è necessario, durante la manovra, mantenere l'anoscopio in sede. Questo, come sottolineato dagli autori, può portare ad una distorsione o compressione del tramite fistoloso impedendo di fatto il passaggio di aria e dando un risultato falsamente negativo.

In alternativa è possibile usare contrasti liquidi e tra questi uno dei più utilizzati è il perossido di idrogeno (la comune acqua ossigenata). Anche in questo caso tuttavia, data la trasparenza del liquido, il limite della procedura è lo stesso già descritto per l'insufflazione di aria. Una curiosa alternativa descritta nei manuali di proctologia consiste nell'utilizzo di coloranti naturali come il latte che tuttavia non colora i tessuti.²

Oggi la metodica più utilizzata, importata dalla scuola proctologica francese, è l'iniezione di blu di metilene dall'orifizio cutaneo. Dato l'elevato potere di colorazione è sempre consigliabile l'utilizzo di pochi cc di blu e di ripetute insufflazioni di aria.² Questa manovra, previo posizionamento di una garza nel canale anale (Fig. 2a, b), consente l'individuazione dell'orifizio primario anale e, contemporaneamente, la colorazione di tutto il tramite fistoloso, venendo così ad essere da guida al proctologo durante l'esecuzione della fistulectomia. La procedura riportata dagli autori non è tuttavia nuova, essendo già descritta ampiamente dallo stesso Goligher^{3,4} negli anni '60 e ripresa dai testi e manuali di coloproctologia ambulatoriale negli anni '80.²

A conti fatti e data la complessità del trattamento di alcune fistole, possiamo affermare che il metodo migliore per l'individuazione dell'orifizio primario è quello che ne consente il riconoscimento nel modo



Fig. 2. - a) iniezione di blu di metilene misto ad aria mediante siringa dall'orifizio cutaneo. Si noti la presenza della garza all'interno dell'ano marchiata con tracce del colorante; b) dopo la rimozione della garza e visibile l'orifizio anale interno sporco di blu.

più agevole e con minor rischio. La visualizzazione cromoguidata proposta dagli autori, pur non essendo una metodica nuova, conserva la sua validità perché permette di realizzare una fistulografia "de visu" peri-intraoperatoria evitando monti casi di falsi negativi.

BIBLIOGRAFIA

1. Pirone E, Belluco E, Dodi G. Ascesso e fistola anale. Da "Malattie del canale digerente", Gasbarrini G, Morelli A. Piccin Ed 2009; 879-887.
2. Dodi G. Ascessi e fistole anali. Da "Colonproctologia ambulatoriale: trattato per chirurghi, gastroenterologi e medici pratici". Piccin Ed. 1986; 315-410.
3. Goligher JC, Ellis M, Pissidis AG. A critique of anal glandular infection in the aetiology and treatment of idiopathic anorectal abscesses and fistulas. Br J Surg 1967; 54: 997-1001.
4. Goligher JC. Surgery of the anus, rectum and colon. Bailliere Tindall Ed., 1964.

Corrispondenza:

ENRICO BELLUCO MD

Department of Clinica Chirurgica 2, Policlinico di Padova
via Giustiniani 2, 35128, Padova (Italy)
enrico.belluco@unipd.it

Un libro per tutti

Riabilitazione del pavimento pelvico di Del Genio e Brusciano* tratta della terapia conservativa dei disturbi funzionali relativi a stitichezza, incontinenza fecale ed urinaria e dolore perineale. La riabilitazione del pavimento pelvico è ancora carente di una visione d'insieme.

Attraverso questa tecnica si possono ottenere soddisfacenti risultati solo con una cosciente e motivata adesione del paziente ma per la difficoltà della materia (anatomia e fisiologia degli apparati interessati) questi finisce spesso con l'assumere solo l'infruttuoso ruolo di soggetto passivo.

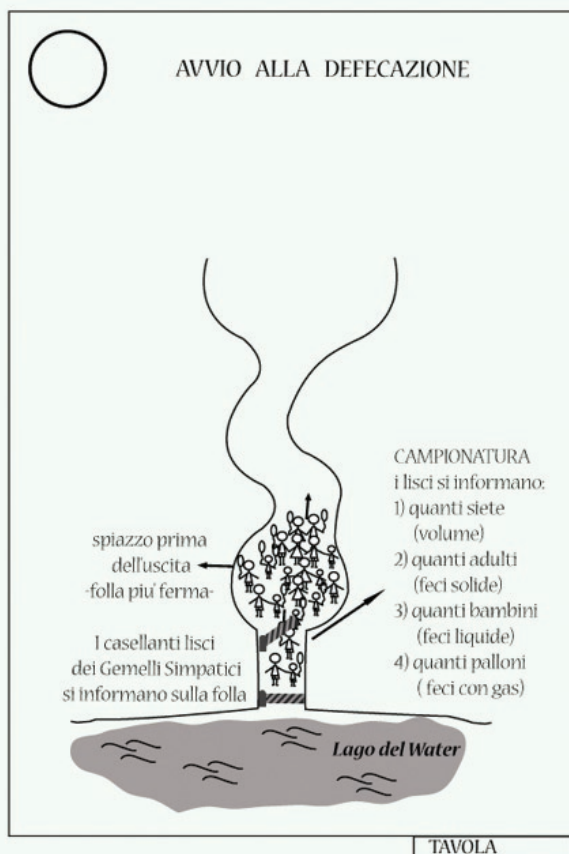
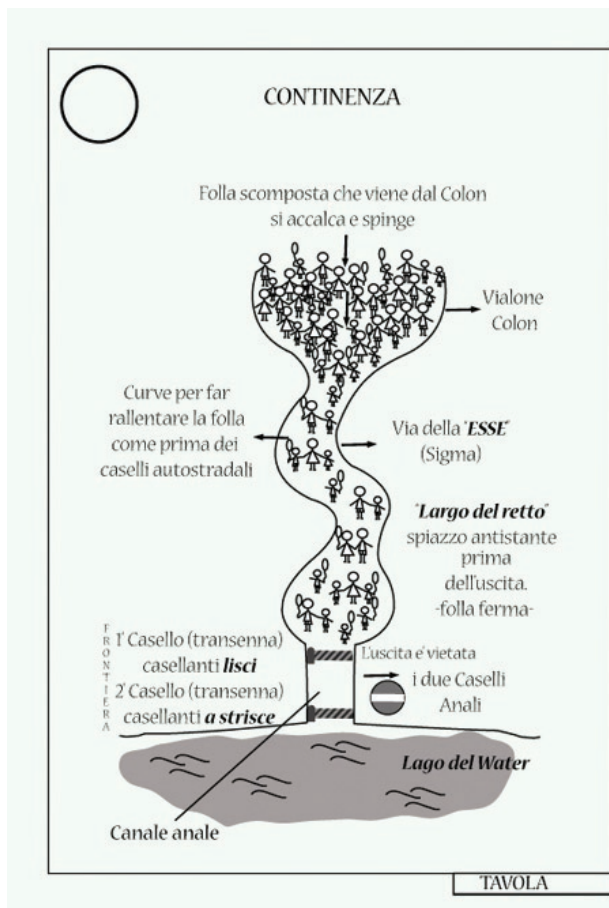
Alla luce dell'esistente letteratura e dell'esperienza ormai decennale in clinica e nella ricerca, con questo lavoro il gruppo napoletano cerca di dare delle risposte concrete a queste ineludibili problematiche.

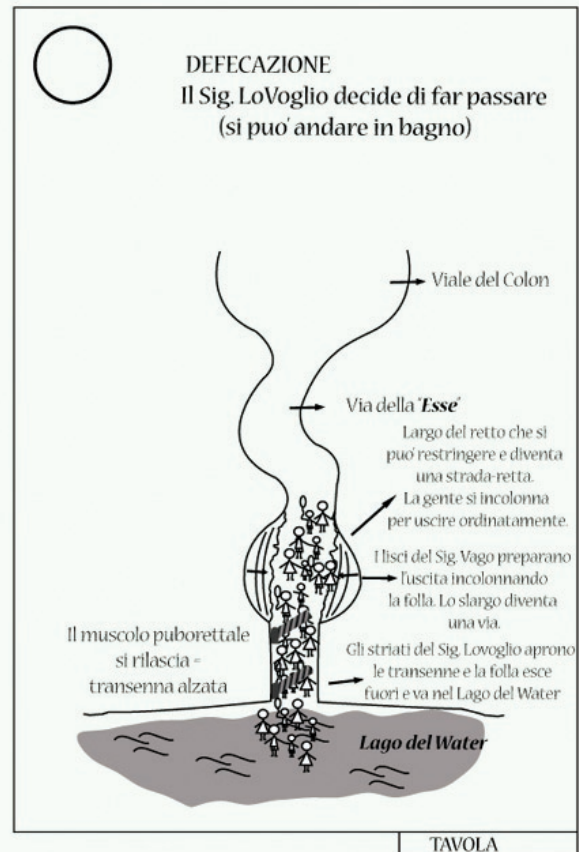
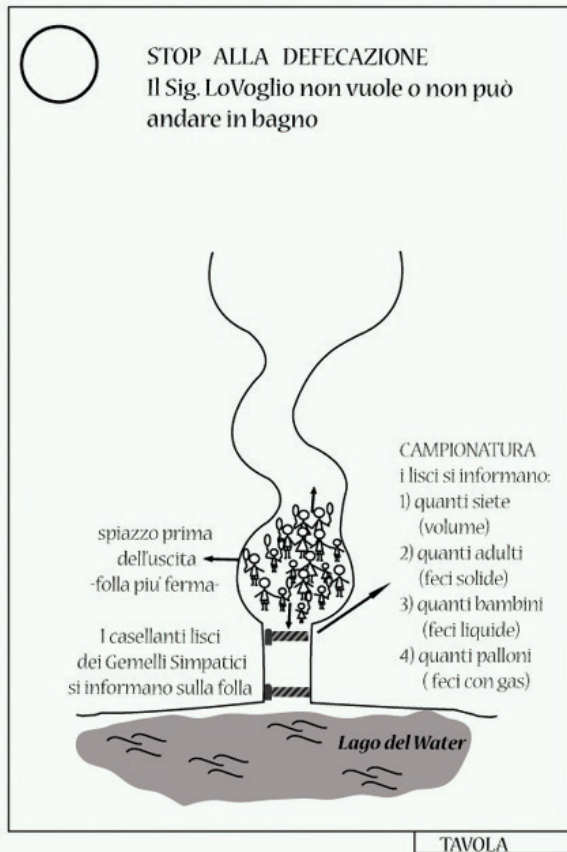
Il tipo di riabilitazione che viene proposta suggerisce un rapporto simile a quello fra l'allenatore e l'atleta nella palestra ed esalta, come valido e fruttuoso sostegno, la reciproca empatia. Pertanto la trattazione è stata impostata in termini colloquiali, cercando di far iniziare la rieducazione del



paziente suggerendogli inizialmente la lettura di queste pagine per facilitare l'incontro con il terapeuta e renderlo così più proficuo e rapido.

Lo spirito e la finalità del lavoro, sotto questo profilo, è quello di ridurre allo stretto necessario





la sezione iniziale che viene chiamata “*Rieducazione*”, consistente nel consentire al paziente di prendere piena coscienza del proprio corpo e delle sue funzioni e diventare così soggetto attivo e collaborante.

Deliberatamente si è sacrificato il linguaggio tecnico estraneo al parlare corrente, privilegiando termini a volte più generici e usando spesso metafore ed esempi. Oltre al frasario semplice si è scelta una tecnica espositiva di stampo anglosassone, consistente nel proporre gli argomenti a mo’ di spirale, ripetendo quanto detto ed arricchendolo di nuove nozioni. Con ciò si facilita l’apprendimento di chi non ha la capacità per effettuare uno studio sistematico.

Dal punto di vista più strettamente scientifico si è cercato di ordinare e schematizzare questa opzione terapeutica delineando due distinte ma non separate fasi: quella della *rieducazione* volta a far possedere coscientemente al paziente, per quanto è possibile, la funzione da riabilitare e

quella propriamente *riabilitativa* che consta di tecniche diverse. Queste ultime sono state descritte, classificate e finalizzate.

Il quinto capitolo simula la riabilitazione di un paziente affetto da stipsi, identificando ed esponendo alcuni moduli da applicare nelle sedute che naturalmente potranno avere una diversa ampiezza e durata. L’insieme di tali moduli comincia a delineare uno schema di protocollo.

Nella seconda parte dell’opera viene dato spazio ai pazienti con una serie di input utili per ulteriori ricerche, con suggerimenti pratici e uno schema di *diario* riguardante la rieducazione.

S. SANSONE

* Centro per lo studio, la prevenzione delle patologie del pavimento pelvico e la riabilitazione pelvi-perianale I Divisione di Chirurgia Generale e Gastroenterologica Seconda Università degli Studi di Napoli

Il consenso informato in medicina

di E. G. PARODI, M. PERELLI ERCOLINI, R. MANTOVANI

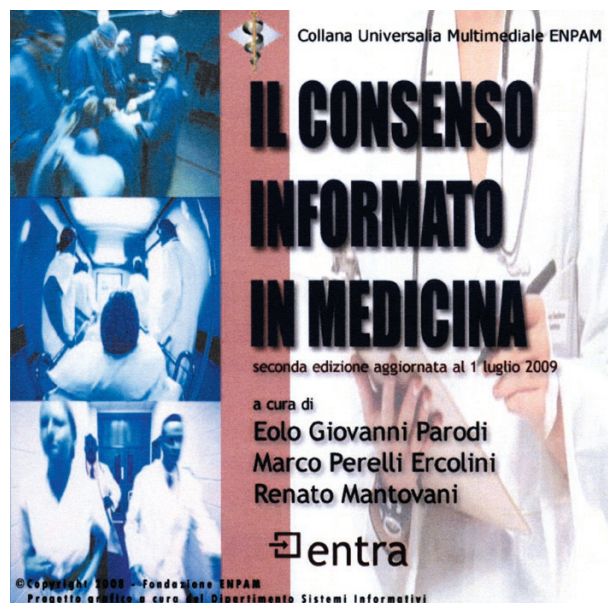
È proprio vero che certi argomenti sono sempre attuali e offrono continui spunti di discussione e riflessione. È del Luglio scorso la presentazione della seconda edizione aggiornata de *“Il consenso informato in medicina”*, CD-rom facente parte della Collana Universalis Multimediale Empam. I lettori forse ricorderanno che di consenso informato ci eravamo occupati in queste stesse pagine già nel primo numero dello scorso anno (*Pelviperineologia* 2008; 1: 3-5), affrontando l'argomento con particolare attenzione all'ambito pelviperineologico.

In questa nuova edizione gli autori, partendo dalla definizione di consenso che *“non è una prassi burocratica medico-legale, bensì uno strumento etico-giuridico che permette al sanitario di condividere la responsabilità della scelta diagnostico-terapeutica con il proprio paziente”*, analizzano, anche attraverso alcuni interessanti cenni storici, i punti salienti che il consenso informato in medicina riveste non solo da un punto di vista meramente clinico ma anche con un'attenzione particolare ai suoi risvolti giuridici.

Secondo l'articolo 32 della Costituzione italiana, *“nessuno può essere sottoposto a un trattamento sanitario contro la sua volontà”*.

Su questo assunto si fonda la base del consenso informato in medicina, che viene sviscerata ed analizzata con competenza e chiarezza rivolgendosi non solo al medico ospedaliero bensì allargando la fruizione di dei temi trattati anche al medico di medicina generale e al libero professionista.

Il medico di famiglia, nella visione moderna di questa professione, rappresenta il *manager del paziente*, colui che più lo conosce e con il quale ha un rapporto più stretto. Nel passaggio dal modello partenalistico a quello deliberativo-contrattuale, il paziente-persona diventa protagonista nella gestione della propria salute partecipando in modo consapevole e informato. Da una parte il medico deve informarlo mentre dall'altra egli si affida alla sua competenza. L'opera inoltre si addentra all'interno di situazioni peculiari che tuttavia sempre con maggior frequenza trovano riscontro nella realtà quotidiana. Mi riferisco al rapporto, a volte conflittuale, con le compagnie assicurative e il consenso informato nei pazienti geriatrici e con decadimento cognitivo. In una società sempre più anziana, con problematiche oltre che mediche anche sociali, la condivisione delle decisioni tra medico e paziente



rappresenta uno dei momenti essenziali e di maggiore importanza nel rapporto medico-paziente.

Partendo dalla premessa di imprescindibilità del consenso nella pratica clinica quotidiana e nel tentativo di colmare le lacune della giurisprudenza in termini di intervento medico, negli ultimi anni le normative che la regolano si sono affinate con una produzione copiosa ed articolata.

È oramai chiaro che il consenso informato deve essere un momento essenziale del progetto terapeutico che richiede una condivisione di responsabilità tra medico e paziente e non va inteso come un semplice mezzo di de-responsabilizzazione da parte del sanitario.

Prendendo spunto da questa ulteriore trattazione sull'argomento, riprenderemo nelle prossime uscite della rivista il tema del consenso informato in pelviperineologia con riferimento sia alle procedure terapeutiche più comuni sia agli interventi maggiormente innovativi passando per l'uso dei materiali protesici fino alle protesi di derivazione biologica senza la pretesa di fornire modelli o guide da applicare, bensì tentando di stimolare un dibattito ed una discussione aperta su un argomento di fondamentale importanza ed in continua evoluzione e che per questo non smette di essere attuale.

E. BELLUCO

Progetto “Arcipelago”

Progressi nella Diagnosi e Trattamento delle disfunzioni del pavimento pelvico



Roma 2009 – Centro Studi La Marcigliana

Scambiarsi opinioni fra colleghi su casi clinici è la forma di comunicazione interattiva più antica ed efficace in medicina.

A partire dal mese di Giugno di quest’anno il Dr. Vittorio Piloni, responsabile della Sezione Imaging della SICCR, ne ha fatto una iniziativa educativa denominata “Progetto Arcipelago” avviando un programma di incontri mensili presso l’auditorium del Centro Studi della Marcigliana AGPharma di Roma. La denominazione sta ad indicare il tentativo di trasformare le esperienze di singoli professionisti impegnati nella diagnosi e cura delle disfunzioni perineo-sfinteriche in una condivisione dei saperi e degli atti medici. Lo scopo è al tempo stesso quello di allargare la visuale delle proprie conoscenze, grazie al confronto con colleghi di altre discipline, e di migliorare l’assistenza ai pazienti.

All’iniziativa possono partecipare tutti coloro (gastroenterologi, chirurghi, uro-ginecologi, ecc.) che, indipendentemente da grado, qualifica e appartenenza, siano animati da autentico spirito di collaborazione, confronto e disponibilità all’ascolto di opinioni, anche diverse dalle proprie, su temi di comune interesse in campo perineologico.

La formula è semplice: prevede la discussione aperta di due o tre casi clinici presentati dagli aderenti all’iniziativa che si candidano di volta in volta per il mese successivo. La discussione di casistica può essere intercalata da quella dedicata a temi attuali controversi di ampio interesse che necessitano ancora di consenso. Tutto ciò che emerge dall’incontro viene raccolto in una sorta di syllabus che, con cadenza semestrale, è messo a disposizione dei partecipanti (e non solo). L’inizio dei lavori è previsto alle ore 19 e si protrae fino alle 21 circa con... catering finale.

Allo stato attuale, i destinatari dell’iniziativa sono quelli che vivono ed operano nella città di Roma e dintorni (sede del Centro Studi della Marcigliana), anche se è in programma una replica del progetto Arcipelago con formazione di un gruppo di lavoro nella regione Lombardia e nella regione Marche. È allo studio anche la possibilità di un collegamento in video conferenza a distanza fra i centri che si costituiranno nelle varie regioni.

Per ulteriori dettagli è possibile contattare il Dr. Piloni, responsabile del progetto “Arcipelago”, al n. 347.3587406.

Progetto "ARCIPELAGO"

SCHEDA DI ADESIONE

(da compilare IN STAMPATELLO e inviare alla segreteria del Centro Studi
sito in via Casale della Marcigliana 29, 00138 Roma)

Nome: _____

Cognome: _____

Specialità: _____

Istituto di appartenenza: _____

Indirizzo: _____

Città: _____

Prov. _____ CAP: _____

Telefono: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Altro: _____

Data: _____

Firma: _____

La segreteria informa lo scrivente che i dati riferiti saranno utilizzati esclusivamente al fine di promuovere convegni in materia sanitaria e che lo stesso sarà tenuto aggiornato circa le prossime iniziative scientifiche del Centro Studi.

PROTEZIONE DELLA CUTE INTERAMENTE IN SILICONE

La pelle è l'organo più esteso del corpo e solitamente costituisce una barriera eccellente. Per i pazienti stomizzati e incontinenti, tuttavia, è difficile mantenere la pelle sana. Silesse™ è ipoallergenico perché utilizza la più moderna tecnologia a base di silicone per proteggere la pelle, prevenire i danni e l'irritazione causata dagli adesivi medicali e dai liquidi organici.

Cura della stomia - sacche

Utilizzato ad ogni cambio di sacca, grazie alla sua formula Silesse™ crea una barriera confortevole e duratura tra la pelle e la placca adesiva. A differenza di alcune barriere cutanee, Silesse™ contiene esclusivamente siliconi e pertanto non provoca addensamenti sulla superficie cutanea.

Cura dell'incontinenza - cateteri esterni e pannoloni

Le salviette o il vaporizzatore Silesse™ utilizzati costantemente prima di sostituire il catetere o il reggi-catetere migliora lo stato della cute e favorisce un'aderenza elevata. Per coloro che usano pannoloni, il vaporizzatore Silesse™ protegge rapidamente e non ostruisce il pannolone.

Cura delle ferite - bende e cerotti a nastro

La cute intorno alle ferite può diventare macerata e delicata.

La barriera cutanea Silesse™ non brucia e la sua formulazione è studiata per proteggere dall'essudato e dagli adesivi.

Silesse™ esercita un'azione lenitiva, protegge, idrata, lenisce e soprattutto non brucia. Una volta applicato sulla cute asciuga rapidamente e consente di applicare un altro adesivo dopo pochi secondi senza provocare addensamenti e senza unire le pieghe cutanee tra loro.

Silesse™ è disponibile nella versione spray e salviette.



Silesse™ spray da 50 ml e salviette

Silesse™ di Trio Healthcare è distribuito in Italia da Sapi Med s.p.a. - Alessandria



SAPI MED SpA - Alessandria - ITALIA

Tel +39 0131 348 109 - Fax +39 0131 34 83 33 info@sapimed.com - www.sapimed.com

In 3D l'anatomia del pavimento pelvico

ERICA STOCCO

Clinica Chirurgica 2, Università di Padova

INTRODUZIONE

Pelvic Floor Disorders è un software della *Primal Pictures* ideato nel 1991 con l'obiettivo di creare modelli anatomici in tre dimensioni completi e scientificamente accurati. Le immagini anatomiche sono sempre accompagnate da animazioni tridimensionali che ne evidenziano la funzione, la biomeccanica, le procedure chirurgiche, e sono supportate da video clinici e testi scritti da specialisti del settore^(*).

Il software è utilizzato per l'educazione di pazienti, studenti, medici in formazione specialistica, insegnanti e professionisti in tutto il mondo e nel 2009 si calcola che oltre mezzo milione di studenti l'abbiano utilizzato solo per lo studio dell'anatomia.

La rappresentazione del corpo umano nel software effettivamente appare unica per la sua accuratezza e i dettagli in quanto le informazioni e le immagini derivano da scansioni reali interpretate da un gruppo di anatomici e specialisti di computer-grafica. Ciò corrisponde al fatto che questa azienda inglese lavora su progetti che mirano a perfezionare il prodotto in base alle richieste di mercato e di programmi di apprendimento aggiornati allo stato attuale delle conoscenze e delle esigenze mediche e chirurgiche. Dal punto di vista grafico i risultati risultano assolutamente validi.

IL DVD-ROM

L'anatomia della pelvi e del pavimento pelvico è notoriamente complessa e difficile da raffigurarsi anche per il chirurgo se ne occupi. Uno stesso organo, se approssiato da una sede piuttosto che da un'altra appare completamente diverso ed una visione obiettiva risulta il più delle volte problematica. Il contenuto multimediale del dvd-rom rappresenta dunque un sussidio per lo studio e l'apprendimento della pelviperineologia con immagini in 3D, spiegazioni, riferimenti bibliografici ed animazioni. È possibile scegliere tra 47 immagini dettagliate con didascalie che includono i muscoli del pavimento pelvico, il sistema riproduttivo, l'apparato urinario, digestivo, lo scheletro, l'apparato articolare, il sistema nervoso periferico (compreso il plesso lombare, sacrale e coccigeo) e il sistema nervoso autonomo. È fornito di una introduzione guidata all'uso del software e di un'ampia sezione informativa sulla diagnosi, il trattamento, la riabilitazione ed le comuni malattie del pavimento pelvico. Questa permette di orientarsi immediatamente sul suo utilizzo e fornisce una panoramica di tutte le funzioni e contenuti.

Tutte le immagini anatomiche hanno un testo di accompagnamento e dei collegamenti ad immagini addizionali che includono sezioni coronali della pelvi femminile e immagini cliniche.

È uno strumento di facile utilizzo e di grande immediatezza didattica che fornisce dati anatomici importanti per-

mettendo una comprensione approfondita delle strutture e dei loro rapporti, utile per gli specialisti in chirurgia generale, chirurgia coloretale, urologia, ginecologia, riabilitazione del pavimento pelvico e ovviamente per tutti coloro che comunque siano interessati alla pelviperineologia.

All'avvio del programma è possibile selezionare la lista di tutte le immagini 3D disponibili per avere una visione rapida e generale del prodotto. Scegliendo la finestra "contenuti" si apre un ventaglio di cartelle che presentano le varie strutture anatomiche oltre che informazioni cliniche sui pazienti, sequenze ed animazioni. La sezione di anatomia è molto interessante, mostra un gran numero di immagini della pelvi e del sistema riproduttivo femminile con testo di riferimento, visualizzandole non solo sul piano bidimensionale ma anche in 3D. È possibile analizzare le immagini focalizzando i dettagli anatomici, aggiungendo o rimuovendo degli "strati" (ad esempio i muscoli, i vasi, i nervi da apporre o rimuovere dall'immagine di base) per meglio evidenziare i rapporti anatomici tra le varie strutture che vengono nominate e descritte una volta selezionate e si possono evidenziare all'interno dell'immagine stessa. Queste ultime possono essere inoltre ruotate, ingrandite o rimpicciolite. Oltre alle immagini anatomiche ci sono delle rappresentazioni della superficie cutanea dell'area addomino-pelvica femminile con l'innervazione cutanea e i dermatomeri. Si possono evidenziare anche le ossa del bacino separatamente con i vari punti di inserzione di muscoli, tendini e nervi.

Ad esempio è possibile visualizzare il decorso e i rapporti del nervo pudendo, seguendolo dalla sua origine sino alle più minute terminazioni; nelle informazioni cliniche a disposizione nella finestra associata vengono indicati il decorso e i territori da esso innervati. Nelle immagini si possono evidenziare i vari strati anatomici per avere una visione globale (Fig. 1 a, b, c) e ruotare le immagini per vederle da diverse angolazioni (Fig. 1 d, e, f), con grande risalto dei rapporti con la spina ischiatica e la membrana otturatoria.

È ovvio come tale strumento risulti di grandissimo valore ed assuma un notevole interesse nell'ambito delle specialità chirurgiche di competenza, soprattutto per la sua applicazione al pavimento pelvico per via transperineale o vaginale, in cui molte strutture anatomiche non sono visibili direttamente ma si palpano o semplicemente si apprezzano indirettamente sulla base di altri reperi fissi.

Ne è un esempio il nervo otturatorio, che può essere leso durante l'introduzione, per via transotturatoria appunto, dei "tunnellizzatori" utilizzati per l'applicazione di reti nelle correzioni dei prolapsi genitali (Fig. 2 g, h, i).

Un altro esempio di utilità pratica è la possibilità di visualizzare il decorso dei vasi e le altre strutture muscolari e tendinee presenti nelle aree di interesse chirurgico del pavimento pelvico, permettendo una miglior comprensione dei rapporti e delle basi fisiopatologiche dei vari disturbi.

È possibile accedere a una finestra con le *Informazioni Cliniche* sulle patologie del pavimento pelvico che consistono in brevi testi, frutto di una ricerca aggiornata e scien-

(*) Primal Pictures (www.primalpictures.com, www.anatomy.tv) dispone di vari DVD: radiological cross sectional interactive anatomy with multidetector ct: thorax, abdomen and pelvis; anatomy for urology; interactive functional anatomy; interactive complete human anatomy series; ecc.

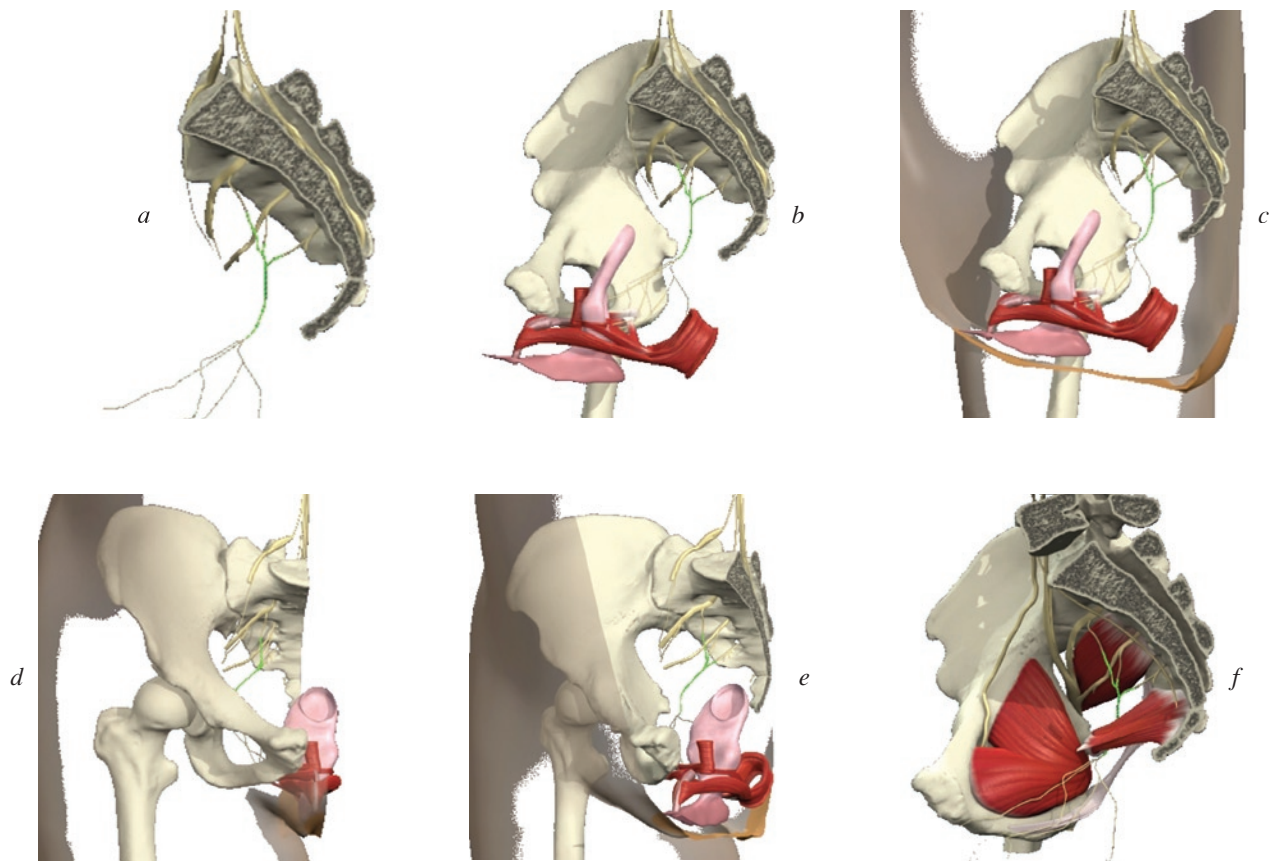


Fig. 1 a, b, c, d, e, f

tificamente attendibile (è presente anche una raccolta di voci bibliografiche) che presentano le attuali definizioni delle patologie di maggiore interesse, l'esame obiettivo, la diagnosi e l'orientamento terapeutico dei diversi quadri morbosi, con la possibilità di ritornare in ogni momento alle immagini anatomiche evidenziando le immagini di pertinenza o alle sequenze relative, tramite degli specifici collegamenti. Tale sezione è utile sia per coloro che desiderano rivedere in maniera sintetica tali problematiche, sia per chi si avvicina per la prima volta al pavimento pelvico con l'esigenza di una panoramica sintetica e generale dei vari aspetti.

Tutte le informazioni sono fornite anche in versione stampabile. Esiste poi una sezione dedicata al *Paziente* che tratta la panoramica dei disturbi del pavimento pelvico (prolassi, incontinenze, sindromi dolorose, lesioni del pavimento pelvico e loro trattamento) riprendendo per ogni

problematica lo stesso schema già descritto nella sezione dedicata alle *Informazioni Cliniche* (l'attuale definizione, descrizione, modalità di diagnosi e trattamento) in modo semplice e chiaramente comprensibile anche da chi non è del mestiere. Tale approccio risulta utile soprattutto per i pazienti, ai quali si possono consegnare direttamente nella versione stampabile le informazioni (ad es. esercizi di Kegel, il pavimento pelvico nel postpartum, etc). Esistono infine degli elementi di completamento per lo studio del pavimento pelvico che consistono in animazioni sulla contrazione muscolare, slides (sezioni coronali anatomiche della pelvi femminile) e filmati che mostrano alcuni esempi di prolasso genitale di vario grado, anteriore o posteriore e la contrazione del pavimento pelvico vista da tutte le angolazioni con la pelvi sul piano sagittale, con e senza organi pelvici. Si tratta di una rappresentazione computerizzata dinamica della funzione del pavimento pelvico

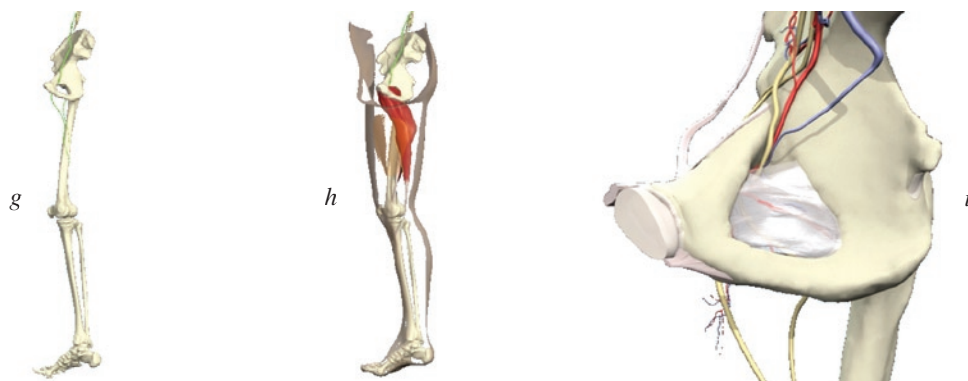


Fig. 2 g, h, i

che mostra il rapporto tra apparato muscolo-legamentoso e/o organi pelvici evidenziando la loro interconnessione, l'unicità del pavimento pelvico e il suo contenuto come un'unica entità.

È infine possibile effettuare una ricerca rapida di uno specifico argomento tramite la finestra "search" (🔍) digitando con una parola chiave o breve frase il termine ricercato e ottenendo così i risultati per tutte le immagini anatomiche disponibili contenenti il termine di ricerca, come pure le slides, i testi di informazioni cliniche o sui pazienti, le animazioni, i filmati. La lista di tutte le strutture, sequenze, animazioni e video si può mettere in ordine alfabetico facilitando ulteriormente la ricerca. Tutto il materiale è salvabile e stampabile per utilizzo personale (utile per presentazioni, lezioni o altro).

Il dvd è dunque utile a scopo educativo e divulgativo, per lezioni, creazione di presentazioni multimediali con PowerPoint, per l'istruzione ai pazienti e per uso privato. Esiste anche un dominio pubblico e commerciale che prevede siti web, libri, video, programmi televisivi, articoli, dispositivi medicali ed infine c'è un'assistenza all'uso

con un training attraverso la Getting started page che permette di esercitarsi sull'utilizzo del dvd-rom. Se ciò non fosse sufficiente c'è a disposizione l'apposito sito techsupport@primalpictures.com.

È chiaro che il materiale di questo prodotto ha scopi educativi e non rappresenta l'unica o necessariamente il miglior approccio per il tema trattato, ma vuole essere una raccolta di varie modalità di analisi e procedure da parte di autori che trattano lo stesso problema.

I requisiti minimi per l'installazione del programma sono: microsoft® windows xp o vista e mac osx 10.3-10.5; velocità di processing: 1.5 ghz con 512 mb di ram, 200 mb di spazio libero su disco; risoluzione dello schermo: 1024 × 768 screen dvd-rom drive.

Corrispondenza:

PROF. GIUSEPPE DODI, DR. ERICA STOCCO
Department of Clinica Chirurgica 2, Policlinico di Padova
Clinica Chirurgica 2, Università di Padova
giuseppe.dodi@unipd.it, www.centropelvi.it



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.

CORSO BASE

Padova, 19-20 Febbraio 2010

Educazione Medica Continua - E.C.M. - 15 CREDITI

Per le seguenti figure professionali: – medico chirurgo; – infermiere; – ostetrica; – fisioterapisti

Responsabile scientifico: Prof. G. Dodi

Responsabile didattica: Dott.ssa A. Cavalieri

Per informazioni: www.centropelvi.it



AZIENDA CERTIFICATA UNI EN ISO 9001:2000

FORNITURE PER ENDOSCOPIA E CHIRURGIA - ASSISTENZA TECNICA - RIPARAZIONI
Via Copernico, 7 - 35124 Padova - Tel. 049.8800550 - Fax 049.680999 - E-mail: segreteria@uromat.it

MFA MULTI-FUNCTIONAL ANOSCOPE: UN NUOVO STRUMENTO NELLA VISITA PROCTOLOGICA

Dr. P. Meinero



MFA - Multi-Functional Anoscope

Sino ad oggi non esisteva uno strumento in grado di valutare la funzionalità anorettale durante la prima visita proctologica per patologie minori. In questi casi infatti, la manometria viene eseguita solo quando vi sia un evidente motivo anamnestico non essendo prevista in alcuna linea guida. L'MFA si colloca tra l'attuale nulla e la manometria stessa permettendo di rilevare i parametri di sensibilità rettale (First Sensation, Defecatory Desire Volume, Maximum Tolerable Volume) già durante la prima visita. Se alterati, questi parametri consentono l'individuazione di pazienti con ipersensibilità o iposensibilità notoriamente correlate con patologie concomitanti misconosciute.

È costituito da un anoscopio graduato e da un catetere con palloncino.

È multifunzionale perchè oltre al Test di Sensibilità Rettale (TSR) consente di effettuare, già durante la prima visita, il Balloon Expulsion Test (BET), la Valutazione preoperatoria dell'Entità del Prolasso (VEP) e la Misurazione della Lunghezza del Canale Anale (MLCA). A seconda dell'esito di questi tests, lo specialista potrà sospettare patologie concomitanti ed indirizzare il paziente verso ulteriori approfondimenti diagnostici.

Nello studio personale, si dimostra la correlazione tra le alterazioni della sensibilità rettale ed alcune complicanze postoperatorie che, grazie all'utilizzo dell'MFA, possono essere prevenute. Con l'MFA si può inoltre prevedere l'esito di un eventuale biofeedback.

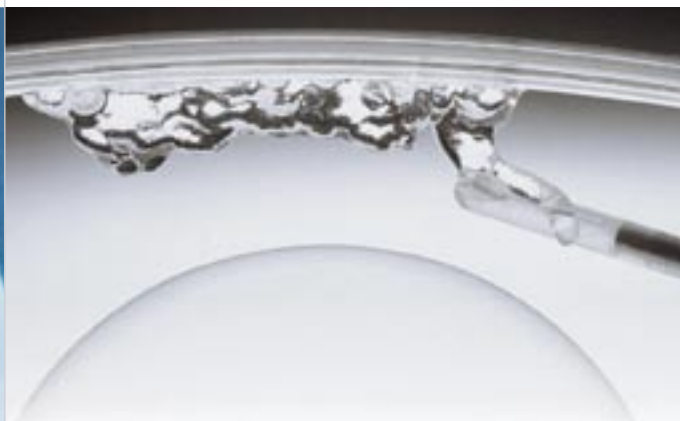
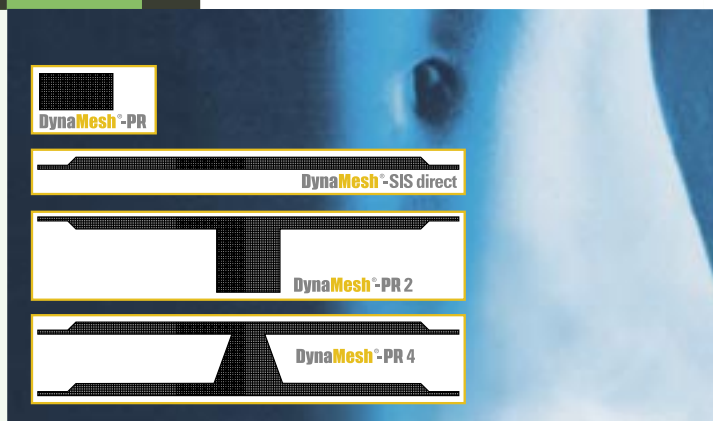


SAPI MED SpA - Alessandria - ITALIA

Tel +39 0131 348 109 - Fax +39 0131 34 83 33 info@sapimed.com - www.sapimed.com

DynaMesh[®]-PR

Hyalobarrier[®] gel



**Reti Chirurgiche
per Ricostruzione
del Pavimento Pelvico**

100% PVDF

**Barriera anti-aderenziale
in gel bio-assorbibile
per Chirurgia addomino-pelvica**

100% Acido ialuronico puro

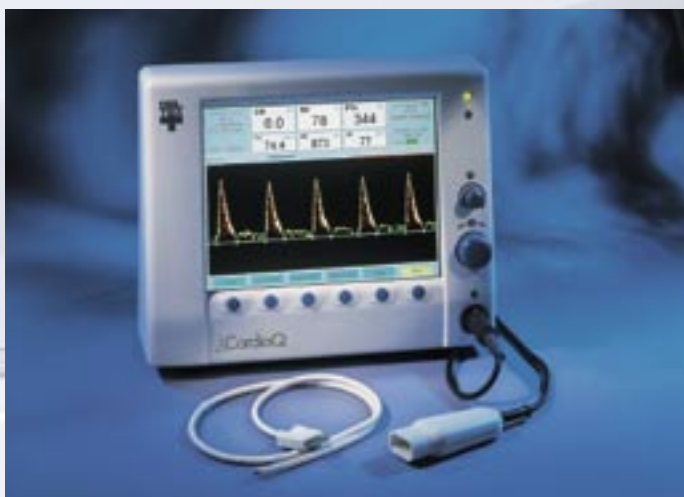
PER INFORMAZIONI:

Distrex
PARTNER IN CHIRURGIA

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

CardioQ

**Monitoraggio della Gittata Cardiaca
e dei parametri emodinamici**



ACCURATEZZA

RAPIDITÀ

BASSA INVASIVITÀ

Alimenta il movimento senza fermento



PLANTALax
Regolatore intestinale a base di fibra di Psyllium
(*Plantago ovata*) e α -galattosidasi

Contro la stipsi:
regola l'intestino e contrasta la produzione di gas intestinale
migliorando la digestione di cereali,
legumi, verdura e frutta.

