Vol. 40 - N. 2
Giugno 2021

Rivista Italiana di Colon-Proctologia
Fondata nel 1982

Già organo ufficiale della Società Italiana di Colon-Proctologia

ISSN 1973-4891

PELVIPERINEOLOGIA

RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

Collaboratori 2017-2020

Andrea Ambrosetti, Matteo Andolfatto, Elena Andretta, Gabriele Bazzocchi, Caterina Bertelli, Matteo Bruno, Carla Cantiani, Fabio Cappellato, Roberto Carone, Alessia Carsughi, Federico Cavallari, Maria A. Dallaglio, Stella De Chino, Rosario De Falco, Francesco Deltetto, Davide Devita, Francesco Diomede, Umberto Ferro, Elena Frighetto, Luisa Fantinel, Daniele Ferrari, Benito Ferraro, Fabio Gaj, Guerrino Giorgetti, Pasquale Intini, Filippo La Torre, Luisa Marcato, Paola Melchiorre, Mauro Menarini, Andrea Meneghini, Nicola Meneghini, Giovanni Milito, Umberto Nardi, Giulia Papa, Daniele Passannanti, Peter Petros, Valeria Picello, Federica Piloni, Nino Pulvirenti, Andrea Ramin, Francesco Santacroce, Carlo Schievano, Désirée Uguccioni, Roberto Villani, Michele Zaffin

Sezioni

Ginecologia estetica
Medicina complementare
Medicina legale
Medicina narrativa
Pelvi-perineo-cultura
Riabilitazione/perineo felice
Storia della pelviperineologia

Collaborazione con

Società Italiana di Pelvi-perineologia e di Urologia Femminile e Funzionale

Integrated Pelvis Group

Associazione Italiana di Ginecologia Estetica e Funzionale

Club Amici della Proctologia e Perineologia

Federazione Italiana Incontinenti e Disfunzioni del Pavimento Pelvico

Editore e direttore responsabile
Giuseppe Dodi

Indice

23 **Relazione tra la valutazione soggettiva dell'incontinenza urinaria e il consumo di protezioni nella donna** D. Riva, V. Pieri

26 **Apporto topico di Adelmidrol e acido trans-traumatico nel trattamento della ragade anale cronica. Risultati preliminari.** N. Tricomi, D. Segre, G. Dodi

26 **HPV e immunomodulazione: trattamento combinato perioperatorio della condilomatosi anale, ablazione chirurgica e lisato di *P. acnes*** B. Ferraro

34 **I pazienti dicono "no" ai voucher** F. Diomede

35 **La pelvi del padre e i dolori del giovane Emilio. Una storia vera** G. Dodi

37 **Il racconto di Federica. Miao & plop, una "pet" pelviterapia** F. Piloni

38 **Abstract articoli di Pelviperineology 2 2021**

Leda e il cigno - Leonardo da Vinci, 1510)

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

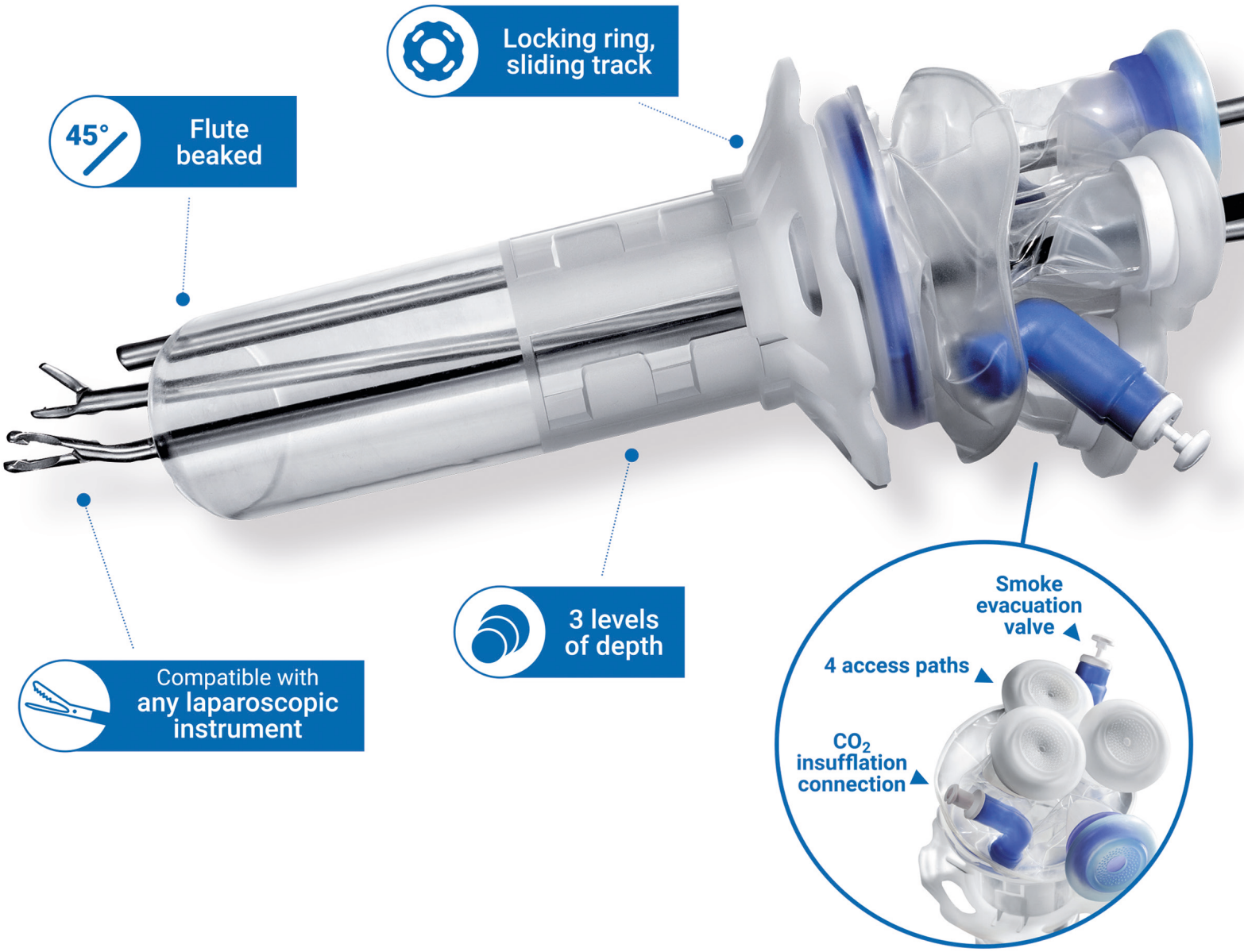
www.pelviperineologia.it

Redazione:
giuseppe.dodi@unipd.it
Stampa:
La Grafica Faggian Srl
Via Severi, 2-4
Campodarsego (PD)
info@lagraficafaggian.it

ARAMIS

transanal rectoscopic Assisted Minimally Invasive Surgery

Multifunctional surgical device dedicated to the transanal minimally invasive surgery of rectal pathologies.



sapimed
www.sapimed.com

Articolo originale

Relazione tra la valutazione soggettiva dell'incontinenza urinaria e il consumo di protezioni nella donna

DIEGO RIVA[1], VALERIO PIERI[2]

1 Gruppo interdisciplinare per lo studio del pavimento pelvico- U.O. di Ginecologia - Clinica S. Pio X Humanitas Milano – Fondazione Italiana Continenza 2 Ricercatore di Economia Aziendale presso il Dipartimento di Economia Aziendale dell'Università degli Studi Roma TRE

Riassunto: Il contributo, che si basa sulle evidenze di 68 questionari raccolti presso 5 centri specializzati della Lombardia, analizza la relazione tra la gravità dell'incontinenza percepita dalle pazienti e il consumo di protezioni dichiarato. Dalle evidenze dei questionari viene altresì determinata una ragionevole stima della spesa sostenuta in relazione a tre livelli di gravità delle perdite.

Parole chiave: Incontinenza urinaria femminile, Protezioni, Qualità della vita

Relationship between the subjective assessment of urinary incontinence and the consumption of protections in women

Abstract: The paper, which is based on the evidence of 68 questionnaires collected at 5 specialized centers in Lombardy, analyzes the relationship between the severity of incontinence perceived by patients and the declared consumption of protections. A reasonable estimate of the expenditure incurred in relation to three levels of severity of losses is also determined from the evidence of the questionnaires.

Keywords: Female urinary incontinence, Protections, Quality of life

INTRODUZIONE

L'incontinenza urinaria rappresenta un problema di primaria importanza sia in un'ottica di valutazione dello stato di salute della persona, sia in quella di un'analisi socio-economica delle risorse e delle spese sanitarie di una comunità. Essa presenta infatti una prevalenza nel sesso femminile estremamente elevata, con notevoli differenze nelle diverse casistiche, giungendo fino a quote del 55% nelle donne di età comprese tra i 50 e i 59 anni (Hawthorne e Coll, 2006[1]), con un incremento progressivo delle forme da urgenza nelle età più avanzate e nelle donne degenti presso istituti di ricovero per anziani. Tale prevalenza risulta inoltre estremamente variabile a seconda dei metodi di indagine utilizzati e della gravità di incontinenza valutata, nonché delle diverse possibili cause e comorbilità (nel fare riferimento al pregevole lavoro di Coyne e Coll. del 2012[2], si rinvia ai risultati delle International Consultation on Incontinence[3] per una vasta e autorevole rassegna degli studi epidemiologici internazionali). Nonostante i progressi nella terapia riabilitativa, farmacologica e chirurgica, una percentuale elevata di pazienti utilizzano purtroppo le protezioni anti-incontinenza come unica risorsa per affrontare il problema, anziché avviare per tempo un percorso di diagnosi e terapia (fisioterapia, farmaci o chirurgia, a seconda dei casi) che può produrre eccellenti risultati e, in molti casi, assicurare il superamento della condizione. Diversi Autori anglosassoni usano il termine di "contained incontinence" per indicare questa condizione. Il tipo di incontinenza (da sforzo, da urgenza e mista), le condizioni di salute generali, la mobilità e la co-morbilità influenzano a loro volta la gravità dell'incontinenza e quindi la quantità di urine perse dalla paziente durante la giornata e la notte e, conseguentemente, la quantità dei presidi necessari e la loro tipologia (forma, dimensioni, grado di assorbimento, ecc.) Lo scopo del presente lavoro è quello di correlare il grado di incontinenza soggettiva valutata dalle pazienti con il consumo di protezioni dichiarato. Un dato aggiuntivo che abbiamo ritenuto significativo è quello della conseguente spesa sostenuta dal soggetto o dal SSN.

METODO

Abbiamo sottoposto ad un gruppo di 68 pazienti affette da incontinenza urinaria, afferenti a 5 centri per lo studio dell'incontinenza urinaria della Lombardia, un questionario di 19 domande (Allegato A), che comprendeva: la versione italiana del questionario ICI-Q SF (domande 2-5), dati per valutare pollachiuria e nicturia o polidipsia (domande 7-8 e 14) e soprattutto elementi riguardanti il consumo di protezioni sia diurne che notturne, la loro dimensioni e tipologia, la quantità di urine persa e perciò assorbita dalle protezioni stesse (cioè quanto bagnato fosse il pannolino al cambio). Alcune domande aggiuntive riguardavano la mobilità, la presenza contemporanea di incontinenza anale, le eventuali terapie utilizzate e il loro esito. Le pazienti sono state quindi suddivise in 3 classi di gravità di incontinenza soggettiva, dedotte dal punteggio totalizzato nell'ICI-Q SF: lieve, moderata, grave. Il dato è stato correlato con la frequenza e la quantità di urina perse, con il detrimento della qualità di vita, valutato tramite la scala numerica 1-10 dell'ICI-Q, e infine la tipologia di protezioni utilizzate. Le protezioni sono state distinte in piccole, medie o grandi, sia per il giorno che per la notte. E' stata quindi posta una correlazione tra questi dati e la spesa sostenuta per l'acquisto delle protezioni stesse sia da parte delle paziente che da parte del SSN.

RISULTATI

L'età delle pazienti era compresa tra 22 e 85 anni (media 61.8 anni), di cui il 48.1 % situato nella fascia oltre i 65 anni. Il grado soggettivo di incontinenza (vedi Tabella 1) era riferito lieve nel 25% delle pazienti, moderato nel 47% e grave nel 27.9% di esse.

Tabella 1- Risultati

Gravità soggettiva	N°	Frequenza perdite		Quantità di urina perse		Decremento Q.d.Vita		Protezioni utilizzate		
		Bassa	Alta	Scarsa	Elevata	0-5	6-10	Piccole	Medie	Grandi
Lieve	17	13	4	15	2	9	8	12	5	-
Moderata	32	9	23	14	18	9	23	12	10	10
Grave	19	4	15	3	16	0	19	3	7	9
Total	68	26	42	32	46	18	50	27	22	19

Allegato A

Questionario sul consumo di protezioni nelle pazienti incontinenti

Gentile Signora, il presente questionario ha lo scopo di valutare la gravità della sua incontinenza urinaria e il conseguente consumo di protezioni da parte sua.

C.N. (iniziali)_____ Età ___ Centro / Ambulatorio / Ospedale_____

1) Da quanto tempo le capita di avere perdite involontarie di urina:
   a. Meno di 6 mesi
   b. 6-12 mesi
   c. 1-3 anni
   d. Più di 3 anni

2) Con che frequenza le capita di perdere urina:

Mai	0
Una volta a settimana o meno	1
Due o tre volte alla settimana	2
Circa una volta al giorno	3
Più volte al giorno	4
Perdo urina in continuazione	5

3) Secondo la sua opinione quanta urina perde comunemente:

a. Niente	0
b. Piccole quantità	2
c. Modeste quantità	4
d. Abbondanti quantità	6

4) Nel complesso le sue perdite quanto influiscono sulla sua qualità di vita?
   Esprima un punteggio da 0 (per nulla) a 10 (moltissimo) ____

5) La perdita di urina si manifesta quando:
   a. Non arriva in tempo ai servizi
   b. Fa una sforzo fisico o tossisce, starnutisce, ecc
   c. Durante il sonno
   d. Durante attività fisica
   e. Una volta rivestita dopo aver urinato
   f. Senza ragioni particolari
   g. Sempre

6) Secondo la sua opinione la sua incontinenza è:
   lievissima, lieve, moderata, grave, gravissima

7) Mediamente quante volte si reca alla toilette per urinare durante la giornata?

8) Mediamente quante volte si deve alzare la notte per urinare?

9) Usa abitualmente una o più protezioni (pannolini/ pannoloni) per l'incontinenza durante la giornata?
   Se sì, quanti ne utilizza in tutto nella giornata esclusa la notte?
   a. Piccolissimi (salvaslip o simili)
   b. Piccoli (tipo sagomati piccoli, pannolini per incontinenza leggera normale o extra, pannolino da uomo livello 1 o 2..)
   c. Medi (tipo sagomati medi o pannolini per incontinenza leggera tipo super o pannolini da uomo livello 3..)
   d. Grandi (tipo quelli sagomati grandi) n°
   e. Pannolini a mutandina con chiusura con adesivi n°
   f. Pannolini a mutandina tipo pull up (che si tirano su e giù come le mutandine) per incontinenza media n°
   g. Pannolini tipo pull up per incontinenza grave n°
   h. Altro_____

10) Quando cambia i pannolini che utilizza di giorno, essi sono:
    a. Appena bagnati / gocce
    b. Abbastanza bagnati
    c. Inzuppati

11) Se si, quanti ne utilizza la notte?
    a. Piccolissimi (salvaslip o simili)
    b. Piccoli (tipo sagomati piccoli, pannolini per incontinenza leggera normale o extra, pannolino da uomo livello 1 o 2 ..)
    c. Medi (tipo sagomati medi o pannolini per incontinenza leggera tipo super o pannolini da uomo livello 3 ..)
    d. Grandi (tipo quelli sagomati grandi) n°
    e. Pannolini a mutandina con chiusura con adesivi n°
    f. Pannolini a mutandina tipo pull up (che si tirano su e giù come le mutandine) per incontinenza media n°
    g. Pannolini tipo pull up per incontinenza grave n°
    Altro_____

12) Quando cambia i pannolini che utilizza di notte, essi sono:
    a. Appena bagnati / gocce
    b. Abbastanza bagnati
    c. Inzuppati

13) Ha problemi di movimento per cui fa fatica a raggiungere in tempo la toilette?

14) Quanta acqua o altri liquidi beve in tutto?
    a. No
    b. Meno di ½ litro al giorno
    c. ½ - 1 litro al giorno
    d. 1-2 litri al giorno
    e. Più di 2 litri al giorno

15) Ha utilizzando qualche farmaco o altro per curare la sua incontinenza?
    Specifichi:_____

16) Con quale esito?
    a. Buono/ottimo
    b. Scarso /Mediocre
    c. Nessun beneficio

17) Soffre anche di incontinenza anale? si / no

18) Se sì, di che tipo?
    a. Incontinenza solo ai gas
    b. Incontinenza lieve tale da macchiare talvolta gli indumenti
    c. Incontinenza anche a feci liquide
    d. Incontinenza anche a feci solide

19) Le protezioni che utilizza, le sono fornite:
    a. Dal SSN / ASL al 100%
    b. Dal SSN / ASL al 60-90 %
    c. Dal SSN / ASL al 30-60%
    d. Dal SSN / ASL in percentuale inferiore al 20% (cioè li acquista quasi sempre di tasca propria)

Visto, il medico/ I.P. referente

Le perdite giornaliere variavano da 0 a continue: il 38.2 % dichiarava una frequenza bassa (inferiore/uguale a 1 volta al giorno), il 61.7 % una frequenza alta (perdite 1 o più volte al giorno). I dati sulla quantità di urina persa (scarsa/elevata) erano paralleli a quelli citati per la frequenza. La qualità di vita era notevolmente condizionata dall'incontinenza (6-10 punti di decremento) nel 73.% delle pazienti. Esaminando in dettaglio la relazione tra l'indice soggettivo di gravità e il deterioramento della qualità di vita (Q.o.L.), si è osservato un peggioramento nel 47, 71.8 e 100 % nei 3 gruppi di gravità crescente. Una relazione significativa è stata inoltre osservata tra l'indice soggettivo e la frequenza e gravità delle perdite quotidiane. Valutando la correlazione tra l'indice di gravità soggettivo e l'uso di protezioni, si è osservato che il 70.5% delle pazienti con incontinenza lieve utilizzava solo protezioni piccole, il 68.7% di quelle con incontinenza moderata usava quelle piccole o medie, e che il 47.3 % delle pazienti con incontinenza grave utilizzava protezioni grandi. Ricordiamo che, secondo il report ICS del 2020 (Fader e Coll.[4]), sono state identificate 7 tipologie diverse di protezioni, con una certa difficoltà ad denominarle esattamente tra pazienti e popolazioni diverse, Infine solamente il 27% delle pazienti seguivano o avevano seguito una terapia riabilitativa o farmacologica. Un dato molto interessante era costituito dal fatto che solo il 10% delle protezioni utilizzate veniva fornito dal SSN.

CONCLUSIONI

E' stata osservata una buona correlazione tra l'indice soggettivo di gravità e l'utilizzo di protezioni, così come è risultata significativa la relazione con la Q.o.L. delle pazienti. In una indagine precedente (Riva e Coll.[5])si era osservato che la spesa annua media era rispettivamente di € 291, 684 e 795 per i 3 gruppi di gravità crescente: queste stime sono basate sul dato sul consumo di protezioni deducibile da questo studio. Per altro le percentuali di prodotti forniti dal SSN sono molto basse, differenti da quanto riportato in letteratura (Fonda e Coll.[6] - Cottenden e Coll.[7]): generalmente si tratta di difficoltà delle pazienti a richiedere le protezioni suddette (per vergogna, mancata o carente documentazione, ecc) o al fatto che le protezioni fornite dal SSN risultano inadeguate per numero e/o tipologia. L'analisi dettagliata delle motivazioni sottostanti a questo elemento esula dal presente articolo e potrà essere opportunamente riesaminata in lavori successivi.

In conclusione la gravità soggettiva dell'incontinenza urinaria si conferma avere un forte impatto negativo sulla qualità di vita delle pazienti, così come esiste una buona correlazione tra la gravità soggettiva dell'incontinenza e il tipo di protezioni utilizzate, anche se il numero di esse non è sempre esattamente valutabile e preventivabile, essendo variabile il rapporto tra la quantità di urina persa e la necessità avvertita dalla donna di ricorre al cambio del pannolino.

BIBLIOGRAFIA

1. Hawthorne G 2006, Measuring Incontinence in Australia, a report for the Commonwealth of Australia, Canberra
2. Coyne KS, Kvasz M, Ireland AM, et al. Urinary Incontinence and its Relationship to Mental Health and Health-Related Quality of Life in Men and Women in Sweden, the United Kingdom, and the United States, Eur Urol 2012; 61: 88-95.
3. Epidemiology of urinary incontinence (UI) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP) and anal (AI) incontinence. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A., eds. Incontinence 6th Edition. UK Bristol: ICI-ICS. International Continence Society 2017; 1-142.
4. Fader M, Cottenden A, Chatterton C et al. An International Continence Society (ICS) report on the terminology for single-use body worn absorbent incontinence products. Neurourology and Urodynamics. 2020;1–9.
5. Riva D, Pieri V, An event-tree based model for the analysis of the direct costs of female urinary incontinence in Italy. ICS Congress, Florence, 2017
6. Fonda D, Abrams P. Cure sometimes, help always—a "continence paradigm" for all ages and conditions. Neurourol Urodyn. 2006;25(3):290-292. 2. Bo K, Frawley H H, Haylen BT
7. Cottenden A, Fader M, Beekman D, et al. Management with Continence Products. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, eds. "Incontinence". Sixth edition. Bristol: International Continence Society; 2017:2303-2426.

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia la Fondazione Italiana Continenza per lo stimolo e il supporto allo studio "I costi dell'incontinenza urinaria in Italia" nel cui ambito è stato realizzato il presente contributo, e gli altri partecipanti alla ricerca (per la Fondazione: Mario De Gennaro, Roberto Carone, Antonella Biroli, Marco Soligo, Elena Bertolucci e Lucilla Giambroni e, per il Dipartimento di Economia Aziendale di Roma Tre, il Prof. Tiziano Onesti).

Corrispondenza:

Diego Riva Via Trento 54 Saronno (VA)
rivadiego51@gmail.com

Articolo originale

Apporto topico di Adelmidrol e acido trans-traumatico nel trattamento della ragade anale cronica. Risultati preliminari

NICOLA TRICOMI[1], DIEGO SEGRE[2], GIUSEPPE DODI[3]

U.C.P. Palermo, Casa di Cura Candela[1]; Ambulatorio Specialistico di Proctologia, Cuneo[2]; Centro Pelvi, Padova[3]

Riassunto: **Scopo dello studio.** Valutare l'efficacia di Adelmidrol in associazione all'acido trans-traumatico sulla sintomatologia e sul processo di guarigione delle ragadi anali croniche. Questa associazione potrebbe rappresentare un approccio terapeutico innovativo della ragade anale cronica in quanto orientata ad attenuare il processo di neuroinfiammazione conseguente all'incontrollata iper-attivazione del mastocita tissutale. **Materiali e metodi.** Pazienti ambulatoriali affetti da ragadi anali croniche sono stati sottoposti a trattamento topico con Adelmidrol + acido trans-traumatico alla dose di 3ml/die per 60 giorni ed a valutazione dell'intensità della sintomatologia dolorosa mediante la Numeric rating Scale, della presenza/assenza di sanguinamento e dell'ampiezza e profondità della ragade. **Risultati.** L'analisi preliminare dei dati, effettuata in 63 dei 90 pazienti previsti evidenzia, già dopo i primi 15 giorni di trattamento, un miglioramento statisticamente significativo ($p< 0.0001$) dei sintomi dolore, spasmo e prurito. Il sanguinamento, presente all'arruolmento nel 70% dei pazienti, persiste al termine del periodo di trattamento solo nel 12,7% e la cicatrizzazione delle ragadi è avvenuta nel 65,1% dei pazienti. Il prodotto è apparso sempre ben tollerato ad eccezione di un caso di ipersensibilità ai componenti del dispositivo medico. **Conclusione.** I risultati preliminari di questa indagine clinica suggeriscono che l'associazione Adelmidrol e acido trans-traumatico può essere considerata un trattamento alternativo, di semplice applicazione e privo di effetti collaterali per la terapia delle ragadi anali, sovrapponibile alla miglior pratica clinica (dilatazioni anali, unguenti anestetici, nifedipina, etc.).

Parole chiave: Ragade anale cronica; Adelmidrol; Acido trans-traumatico; Dolore; Sanguinamento; Cicatrizzazione

Topical treatment with Adelmidrol and trans-traumatic acid in chronic anal fissure. Preliminary results

Summary: **Aim of the study.** To assess the Adelmidrol in association with Trans-traumatic acid efficacy on the symptoms treatment and healing process of the chronic anal fissures. This association might represent an innovative treatment approach for the chronic anal fissure, as it is aimed to attenuate the process of neuroinflammation resulting from an uncontrolled tissue mast cell hyperactivation. **Patients and Methods.** Outpatients suffering from chronic anal fissures underwent a topical treatment with Adelmidrol + trans-traumatic acid at a dosage of 3ml/day for 60 days, and an assessment of pain intensity by means of the Numeric Rating Scale, of bleeding presence/absence and of fissure width and depth. **Results.** Preliminary analysis data, performed in 63 of 90 enrolled patients that had completed the treatment period, already after 15 days of treatment highlights a statistically significant ($p< 0.0001$) improvement in pain, spasm and itching symptoms. Bleeding, present in 70% of patients upon enrollment, persists at the end of treatment only in 12,7% and fissures healing occurred in 65,1%. The product always appears to be well tolerated, with the exception of one case of hypersensitivity to the medical device components. **Conclusion.** These data suggest that the association between Adelmidrol and Trans-traumatic acid represents an alternative treatment, easy to apply and lacking of adverse events, for the anal fissures therapy, comparable the best clinical practice (anal dilatation, analgesic ointments, nifedipine, etc.).

Keywords: Chronic anal fissures; Adelmidrol; Trans-traumatic acid; Pain; Bleeding; Healing

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

La ragade anale è una lesione molto frequente nella pratica proctologica che comporta un'alterazione dell'anoderma con compromissione di strutture vascolari e nervose[1,2]. Essa è caratterizzata da una sintomatologia dolorosa talvolta sproporzionata all'entità del danno anatomico. La ragade anale cronica consiste in una soluzione di continuo del canale anale distale, spesso presenta una considerevole difficoltà a guarire spontaneamente e rappresenta una delle cause più frequenti di sanguinamento e dolore anale. In questo contesto il sistema immunitario gioca un ruolo importante nell'attivare i processi di riparazione tissutale e nel contrastare l'insorgenza di infezioni; in particolare il mastocita, cellula dell'immunità innata residente nei vari strati del tessuto cutaneo e mucosale, rappresenta il più importante fattore per la risposta infiammatoria[3]. Il mastocita scatena il processo infiammatorio attraverso il rilascio incontrollato di mediatori pro-infiammatori avviando in tal modo il reclutamento di leucociti e macrofagi e promuovendo, nel frattempo, la risposta cicatriziale del tessuto lacerato per liberazione di fattori di crescita favorenti i fisiologici processi riparativi[4].

Nelle forme cronicizzate a livello della lesione si instaura un processo di neuroinfiammazione conseguente all'iper-reattività delle cellule mastocitarie localizzate nella struttura mucosale, con conseguente perdita della innata capacità di mantenere il processo neuroinfiammatorio entro limiti fisiologici per progressivo deficit del naturale modulatore mastocitario quale la palmitoiletanolamide. Tale situazione induce una progressiva sofferenza del tessuto vascolare e dei terminali nervosi sensoriali accompagnata da una sintomatologia dolorosa[1,2,5-7].

La terapia della ragade anale cronica si avvale di vari metodi conservativi (farmaci antalgici per alleviare il dolore, ansiolitici per allentare la tensione psichica, semicupi caldi per ridurre lo spasmo, trinitrina o nifedipina per ridurre il tono dello sfintere, correttori della stipsi) e chirugici ognuno dei quali presenta vantaggi e svantaggi. La ragade cronica tuttavia, sebbene possa presentare un miglioramento o anche la scomparsa dei sintomi, tende spesso a recidivare.

Un approccio terapeutico mirato a controllare l'iper-reattività del mastocita residente in area mucosale ed a migliorare il trofismo neuro-vasale dell'area lesa[8], potrebbe rappresentare una terapia innovativa per il trattamento topico di processi infiammatori muco-cutanei; a tale scopo è stato preso in considerazione un dispositivo medico sterile di classe II a base di Adelmidrol in associazione ad acido trans-traumatico.

L'Adelmidrol, derivato dell'acido azelaico, molecola con proprietà anfipatiche appartenente alla famiglia delle aliamidi[9], è una sostanza che agisce determinando un significativo aumento endogeno dei livelli locali di palmitoiletanolamide (PEA), quando questa risulta diminuita rispetto alla norma.

Si tratta di un effetto indiretto della molecola, infatti l'Adelmidrol induce semplicemente un effetto fisico noto come "entourage effect" che consente una normalizzazione locale – non metabolica né farmacologica - della concentrazioni di PEA endogena[10] mantenendo, di conseguenza, la normo-reattività dei mastociti al sito di lesione[9] attraverso il meccanismo fisiologico ALIA (Autacoid Local Injury Antagonism).
L'acido trans-traumatico, è un acido dicarbossilico monoinsaturo prodotto per degradazione enzimatica di acidi grassi (linoleico e linolenico) secreto da molte piante in risposta a danni di diversa natura[11]. L'acido trans-traumatico è in grado di indurre proliferazione e differenziazione di tessuti vegetali e stimolare la risposta cicatriziale post traumatica[12,13]. Inoltre è in grado di favorire la riparazione di tessuti animali aumentandone la proliferazione cellulare[14] con incremento della riepitelizzazione e della crescita dei fibroblasti nelle aree lese[15].
In campo clinico Adelmidrol in associazione all'acido trans-traumatico è impiegato nel trattamento di lesioni cutanee per lacerazione o incisione chirurgica (lacerazioni perineali da parto, episiotomia,chirurgia proctologica) allo scopo di favorire la riepitelizzazione funzionale del tessuto leso contrastando fenomeni di iper-innervazione sensitiva ed evitando formazioni anomale di tessuto fibroso[16].
Scopo dello studio è di valutare l'efficacia e la tollerabilità, nella terapia delle ragadi anali croniche, dell'impiego topico di un dispositivo medico sterile di classe IIb contenente Adelmidrol associato ad acido trans-traumatico (Epinorm® gel, Epitech Group SpA- Saccolongo, Padova) destinato al trattamento delle lesioni cutanee e mucosali per favorire il naturale processo di riepitelizzazione e cicatrizzazione.

MATERIALI E METODI

A sessantatre pazienti affetti da ragade anale cronica afferenti per visita proctologica a tre ambulatori specialistici di proctologia situati rispettivamente in Palermo, Cuneo e Padova, è stato proposto, previa adeguata informazione, di partecipare ad un'indagine clinica osservazionale volta a valutare l'efficacia di Epinorm® gel, quale trattamento innovativo per queste fissurazioni anali. Sono stati arruolati pazienti consenzienti che rispondevano ai seguenti criteri di inclusione: età > ai 18 anni; presenza di un'unica ragade anale cronica nella regione mediana anteriore o posteriore caratterizzata da papille anali ipertrofiche, sfintere anale interno esposto e fibrotico; intensità del dolore > 4 alla Numeric Rating Scale (NRS), scala ad 11 punti in cui il valore 0 indica assenza del sintomo ed il valore 10 presenza insopportabile del sintomo); sospensione di trattamenti concomitanti inclusi antinfiammatori e analgesici. Vengono esclusi dallo studio pazienti per gravidanza accertata o presunta, allattamento, presenza di ragadi anali multiple o fistolizzate, malattia infiammatoria intestinale, stenosi anale fibrotica, ragadi anali secondarie a chirurgia anale, presunta ipersensibilità ai componenti del dispositivo, rifiuto a partecipare allo studio.
Tutti i pazienti eleggibili sono stati sottoposti a trattamento con Adelmidrol + acido trans-traumatico alla dose di 3ml/die (una applicazione/die, dopo la defecazione) per 60 giorni. I parametri considerati per stimare l'efficacia del trattamento sono: i) intensità del dolore, dello spasmo e del prurito mediante la NRS; ii) presenza/assenza di sanguinamento alla defecazione; la loro valutazione è stata effettuata al basale, dopo 15, 30 e 60 giorni (fine periodo di trattamento) e ad un follow-up eseguito dopo 60 giorni dalla sospensione del trattamento per verificare la persistenza del risultato ottenuto; iii) misurazione dell'area e profondità della ragade eseguita mediante anoscopio al basale (T0) ed a fine trattamento (T3).

RISULTATI

Dei 90 pazienti previsti, 63 soggetti (31 femmine e 32 maschi di età media 47,3 ± 15,7 anni), sono stati oggetto di un'analisi ad interim effettuata applicando il modello GLMM (Generalized Linear Mixed Model) seguita da un'analisi post-hoc. I valori della "p" sono stati corretti con il metodo di Tukey-Kramer. Tra questi 63 pazienti 54 hanno terminato i 60 giorni di terapia mentre 9 sono usciti dallo studio durante il periodo di trattamento per problemi cardiologici (1), per necessità di intervento chirurgico (4), per mancato miglioramento (3) e per ipersensibilità ai componenti del dispositivo medico (1).
Questa analisi preliminare ha dimostrato che alla fine del periodo di trattamento l'intensità dei sintomi dolore, spasmo e prurito, valutata mediante la NRS, migliora nel tempo in modo statisticamente significativo (p< 0.0001). L'intensità del dolore diminuisce, passando da un valore medio di 7,8±0,23 a 0,8±0,20 (Figura1); l'intensità dello spasmo passa da un valore medio di 5,7±0,40 a 0,5±0,13 (Figura2) ed il prurito da un

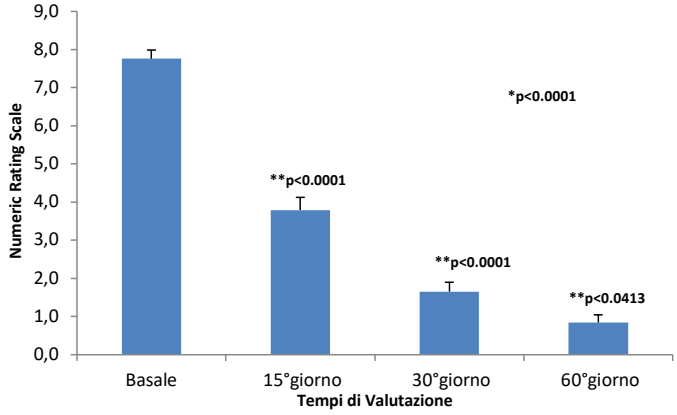


Figura 1. Intensità del dolore: * diminuzione altamente significativa del dolore nel tempo; ** significatività della diminuzione del dolore ad ogni tempo di valutazione rispetto al tempo precedente (post-hoc analysis).

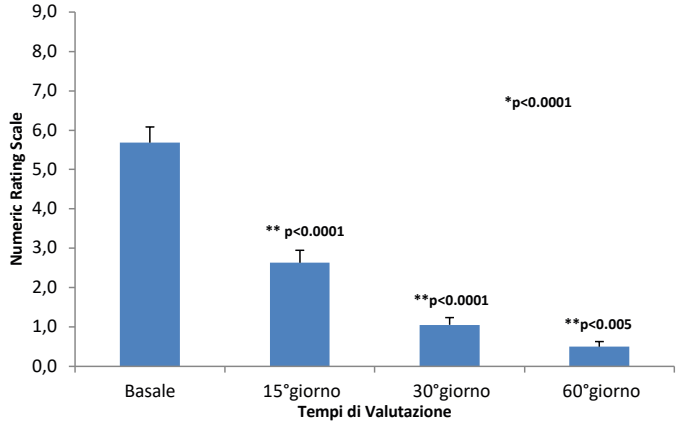


Figura 2. Intensità dello spasmo: * diminuzione altamente significativa dello spasmo nel tempo; ** significatività della diminuzione dello spasmo ad ogni tempo di valutazione rispetto al tempo precedente (post-hoc analysis).

TABELLA 1. Numero di pazienti con sanguinamento ai vari controlli. La variazione della distribuzione nel tempo al Test di Fisher è significativa (p< 0.0001).

		TEMPI DI VALUTAZIONE			
	Sanguinamento	Basale	15° giorno	30° giorno	60° giorno
N. Pazienti	SI	44	11	11	8

valore medio di 3,1±0,39 passa a 0,3±0,09 (Figura 3). La post-hoc analisi dimostra che l'intensità di tutti i sintomi diminuisce significativamente ad ogni valutazione rispetto a quella effettuata al tempo precedente. Il sanguinamento, presente nel 70% dei pazienti prima dell'inizio del trattamento (grado 1 in 34 pazienti, grado 2 in 9 pazienti e grado 3 in 1 paziente), persiste nel 17% dei pazienti al 15° e 30° giorno di terapia ed nel 12,7% dei pazienti alla fine del trattamento (Tabella 1); la variazione della distribuzione nel tempo è altamente significativa al Fisher test (p< 0.0001). Anche la dimensione delle ragadi si riduce significativamente (p<0.0001) alla fine del periodo di trattamento passando da un valore medio di 43,1 ± 7,64 mm^3 ad un valore medio di 6,8 ± 3,02 mm^3 (Figura 4);

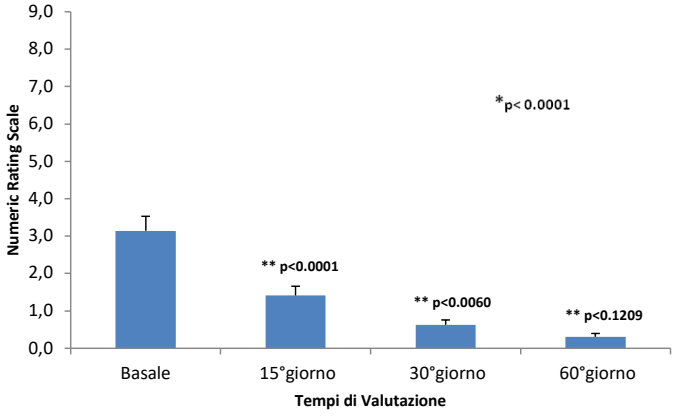


Figura 3. Intensità del prurito: * diminuzione altamente significativa del prurito nel tempo; ** significatività della diminuzione del prurito ad ogni tempo di valutazione rispetto al tempo precedente (post-hoc analysis).

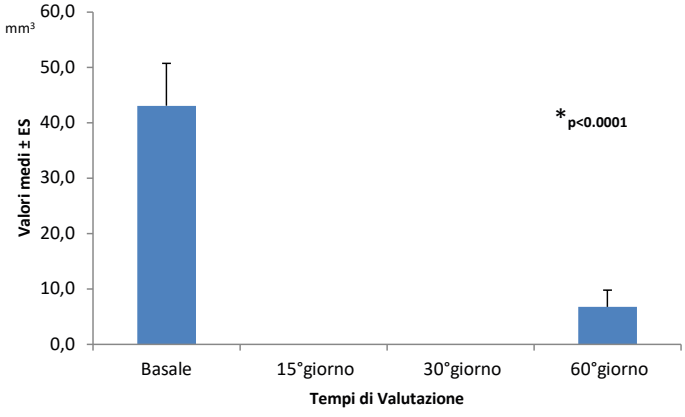


Figura 4. Dimensione delle ragadi: * Diminuzione altamente significativa delle dimensioni in mm^3 delle ragadi nel tempo.

alla fine del periodo di terapia il 65,1% dei pazienti presenta completa cicatrizzazione della ragade anale cronica. Il prodotto è apparso sempre ben tollerato ad eccezione di un caso di ipersensibilità ai componenti del gel, incluso tra i pazienti drop-out.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I sintomi più comuni e caratteristici della ragade anale cronica sono il dolore, presente in quasi il 90,8% dei pazienti con ragadi anali croniche, avvertito come acuto o lacerante, e il sanguinamento, riscontrato nel 70% dei pazienti[17]. La attenuazione di questi sintomi è considerata uno degli obiettivi principali della terapia non chirurgica unitamente alla rimozione della causa qualora possibile, considerando che spesso l'etiopatogenesi della ragade resta ignota, ed al rilassamento dello sfintere anale al fine di permettere la guarigione della ragade. La guarigione delle ragadi anali croniche è più difficile da ottenere rispetto a quella delle ragadi anali acute, in quanto, sebbene possano presentare un miglioramento o anche la completa scomparsa dei sintomi, queste tendono poi a recidivare. Varie sono le terapie mediche utilizzate nel trattamento delle ragadi anali croniche con l'obiettivo di ridurre la pressione del canale anale a riposo e migliorarne la vascolarizzazione, però tutte hanno dimostrato vantaggi e svantaggi.

I risultati preliminari, ottenuti in questa indagine clinica osservazionale, permettono di considerare l'apporto topico di Adelmidrol + acido trans-traumatico una terapia perfettamente sovrapponibile alla miglior pratica clinica non chirurgica nel trattamento delle ragadi anali croniche. Infatti già dopo 15 giorni di trattamento c'è una diminuzione altamente significativa (p<0.0001) dell'intensità dei sintomi dolore, spasmo e prurito, effetto legato all'aumento dei livelli endogeni tissutali di Palmitoiletanolamide[10]. Il miglioramento della sintomatologia è associato ad un significativa riduzione delle dimensioni delle fissurazioni anali ed aumento del processo di cicatrizzazione fino a completa guarigione delle ragadi anali croniche, come pure scompare anche il sanguinamento nel 75% dei pazienti in cui era presente al basale. Infatti la dimensione media delle ragadi passa da un valore di 43,1±7,64 mm^3 ad un valore di 6,8±3,02 mm^3 dopo 60 gg di trattamento e la completa cicatrizzazione è osservata nel 71,4% dei pazienti. Questi dati supportano l'Adelmidrol in associazione ad acido trans-traumatico quale terapia topica alternativa, di semplice applicazione e priva di effetti collaterali, per il trattamento dei sintomi e del processo di cicatrizzazione delle ragadi anali croniche.

I risultati definitivi di questo indagine clinica permetteranno anche di valutare la persistenza nel tempo dei risultati ottenuti al termine del periodo di trattamento.

BIBLIOGRAFIA

1. Galli SJ, Nakae S, Tsai M. Mast cells in the development of adaptive immune responses. Nat Immunol 2005;6:135-42
2. Monument MJ, Hart DA, Salo PT, et al. Neuroinflammatory Mechanisms of Connective Tissue
Fibrosis: Targeting Neurogenic and Mast Cell Contributions. Adv Wound Care (New Rochelle) 2015; 4:137-151

3. Wilgus TA, Wullf BC. The Importance of Mast Cells in Dermal Scarring. Adv Wound Care (New Rochelle) 2014;3:356-365
4. Abraham SN, St John AL. Mast cell-orchestrated immunity to pathogens. Nat Rev Immunol 2010;10:440-52
5. Kinet JP. The essential role of mast cells in orchestrating inflammation. Immunol Rev 2007; 217:5-7
6. Klueh U, Kaur M, Qiao Y, et al. Critical role of tissue mast cells in controlling long-term glucose sensor function in vivo. Biomaterials 2010; 31:4540-51
7. Luo J, Feng J, Liu S, et al. Molecular and cellular mechanisms that initiate pain and itch. Cell Mol Life Sci 2015;72:3201-23
8. Chen L, Schrementi ME, Ranzer MJ,et al. Blockade of mast cell activation reduces cutaneous scar formation. PLoS One 2014;9:e85226
9. De Filippis D, D'Amico A, Cinelli MP, et al. Adelmidrol, a palmitoylethanolamide analogue, reduces chronic inflammation in a carrageenin-granuloma model in rats. J Cell Mol Med 2009; 13:1086 – 109
10. Petrosino S, Puigdemont A, della Valle MF, et al. Adelmidrol increases the endogenous concentrations of palmitoylethanolamide in canine keratinocytes and down-regulates an inflammatory reaction in an in vitro model of contact allergic dermatitis. Vet J 2016;207:85-91. doi: 10.1016/j.tvjl.2015.10.060.
11. Behjati M. Mammalian wound healing, an evolutionary process linked to plant's response to stress: another proof toward unified healing mechanisms. Acta Physiologiae Plantarum 2012;34:1565–1570 12). Goldemberg RL, Safrin L. Reduction of topical irritation. J Soc Cosmet Chem 1977 November;28:667-79 13). Miyamoto I, Uchida Y, Shinomiya T, et al. Effects of cosmetics containing bioactive substances on skin. J - Soc Cosmet Chem Japan 1989 22: 254-262
14. Giovannella A, Manara GL. Topical basic treatment for complicated skin wounds in dogs and cats: seven case reports. Proceedings VWHA 5th Annual Scientific Meeting, Hannover, Germany, 2001 May 10-12 15). Manara GL, Guttadauro S, Giovannella A. Ferite aperte a localizzazione acrale nel cane e nel gatto: 3 esperienze cliniche sull'utilizzo di agenti topici. Veterinaria 2001; 15:97-104
16. Costantino M, Costantino D, Guaraldi C. Adelmidrol + trans-traumatico: terapia topica innovativa delle lesioni cutanee per episiotomia e/o lacerazione e del dolore vulvo-vaginale nel puerperio. Giorn it Ost Gin 2016;4:371-376
17. Beaty JS and. Shashidharan M. Anal Fissure. Clin Colon Rectal Surg 2016; 29: 30–37

NOTE

Questo studio non ha comportato per gli autori alcun conflitto di interesse. Le attività inerenti all'indagine clinica sono state sostenute da Epitech Group SpA.

Corrispondenza:

Prof. Giuseppe Dodi
giuseppe.dodi@unipd.it

Articolo originale

HPV e immunomodulazione: trattamento combinato perioperatorio della condilomatosi anale, ablazione chirurgica e lisato di *P. acnes*

BENITO FERRARO

AOU - Ospedale S.Antonio – Padova

Riassunto: L'HPV anogenitale è la malattia a trasmissione sessuale più diffusa. I condilomi sono formazioni di tipo benigno, possono regredire spontaneamente ma anche evolvere in forma maligna. Gli HPV sono virus DNA della famiglia dei papilloma virus. Le localizzazioni anali ed intraanali vengono riscontrate prevalentemente negli uomini. L'HPV viene trasmesso tramite contatto sessuale diretto; i vaccini anti HPV possono portare ad un'efficace immunizzazione. La diagnosi è basata su ispezione della regione anale e perianale, l'anoscopia e la rettoscopia. Nessun trattamento risulta soddisfacente e le recidive sono frequenti. Lo scopo principale del trattamento è quello di rimuovere le lesioni e prevenire l'ulteriore progressione carcinomatosa. La funzione immunitaria sembra giocare un ruolo importante nell'insorgenza, nello sviluppo e nella recidiva della malattia e pertanto è stata posta maggiore attenzione all'immunoterapia e all'uso di antiossidanti naturali. Il *Propionibacterium acnes* è un batterio gram positivo, appartiene al normale microbiota cutaneo. E' risultato efficace nel trattamento delle verruche cutanee rispetto al placebo. Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare l'efficacia e il grado di tollerabilità di una formulazione per uso topico a base di *P. acnes* e se l'approccio combinato con la chirurgia possa avere un ruolo nella cura dei condilomi della regione ano-perianale.

HPV and immunomodulation: combined perioperative treatment of anal condylomatosis, surgical ablation and *P. acnes* lysate

Abstract: Anogenital HPV is the most common sexually transmitted disease. Condylomas These are benign formations, they can regress spontaneously, but also evolve into a malignancy. HPVs are DNA viruses of the papilloma virus family. Anal and intraanal localizations are found mainly in men. HPV is transmitted through direct sexual contact; HPV vaccines can lead to effective immunization. Diagnosis is based on inspection of the anal and perianal region, anoscopy and rectoscopy. No treatment is satisfactory and relapses are frequent. The main purpose of the treatment is to remove the lesions and prevent further cancer progression. Immune function seems to play an important role in the onset, development and recurrence of the disease and therefore greater attention has been paid to immunotherapy and the use of natural antioxidants. *Propionibacterium acnes* is a gram positive bacterium, it belongs to the normal skin microbiota. It was effective in the treatment of skin warts compared to placebo. The purpose of this study was to evaluate the efficacy and the degree of tolerability of a formulation for topical use based on *P. acne*s and whether the combined approach with surgery can play a role in the treatment of warts in the ano-perianal region.

PREMESSA

L'HPV anogenitale è la malattia a trasmissione sessuale più frequente al mondo, colpisce circa l'1% della popolazione americana sessualmente attiva[1]; più diffusa tra gli uomini che hanno rapporti con uomini[2]. Il 75% di uomini e donne entrano in contatto con l'HPV nel corso della vita, nel 39% dei casi entro 24 mesi dall'inizio dell'attività sessuale, ed il rischio è proporzionale al numero di partner. Sebbene non siano associati ad un aumento della mortalità, i condilomi sono fonte i stress emotivo, influenzano la qualità della vita ed il trattamento è costoso[3].

I condilomi sono formazioni di tipo benigno, ma è possibile una loro evoluzione neoplastica maligna, soprattutto quando compaiono precocemente e tendono a recidivare. La malattia nella sua evoluzione è condizionata dallo stato immunitario del paziente, come dimostra l'elevata percentuale di recidiva nei pazienti immunodepressi[4]. In relazione allo stato immunologico del soggetto colpito, i condilomi possono regredire spontaneamente o aumentare di numero e dimensioni; possono inoltre rappresentare lesioni a rischio in grado di evolvere e diventare precursori del cancro anale. Gli HPV sono virus con DNA a doppio filamento senza involucro, della famiglia dei papilloma virus. Ad oggi sono stati identificati più di 200 tipi di HPV (4-5). Possono essere suddivisi in base al loro potenziale oncogenico in tipi ad alto (HR) e a basso rischio (LR). Tipi HR-HPV 16 e 18 possono evolvere in lesioni precancerose fino al carcinoma a cellule squamose in vari organi. I tipi LR-HPV 6 e 11 sono responsabili di oltre il 90% dei condilomi ano-genitali. Nei pazienti con lesioni HPV correlate sono più frequenti altre infezioni sessualmente trasmesse come sifilide, clamidia, gonorrea, HBV, HBC e HIV[6].

I condilomi acuminati si presentano prevalentemente come minute escrescenze o papule raggruppate, di colori dal grigio-rosa al violaceo-marrone, a volte peduncolate, possono proliferare come placche o grappoli simili a cavolfiori. Negli uomini le zone più colpite sono il solco coronale ed il prepuzio[7]; nella donna piccole, grandi labbra, e introito vaginale. Manifestazioni anali, del cavo orale e della faringe dipendono dalle pratiche sessuali. Le localizzazioni anali ed intraanali vengono riscontrate prevalentemente in giovani uomini piuttosto che nelle donne, un dato che viene messo in relazione alle abitudini sessuali. L'HPV viene trasmesso principalmente tramite contatto sessuale diretto; mentre possibili vie alternative come contatto digito-genitale, guanti, biancheria intima, sono eventi rari[8]. L'uso regolare del preservativo può ridurre, ma non prevenire in modo affidabile le infezioni da HPV[9]. D'altra parte i vaccini anti HPV prima del contatto sessuale possono portare ad un'efficace immunizzazione. Il vaccino quadrivalente HPV protegge dai 4 tipi di HPV più comuni, inclusi i tipi non oncogeni HPV 6 e 11 che rappresentano circa il 90% di tutti i condilomi anogenitali[10]. Secondo un trial internazionale randomizzato, condotto su 602 maschi gay e bisessuali di età compresa tra 16 e 26 anni, il vaccino quadrivalente anti-HPV, già approvato e raccomandato per proteggere le giovani donne contro i tipi di HPV che provocano il cancro cervicale, può proteggere anche contro i ceppi di HPV che causano la neoplasia intraepiteliale, i condilomi genitali e probabilmente il cancro anale[11]. Sfortunatamente l'educazione sanitaria in materia di HPV e tumori HPV correlati è insufficiente. Spesso i pazienti consultano il medico non per il potenziale cancerogeno delle lesioni, ma per il danno estetico dell'area interessata[12].

LA DIAGNOSI

È basata sull'accurata ispezione della regione anale e perianale che permette il riscontro delle tipiche lesioni condilomatose ed è confermata dall'esame istologico con eventuale genotipizzazione HPV nelle lesioni atipiche, estese, persistenti o recidivanti. Inoltre è indispensabile l'accurata valutazione del canale anale e dei genitali esterni per l'esatta determinazione dell'estensione della malattia e l'esclusione di malattie veneree concomitanti. L' anoscopia e la rettoscopia vanno sempre eseguite nel caso di localizzazione ano-perianale, al fine di escludere lesioni intracanalari, altrimenti non evidenziabili alla sola ispezione ed esplorazione digitale. Anatomicamente distinguiamo il canale anale anatomico, circa 2 cm tra orifizio esterno e linea dentata, ed il canale anale chirurgico racchiuso tra passaggio ano-rettale e la linea dentata (Fig.1). La linea di passaggio 15 mm all'altezza della linea dentata, detta zona di transizione o pecten[13], differisce per struttura istologica ed origine embriologica. La parte superiore è rivestita da epitelio cilindrico simile a quello della mucosa rettale, la parte inferiore è rivestita da epitelio pavimentoso stratificato non cheratinizzato.

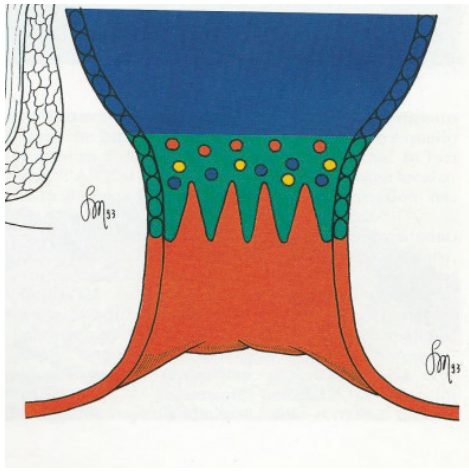


Fig. 1. Zona di transizione, in verde, tra la mucosa colorettale e quella squamosa con isole sparse di mucosa colorettale (blu), squamosa (arancio), eterotopica o metaplasica (giallo).

Le infezioni HPV nella regione anale possono avere caratteristiche cliniche eterogenee. Si possono osservare condilomi acuminati papillomatosi tipici, che di solito non presentano difficoltà diagnostiche differenziali. Al contrario papule piatte e lesioni eritematose/eczematose sono spesso poco appariscenti e poco caratteristiche che all'esame istologico si rivelano lesioni displasiche di alto grado.

TRATTAMENTO

Nessun trattamento risulta pienamente soddisfacente. Le recidive sono frequenti e richiedono ulteriori terapie che possono esitare in cicatrici permanenti e sequele. Non è disponibile alcun trattamento antivirale specifico e non è stato raggiunto alcun consenso sul trattamento appropriato per la condilomatosi anogenitale. Lo scopo principale del trattamento è quello di rimuovere le lesioni, prevenire l'ulteriore progressione carcinomatosa ed evitare le complicanze[14].

I trattamenti per i condilomi anali possono essere calssificati come topici, sistemici, chirurgici, distruttivi o immunodulatori.

Trattamenti topici efficaci con Podofillina e Podofillotossina, antimitotici che interrompono l'attività antivirale, possono avere effetti indesiderati se applicati su aree estese ed essere assorbiti a livello sistemico.

Imiquimod farmaco topico che viene applicato dal paziente, è un immunomodulatore che si ritiene possa stimolare una risposta immunitaria cellulomediata contro HPV. Con questo trattamento possono verificarsi eritema da lieve a grave, erosioni localizzate, reazioni simili all' impetigine, prurito e bruciore. Per questo è controindicata l'applicazione intraanale a contatto con la mucosa, anche per la possibilità di assorbimento ed effetti indesiderati sistemici.

I metodi chirurgici sono impiegati preferenzialmente per lesioni estese, atipiche e nelle posizioni sfavorevoli[14]. La rimozione può essere eseguita con forbice, bisturi, quando necessario campione per esame istologico, o elettrocauterizzazione. La crioterapia comporta l'applicazone di protossido d'azoto a 196 gradi portando a necrosi cellulare. Laser CO_2 utilizza energia prodotta dall'emissione di luce infrarossa, che permette ablazione precisa delle lesioni mediante vaporizzazione, limitando il danno termico dei tessuti. Per le lesioni puramente intraepiteliali, le tecniche ablative superficiali sono generalmente preferibili all'escissione. L'utilizzo della coagulazione con plasma di argon riducono il rischio di distruzione termica profonda indesiderata. Anche i rischi per il chirurgo e l'equipe chirurgica durante il trattamento non devono essere trascurati.

In termini di costi per lesioni condilomatose estese, l'escissione chirurgica è il trattamento più efficace (Alan e Stiller). Tuttavia le soluzioni a disposizione a tutt'oggi appaiono temporanee e con tasso di recidiva elevato. Considerando tutti gli aspetti rilevanti legati al trattamento dei condilomi anali ed intraanali, sembra ragionevole pensare che la combinazione di più metodi potrebbe ridurre la frequenza delle recidive. Inoltre a causa dell'elevato tasso di recidiva indipendente dalla tipologia di trattamento, un follow-up stretto è cruciale per la remissione della malattia a lungo termine. Negli ultimi anni, studi clinici hanno evidenziato che la funzione immunitaria gioca un ruolo importante nell'insorgenza, nello sviluppo e nella recidiva della malattia e pertanto è stata posta maggiore attenzione all'immunoterapia nel trattamento dei condilomi acuminati, anche se l' effetto esatto è sconosciuto[15].

I recenti approcci terapeutici sono gradualmente inclini all'uso di componenti antiossidanti naturali[16], come le sinecatechine[17] e solfato di zinco[18] Il *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) è un batterio gram positivo, non mobile e strettamente anaerobico che appartiene al normale microbiota cutaneo. E' risultato efficace nel trattamento delle verruche cutanee rispetto al placebo[19]. I preparati di *P. acnes* possono essere somministrati per via parenterale o topica[20] ma il suo esatto meccanismo d'azione è ancora oggetto di studio.

Poiché la risposta alla terapia per i condilomi è ampiamente variabile in termini di durata del trattamento, dosaggio, insorgenza degli effetti collaterali e costi, non esiste una cura standard ideale. Gli incerti risultati nel lungo periodo dei molteplici trattamenti per i condilomi, la rilevanza del ruolo svolto dallo stress ossidativo indotto dall'HPV nei soggetti che ne vengono a contatto, la constatazione, dalla recente letteratura, che un trattamento combinato risulti più efficace e che possa ridurre l'incidenza delle recidive, ci hanno suggerito l'associazione tra chirurgia e immuno-modulazione. Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare l'efficacia e il grado di tollerabilità di una formulazione per uso topico a base di *P. acnes* e se l'approccio combinato con la chirurgia possa avere un ruolo nella cura dei condilomi della regione ano-perianale

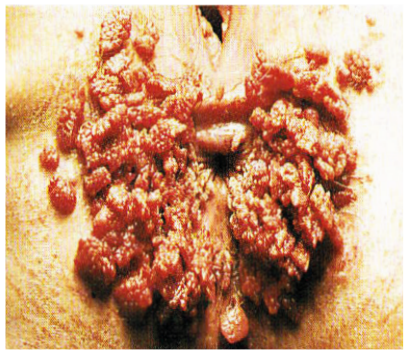


Fig.2- Condilomatosi confluente perianale e nel margine anale.

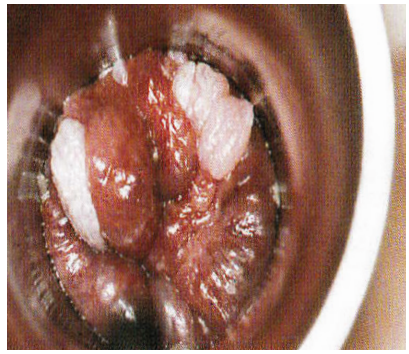


Fig. 3- Condilomi intracanalari adesi alle emorroidi.

relativamente all'efficacia del trattamento ed all'incidenza di recidive.

LA NOSTRA ESPERIENZA

Sedici pazienti con diagnosi di malattia HPV correlata in sede anale, intraanale e perianale, candidati ad intervento di bonifica chirurgica sono stati trattati 30 giorni prima e 30 dopo l'intervento chirurgico con gel a base di *Propionibacterium acnes* e successivamente osservati fino a 9 mesi dal trattamento. Un paziente HIV positivo; tre pazienti avevano un quadro di condilomatosi estesa a tutta la circonferenza perianale (Fig.2); 6 pazienti presentavano condilomi in sede perianale, margine anale; 7 pazienti presentavano una localizzazione intraanale (Tab. 1). Le formazioni cutanee e quelle nel margine anale si presentavano come piccole lesioni peduncolate più o meno raggruppate, vegetanti; mentre le lesioni intraanali erano tipo papule più o meno ravvicinate talvolta formanti placche e localizzate tra la zona di transizione che ricopre la mucosa del plesso emorroidario esterno e la zona a monte della linea dentata tra le pliche mucose, le colonne di Morgagni, le cripte e i seni rettali (Fig. 3).

I pazienti sono stati valutati nel preoperatorio a distanza di tempo variabile dalla data dell'intervento e comunque contattati telefonicamente circa 4 settimane prima per accertarsi che fosse iniziato il trattamento con *P. Acnes*. A tutti i pazienti venivano raccomandate norme igieniche e comportamentali.

RISULTATI

All'intervento un paziente del primo gruppo, due del secondo gruppo e uno del terzo avevano un quadro invariato. Un paziente del secondo gruppo aveva un quadro peggiorato in sede perianale e invariato in sede anale. I restanti pazienti avevano un quadro migliorato all'intervento con riduzione delle lesioni, ove possibile contarle, da 4 a 6 e ridimensionamento degli aggregati condilomatosi a livello perianale. In due pazienti del terzo gruppo (sede intraanale) abbiamo osservato la completa remissione.

Nel postoperatorio, i pazienti venivano controllati 1-3-6 e 9 mesi dopo aver completato il trattamento di 30 gg. e dopo la guarigione delle ferite. Un paziente del gruppo 2 ha avuto un recidiva precoce a due mesi sia anale che perianale; a distanza di 3 e 6 mesi due pazienti del gruppo 1 e uno del gruppo 2 hanno avuto una ripresa di piccole sporadiche lesioni che sono state cauterizzate ambulatorialmente. I pazienti del gruppo 2 nel periodo di osservazione sono stati sottoposti a cauterizzazioni di piccole lesioni sospette del margine anale.

Nessuno dei pazienti del gruppo 3 ha avuto ripresa di malattia a 9 mesi dal trattamento.

Il trattamento perioperatorio con *P. acnes* è stato ben tollerato da tutti i pazienti e non si sono verificati effetti indesiderati o eventi avversi. Pur considerando la limitata numerosità dei pazienti trattati, è emerso che la maggior efficacia del trattamento combinato si è manifestata nel gruppo di pazienti con lesioni intraanali soprattutto per quel che riguarda le recidive. La guarigione completa delle ferite chirurgiche è avvenuta senza complicazioni in media entro 3 settimane.

Tab. 1- Pazienti trattati, divisi in base alla sede delle lesioni

Condilomi cute perianale			Condilomi cute perianale e margine anale			Condilomi intraanali		
L.B.	maschio	68 a.	N.E.	maschio	28 a.	B.M.	maschio	43 a.
M.V.	"	54 a.	B.M.	"	38 a.	B.F.	"	47 a.
N.L.	"	45 a.	S.S.	"	69 a.	F.T.	"	54 a.
			B.P.	"	47 a.	B.A.	"	24 a.
			Z.A.	"	37 a.	G.S.	"	39 a.
			S.F.	"	39 a.	J.T.	"	34 a.
						F.G.	femmina	26 a.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il ruolo del microbiota cutaneo nella salute umana è scarsamente compreso. *Il Propinibacterium acnes* è uno dei batteri più comunemente isolati dalla pelle umana[21]. E' stato suggerito che questo anaerobio facoltativo Gram positivo sia coinvolto in diversi disturbi della pelle, tuttavia è un microorganismo onnipresente sulla pelle, in alcune zone supera di 100 volte gli aerobi[22]; può monocolonizzare unità pilosebacee della pelle umana senza causare alcuna malattia nella maggior parte degli individui[23]. Pertanto è stato suggerito che la colonizzazione da parte di *P. acnes* potrebbe essere benefica per l'ospite umano[24]. In quanto batterio della pelle, il *P. acnes* è costantemente esposto a diversi stress ambientali, come le specie reattive dell'ossigeno (ROS) prodotte dalla pelle irradiata con UV, o dai fagociti attivati[25] e dai cheratinociti esposti ai microbi cutanei. Inoltre *P.acnes* ha sviluppato diversi meccanismi di difesa nei confronti dei ROS. L'infiammazione e lo stress ossidativo si sono rivelati cruciali in molte malattie della pelle. Lo stress ossidativo si verifica a seguito della produzione sbilanciata di molecole a scapito di quelle antiossidanti[26]. La superossido-dismutasi e la catalasi sono i più importanti enzimi antiossidanti nelle cellule[27]. Quando non sono prodotti in quantità sufficienti, l'accumulo di specie reattive dell'ossigeno (ROS) e le specie reattive dell'azoto (RNS) provocano danno. Sebbene il ruolo significativo dello stress ossidativo nel ciclo di vita delle lesioni HPV sia sconosciuto, sono stati trovati effetti biologici

significativi nell'aumentare lo stress ossidativo, ad esempio rilascio dei ROS da parte dei neutrofili stimolati e dei fagociti con conseguente danno ai tessuti[25].

A seguito della manifestazione clinica iniziale, le lesioni condilomatose possono aumentare di numero e dimensioni o regredire spontanemente. I principali fattori di rischio per l'infezione persistente da HPV sono l'età avanzata, l'infezione da più tipi di HPV, l'infezione da un tipo ad alto rischio e l'immunosoppressione dell'ospite[28]. Il sistema immunitario gioca un ruolo centrale nella regressione della malattia anogenitale da HPV attraverso l'immunità sia umorale che cellulare. Le lesioni regredite spontaneamente mostrano un afflusso epidermico e dermico significativo di linfociti della memoria attivati da CD4+ rispetto alle lesioni non regredite[29].

Sulla scorta di tali evidenze l'impiego di antiossidanti nel trattamento dei condilomi sembra avere un razionale e ne giustifica il crescente interesse. La scelta di una modalità di trattamento può dipendere da più fattori: dal numero, dalle dimensioni e dalla posizione delle lesioni. C'è poca certezza che un approccio sia più efficace di un altro; il costo elevato, gli effetti collaterali, e l'applicazione prolungata rappresentano delle limitazioni, per cui si rende necessario adattare il trattamento secondo il caso specifico e la tipologia di paziente. Nel nostro caso di condilomi estesi alla regione anale, perianale ed intraanale è stato necessario ricorrere alla chirurgia che rappresenta la metodica meno costosa, ha portato alla bonifica delle lesioni infette in unica soluzione e, associata all'applicazione topica perioperatoria di *P. acnes* è risultata efficace, ha portato ad un soddisfacente controllo a distanza delle recidive, soprattutto per la localizzazione dei condilomi intraanali.

Ulteriori lavori sono necessari per confermare i risultati.

BIBLIOGRAFIA

1. Benjamin M Clanner-Enghelshofen, Enklajd Marsela et al. Condylomata: a retrospective anallysis on clinical characteristis and treatment options. Helyion 2020; doi: 10.1016/j.heliyon.2020.e03547.
2. Anic GM, Lee JH, Villa LL, et al. Risk factors for incident condyloma in a multicentric cohort of men: the HIM study. J Infect Dis 2012; 205:789-793
3. Lee Mortensen G, Larsen HK. Quality of life of homosexual males genital warts: a qualitative study. BMC Res Notes 2010; 3:280
4. Tommasino M, The Human Papillomavirus Family and its role in carcinogenesis. Semin Cancer Biol. 2014; 26:13-21 doi 10.1016/jsemicancer.2013.11.002
5. Pastrana DV, Peretti A, Welch NL et al. Metagenomic Discovery of 83 new Human Papillomavirus Types in patients with Immunodeficiency mSphere 2018; 3:e00645 doi 101128/mSphereDirect.00645-18
6. Bzhalava D, Guan P, Franceschi S et al. A sistmatic review of the prevalence of mucosal and cutanous human papillomavirus types Virology 2013 (1-2):224-31 doi 10.1016/j.virol2013.07.05
7. Gross G., Ikenberg H., Petry K.U. et al. Condylomata acuminata and other HPV associated disease pictures of the genitals, anus, and urethra J Dtsch. Dermatol. Ges. 2008;6:153-162
8. Clad A., Cusini M., de la Heras E. et al. Cinical Presentation In: Donders G., Parent D., editors. HPV Questions & Answers Benign Genital HPV infections. o.v. Artoos Communicatiegroep NV; 2010
9. Nielson C.M., Harris R.B., Nyitray A.G. et a. Consistent condom use is associated with lower prevalence of human papillomavirus infection in men. J Infect Dis 2010; 202:445-451
10. Centers for Disease Control and Prevention: FDA licensure of quadrivalent human papillomavirus vaccine (HPV4, Gardasil) for use in males and guidance from the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Morbid Mortal Week 2010; 59:630-632
11. Joel M, Palefsky, MD, Anna R et al. HPV vaccine against Anal HPV Infection and Anal Intra epithelial Neoplasia. N Engl J Med 2011; 365:1576/1585
12. Mc KR, Singh S, Predictors of adults' Knowledge awareness of HPV, HPV associated cancers, and HPV vaccine: implications for health education. Health Educ Behav 2018; 45:68-76
13. Fengher C. The anal-transitional zone. A method for macroscopic demonstration Acta Pathol Microbiol Scand 1978; (86): 225:230
14. Noah A, Scheinfeld JD. Review on genital warts. Dermatology online Journal. 2006; 12(03):5-10
15. Mistrangelo M, Pizzio M. Il ruolo dell'immunomodulazione nella riduzione delle recidive dei condilomi anali dopo chirurgia. SICCR 2° Congresso Nazionale – Verona 17 ottobre 2007
16. Silva GAF, Nunes RAL, Morale MG et al. Oxidative stress: terapeutic approach for cervial cancer treatment. 2018; https//doi.org/10.6061/clinics/2018/e548s
17. Tyring SK. Sinecatechinis: effects on HPV induced enzymes involved in inflammatory mediator generation. J Clin Aest Derm 2012; 5(1):19-26
18. Sahrquie KE, Khorsheed AA, Al-Nuaimy AA Topical Zinc Sulphate solution for treatment of viral warts. 2007; 8(9):1418-1421
19. Palmieri B, Vadalà M, Roncati L et al. The long-standing History of Corynebacterium Parvum, Immunity, Immunity and Viruses. Journal of Medical Virology. 2020; https://doi.org/10.1002/jmv.26100
20. Nasser N. Treatment of common warts with the immune stimulant Propionium and human disease. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2012; https://doi.org/10.1590/s0365-05962012000400011
21. Allhorn S., Arve S., Bruggemann H. et al.A novel enzyme with antioxidant capacity produced by the ubiquitous skin colonizer Propionibacterium *acnes*.2016:16:36412
22. Somerville DA, Murphy CT. Quantitation of Corynebacterium acnes on healthy human skin. Jinvest Dermatol 1973; 60: 231-233
23. Jahns AC e Alexeyev OA Microbial colonization of normal skin: Direct visualization of 194 skin biopsies Anaerobe 2016; 38:47:49
24. Cogen A, Nizet V, Gallo RL Skin microbiota: a source of disease or defence? Br J Dermatol. 2008;158:442-455
25. Bossi O. UV irradiation increases ROS production via PKCδ signaling in primary murine fibroblasts. J Cell Biochem 2008; 105:194-207
26. Matès JM, Perez Gomez C, De Castro IN. Antioxidantenzymesand human disease. Clinical Biochemistry 1999; 32:595-603 https://doi.org/101179/1351000215Y,0000000002
27. Grange PA. Production of superoxide anions by cheratinocytes initiates P. acnes-indiced inflammation of the skin. 2009; PLoS Pathog 5, e1000527
28. Cokluk E., Sekeroglu M.R. Determining oxidant and antioxidant status in patients with genital warts. Redox Report 2015; 20: 210-214 https://doi.org/101179/1351000215Y.0000000002
29. The immune response to Papillomavirus During Infection Persistence and Regression Open Virol J 2012; 6:241-248

NOTA

Non c'è alcun conflitto di interessi e l'autore della pubblicazione non ha ricevuto alcuna sponsorizzazione per questa ricerca.

Corrispondenza:

ferrarobenito@gmail.com

I pazienti dicono "no" ai *voucher*

FRANCESCO DIOMEDE

Organizzazioni di Volontariato FAVO, FINCOPP, AIStom

IL PROBLEMA

L'incontinenza urinaria e anale di vario grado coinvolge in Italia cinque milioni di persone, il 60% sono donne ed è uno degli ultimi tabù medici che non riusciamo ancora a sconfiggere, qualcosa di cui è difficile parlare perché questo disturbo risveglia sensazioni di vergogna, scarsa igiene, isolamento e tanto altro ancora.

Molte sono le persone anziane che pur soffrendo di incontinenza non intendono seguire alcuna terapia riabilitativa, farmacologica o chirurgica, giungendo celermente all'utilizzo di pannoloni. Le associazioni di pazienti per principio non sono contrarie alla libera decisione del paziente di utilizzare il pannolone come strumento risolutivo del problema, ma asseriscono che quando al Cittadino deve essere dato un pannolone questo deve essere di qualità.

Purtroppo nella mentalità delle Centrali Acquisto ragione e buonsenso non prevalgono mai, atteso che si continua a non considerare "infungibili" i dispositivi medici per stomia e cateterismo intermittente. In Sanità qualità, appropriatezza prescrittiva e libera scelta dovrebbero essere considerati elementi vitali per il Governo, il Ministero della Salute, le Regioni, il mondo della politica e le Centrali Acquisto. Queste entità devono convincersi che i dispositivi medici monouso hanno l'unico fine di riabilitare le persone con disabilità e reinserirle nella società civile, favorendone l'autonomia, e non devono punirli con la negazione dei diritti.

I professionisti della salute comprendono bene che solo con l'attuazione delle linee guida e dei *Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali* (PDTA) è possibile essere riabilitati e liberati dall'incontinenza. Associazioni e cittadini da tempo hanno compreso che non è più possibile dare tutto a tutti, è però necessario fare chiarezza sulle gare d'appalto ed occorre partire dalla struttura stessa del sistema "gara", poiché nel nostro Paese esistono leggi che danno indicazioni precise in materia con una qualità minima posta al 70%.

Sempre in merito alla qualità spesso assistiamo a pazienti e/o Associazioni di consumatori che giustamente si lamentano con le Aziende Sanitarie e aziende produttrici. In realtà il problema è a monte poiché non è assolutamente possibile pagare solo 41 centesimi al giorno i pannoloni. Quindi la vera colpa è delle Centrali acquisto che fanno gare al ribasso e senza alcun audit.

Il S.S.N. per i dispositivi medici monouso spende 379 milioni di euro annui, di cui 71 milioni per i cateteri e 130 per le stomie. A tutto ciò vanno aggiunti i costi delle medicazioni che ammontano a 72 milioni di euro, e ancora bisogna aggiungere l'IVA al 4%, i costi di spedizione, i margini della filiera distributiva, nonché la spesa annua che ogni famiglia sopporta, stimata in 2,5 miliardi di euro.

GLI SVANTAGGI DEL *VOUCHER*

Da anni talune multinazionali di pannoloni muovono il mondo politico e comunicativo proponendo il *voucher*, col pretesto che con il buono acquisto (utilizzabile presso farmacie, sanitarie e ipermercati) si liberalizzerebbe il mercato nazionale nell'interesse sovrano dei pazienti. Ma noi che abbiamo a cuore la tutela dei diritti dei cittadini, ci siamo sempre opposti e ci opporremo a tale scelta, per le seguenti motivazioni:

1. il *voucher* nel medio breve tempo è inflazionato (basta verificare negli anni il valore economico dei buoni pasto aziendali);
2. il valore economico del *voucher* difficilmente sarebbe collegato al valore reale del mercato, poiché i prezzi di pannoloni e traverse schizzerebbero verso l'alto dopo pochi mesi dal varo del *voucher*;
3. il S.S. Nazionale e Regionale non governerebbe più tali dispositivi, tra cui l'appropriatezza prescrittiva e l'attuazione dei PDTA;
4. il *voucher* nel medio/breve tempo diventa soltanto un vero e proprio ticket;
5. agevolerebbe soltanto le grandi multinazionali del pannolone che investono milioni di euro l'anno in Campagne pubblicitarie, spesso fuorvianti;
6. sulla spendibilità e gestione del voucher non vi sarebbero grandi certezze e controlli; in Italia abbiamo oltre 5 milioni di poveri e col controvalore del *voucher* in cambio si potrebbero avere calze elastiche, scarpe, cerotti, garze e soprattutto prodotti alimentari, etc., esattamente come accade da oltre quattro decenni con i buoni pasto;
7. i *voucher*, al pari dei buoni pasto, sarebbero fortemente appetibili per le grandi catene alimentari per ovvie ragioni di *marketing*. I supermercati li accetterebbero di buon grado perché allargherebbero la propria fascia di consumo, acquisendo nuovi clienti;
8. il *voucher* è il primo passo verso la *dismissione della gratuità dei dispositivi medici*;
9. l'iniziativa del *voucher* era stata proposta vent'anni fa anche per i dispositivi medici monouso delle persone stomizzate (sacche, placche, cateteri, etc.), ma grazie all'opposizione delle Associazioni pazienti e al prezioso intervento del Ministero della Salute (On. Francesca Martini ex Vice-Ministra della Salute) la proposta fu abbandonata;
10. il Ministero della Salute nel *Gruppo di lavoro sull'incontinenza urinaria e fecale* istituito con Decreto del 2 ottobre 2015, più volte interpellato da noi (FAVO- FINCOPP) durante i lavori del "Tavolo", ha convenuto che la proposta del *Voucher* non è percorribile ed ha assunto una posizione nettamente contraria.

CONCLUSIONE

A dirla in breve chi ha interesse a far decollare i *voucher*? perché si vogliono impoverire ulteriormente i meno abbienti? Chi trarrebbe vantaggi dall'avvio dei *voucher*? Chi osa rappresentare i pazienti senza averne titolo?

Noi Associazioni pazienti vigileremo contro questa "allegra" proposta che, se attuata, porterebbe il S.S.N. e Regionale indietro di 40 anni.

Il Cav. Francesco Diomede è Vice Presidente della Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO, con oltre 500 Associazioni che operano in ambito Oncologico), Presidente della Federazione Italiana Incontinenti e Disfunzioni del Pavimento Pelvico (FINCOPP) e Segretario nazionale dell'Associazione Italiana Stomizzati (AIStom).

Corrispondenza:

Francesco Diomede
Viale Orazio Flacco 24 - 70124 Bari
diomede.francesco@gmail.com presidenza@finco.org

La pelvi del padre e i dolori del giovane Emilio. Una storia vera

GIUSEPPE DODI
Centro Pelvi, Padova

Il racconto è la descrizione autobiografica della sofferenza e del riscatto attraverso la scrittura da parte di un ragazzo che ha tenuto dentro di sè il dolore per la complessa e sofferta malattia del padre, un caso medico e chirurgico, quello di Nicodemo, maledettamente sfortunato ove si è verificato tutto quanto di peggio può succedere nell'attività clinica. La forza risanatrice del suo corpo con l'aiuto di una straordinaria volontà, la vicinanza di mamma Bertilla e alcuni provvedimenti medici fortunatamente, finalmente, benefici, gli hanno consentito di superare grandi difficoltà e di sentirsi miracolato tanto da potersi rendere utile anche agli altri con un'efficiente attività di volontariato nell'Aistom e nella Fincopp.
Emilio ha vissuto in modo drammatico ma silenzioso i lunghi anni accanto al padre malato, poi un bel giorno, come un fiore che sboccia inatteso, ha voluto regalare al mondo il racconto della sua vita interiore. Nel Dicembre del 2020 Emilio Doria pubblica *Le pagine della nostra vita* (Edizioni Pragmata, pagine 78, €12):

"...questa bomba se pur involontariamente ha colpito anche me, premettendo che ho una sensibilità a tal punto di prendere le sofferenze, le debolezze degli altri e renderle quasi mie, a maggior ragione se si parla dei miei genitori. Non credevo ma il mio carattere è stato scolpito in maniera negativa, anche da questo non riuscendo a metabolizzare in maniera ragionevole data l'età molto piccola, all'epoca cinque anni. Vedevo mio papà andare in bagno ogni quarto d'ora facendo sforzi che una persona "normale" non fa, viveva con un perenne forte mal di pancia, ricordo un aneddoto, un'estate partendo per una vacanza, era costretto a fermarsi per strada, a liberarsi pensavo, e con la paura avevo una costante "speranza" che ancora oggi non mi spiego, forse attaccamento ad un desiderio di normalità. Quello a cui vado fiero è che io non ho mai fatto pesare a nessuno questa situazione perché mio papà è stato ed è la figura maschile unica che sa farmi sentire il cuore sereno ed io vorrei esserlo per lui! L'ho sempre visto come una figura forte, nonostante le sue sofferenze. Anche se non sono riuscito a farlo correre l'ho fatto con la mente e son sicuro che lui ha fatto altrettanto. Passano gli anni e capisco sempre di più, queste sensazioni si affinano sempre più, taglienti come rasoi ma che non tagliano perché quando cuore e cervello raggiungono la ragione ciò che non uccide fortifica. E questa ragione, quando mancava, si tramutava in tic, nervosismo, disagio, rabbia, negatività senza sfogo. Adesso per fortuna è il contrario grazie ad una sorta di maturità. Questa bomba nella nostra vita è scoppiata troppo presto ma nel rovescio della medaglia ha insegnato più cose di quello che crediamo di aver capito. I miei ricordi si animano sin dall'asilo..."

Con le sue parole, il racconto di Bertilla
Correva l'anno 1975, Bertilla e Nicodemo convolano a nozze, giovani felici e spensierati. La loro felicità dura poco, sei mesi dopo arriva lui, il cancro, e da qui ha inizio il calvario. Operato d'urgenza, gli viene costruita la stomia, dopo un ciclo di 23 sedute di radioterapia sparata in tutto il corpo, viene dimesso. Un mondo a noi sconosciuto, disagio, non riuscire ad abituarsi...
Passano 20 anni, desiderio di normalità. Emilio era nato nel 1988, troppo piccolo per capire, con il tempo si fa sempre piu forte il disagio, per Nicodemo il dolore era continuo, e quindi questo provocava la non completa serenità; si fa coinvolgere e viene convinto a fare la ricanalizzazione, non l'avesse mai fatto, i dolori erano lancinanti, coliche, perdite, sacchetti a ricambio continuo, lasciamo perdere... grado di invalidità 80%. La sua forza e la voglia di vivere lo impegnano nel lavoro, era in gamba, tant'è che apre a Vicenza un'azienda di stampaggio materie plastiche. Ma arriva un'altra batosta: l'infarto. La corsa in ospedale, per fortuna se la cava e torna a casa, ma decide di chiudere l'azienda. Ci trasferiamo a Chioggia, c'era il bisogno di avvicinarsi alla famiglia, cercando un pò di conforto, e di non sentirsi da soli. I dolori erano continui e su consiglio di un medico si decide di fare una visita specialistica per una fistola insorta tra uretra e retto, andiamo a Xx. Esperienza terribile, essendo stato irradiato, il suo problema era che i tessuti si erano atrofizzati, e facendo un esame iniziò un'emorragia generalizzata. Dimesso, in tutta fretta, con il catetere e il sacchetto legato alla gamba, le parenti presso cui era ospite, terrorizzate alla vista del sangue decidono di mandarlo al più presto in treno verso casa, a Chioggia, e da lì subito all'Ospedale di Xy, dove viene praticata un'altra stomia, ma ecco l'ennesimo colpo: deve essere operato d'urgenza al cuore, sostituzione della valvola aortica, a cuore aperto. Anche stavolta porta a casa la pelle, ma non finisce qui, problemi su problemi: viene istituita una cistostomia pubica perché l'urina fuoriusciva dalla vescica e dal retto. Durante un ricovero in ospedale con una manovra mal riuscita si perfora l'intestino, feci in circolo e subito intervento a Xz, poi rianimazione lasciato a pancia aperta. La cistostomia viene tolta, con la consapevolezza dei rischi. Emorragie sempre frequenti, trasfusioni continue. Un giorno al capezzale arrivano cardiologo e chirurgo. È la cardioaspirina che provoca le emorragie ma il cuore ne ha bisogno, bisogna sospenderla, alla domanda se è meglio morire di infarto o di emorragia, paziente e familiari, guardatisi negli occhi, decidono per quella che sembra la morte più dolce... l'infarto (sic!). Dopo tutto questo calvario, che in altro modo non mi pare si possa chiamare, è ancora vivo, non so se pensare a un miracolo o cosa...

Emilio, o il suo alter ego Walter, riversa sul lettore, a volte con garbo e dolcezza, a volte con rabbia e violenza descrittiva, un flusso impetuoso di idee, pensieri, osservazioni, principi che sgorgano sì dalla penna, ma sono in stretto contatto con il cuore e col cervello. Quando non rappresentano ragioni o sentimenti scaturiscono piuttosto dalle unghie, artigli che non possono non graffiare chiunque si avventuri tra quelle righe. Sono righe di poesia, se pur non in versi. È una poesia, che talvolta può apparire sgrammaticata ma il lettore accorto dirà: "licenze poetiche!", poesia che si esprime in un tumulto di frasi, parole, bisbigli, urla che si susseguono di pagina in pagina. È ciò che Emilio\Walter ha dentro di sé, ciò che per anni è stato compresso e confrontato con la malattia devastante del padre piuttosto che con i fervori dell'adolescenza.
Walter\Emilio è un ragazzo, in realtà ormai un uomo, di 33 anni, esce da un periodo difficile della sua vita e continua, nelle sue giornate e nelle sue notti, ad accompagnare i suoi pensieri a brividi di freddo e a misteriosi brividi di caldo.

"... quelli di "un sognatore che vive in un mondo irreale proiettato in avanti, bruciando le tappe per crescere in fretta... Un ragazzo cresciuto, fino a un certo momento chiuso in una bolla che non lo faceva emergere da quell'oceano di pensieri che piano piano rischiavano di farlo annegare... trovandosi davanti a due mostri, panico e depressione accompagnati da una grande paura, la più grande quella di morire... Cresciuto circondato da persone estremamente positive, a cominciare dalla sua famiglia, dagli amici e da una persona che è stata in grado di tirar fuori da lui tutto quel miele nascosto dentro il suo cuore."
Un'introduzione all'Amore?
"Il pensare in continuazione è qualcosa che tormenta Walter\Emilio in quanto ogni istante è diverso dall'istante successivo per cui la sera... quando si trova nel suo letto e milioni di aghi gli fanno sanguinare il cuore confluendo in un unico pensiero che lui chiama singolarità è tutto ciò non è che l'inizio di una strada senza fine....non sa da dove è partito nè dove stia andando e sente dal profondo una risata maligna che sembra prenderlo in giro".

Sembra di leggere il copione di un inseguimento in cui si cerca scampo dall'inferno e rifugio nel paradiso. Questa non è prosa, è proprio poesia. Una poesia del Caos da cui nasce una sorta di ordine mentale, il recupero della volontà, della consapevolezza e della ricerca dell'amore e dell'affetto. Il tutto in una continua trasposizione di persone che il lettore coglie come se si trovasse di fronte ad un ingannevole messaggio di confusione del sé.

"Le corde della chitarra suonano e vibrano come le tue gambe vellutate come la seta sei poesia... e la mente si trova in una nuvola morbida come il cotone avvolgente di un bene sconcertante quasi morboso consapevole che quell'istante sarà come un lampo apparentemente innocuo in grado di fondere il cuore fino a fermarlo ma è un'illusione perché batterà in eterno insieme a te."

E finalmente "la" Donna, "Una" donna?
"A te che sei versatile come l'acqua dolce come il miele calda come il fuoco sporca come il fango e vitale come il sangue. Prendilo e completa la sua parte mancante. Grazie per aver reso le mie sofferenze gioie irripetibili... Ti sento quando mi accarezzi il viso, purtroppo mi capita di nascondermi dietro un Walter che non esiste e probabilmente non esisterà mai ... Il nostro silenzio vale più di mille parole: imparate ad ascoltarlo e sentirete delle canzoni fantastiche. ... Nella vita puoi e devi fare ciò che vuoi. Quando comprendi la tua contraddizione hai aperto le porte del Paradiso, guarda un fiore e pensa a lei ... Quanti fiori attorno a me! Si chiamano donne, ditemi che senso ha un giardino senza fiori, un po' come un mondo senza le donne, preziose come nient'altro. Portano la vita dentro e fuori se stesse, hanno il sorriso negli occhi, e se le sai capire ti parlano con lo sguardo. Prendimi per mano e portami in un prato di stelle a far cose che non si possono immaginare ma solo vivere, voglio una rosa nella mia quotidianità!"

Scegliendo qua e là, nel racconto di Walter o di Emilio troviamo verità, confessioni, speranze, desideri inappagati. E' la partita (o la battaglia?) di Walter\Emilio, a volte alleati, a volte forse avversari, all'attacco e in difesa senza tregua, nel nome del Padre, ossia del perché senza un perché del nostro esistere.

"Sta suonando una chitarra, la chitarra della vita, ... il mare si sta increspando, ma Walter\Emilio non si preoccupa, perché il vento gli può solo accarezzare i capelli. ... La vita è un universo, miliardi di pianeti, persone, pensieri, piaceri e problemi, calma e frenesia sono ingredienti fondamentali per cadere nel solito fantastico buco, nero ma coloratissimo, chiamato ignoto. ...
... Siamo come alberi con radici ben più profonde di quanto pensiamo esse siano; per essere più alti e avere foglie più verdeggianti abbiamo bisogno di acqua, noi uomini, e come tutti gli esseri viventi siamo legati da un filo dorato chiamato vita ... La vita è un bicchiere d'oro da bere tutto d'un fiato ... Ci vuole una chiave per aprire la porta del domani, e questa chiave si chiama coraggio ... Voglio sentire le farfalle nello stomaco, voglio guardare il mare e andare con l'anima negli abissi più profondi, soli tu ed io, per sapere che hai da raccontare. ... Essere sognatori è la miglior caratteristica, un uomo che non sogna non sa vivere il presente e non ha saputo gustare il passato. Ho voglia di emozioni forti, di sentirmi vivo come non ho fatto mai e amo voi indistintamente. ... Mi piace la solitudine solo per respirare un'aria che non può respirare nessuno e riflettere su una vita visibile come su un foglio di carta, l'errore a volte libera la coscienza dall'egoismo verso noi stessi. ...
Walter riesce finalmente ad essere autentico e ha capito una piccola cosa che fa vivere bene in un mondo così grande: ignorare, pur osservando tutto."

Forza Walter, forza Emilio, grazie per queste pagine che al tempo stesso strizzano e allargano il cuore e la mente.

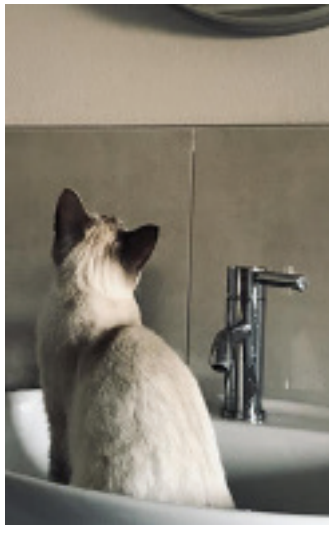
Corrispondenza:
giuseppe.dodi@unipd.it

Il racconto di Federica. Miao & plop, una “pet” pelviterapia

Nelle sale d’aspetto si trovano solitamente quelle riviste patinate da sfogliare per ingannare l’attesa. Prima della diffusione degli smartphone erano l’unico svago a cui appigliarsi in un tempo sospeso che ci divideva da una porta chiusa; ad un certo punto questa si apriva e il giornaletto ricadeva dimenticato sul tavolino. In realtà tra le pagine di magazine e rotocalchi ogni tanto si leggono articoli interessanti, come quelli che analizzano i costumi di una società, fanno sondaggi e forniscono qualche spunto di riflessione. Poi ci sono le interviste: ad attrici, personaggi dello spettacolo, donne che occupano posizioni professionali di un certo livello e che per questo vengono prese come esemplari rari di uno zoo, di inestimabile valore.
Uno dei temi ricorrenti di queste amabili letture è lo stress. Come affrontare lo stress. Come contrastare lo stress. Come ritrovare la calma e sconfiggere lo stress. Yoga, meditazione, sesso, weekend in una spa, sport all’aria aperta, alimentazione sana, esercizi di respirazione, otto ore di sonno. Dopo aver fatto il pieno di consigli salutisti, si esce da lì con l’animo gonfio di fiducia: da domani lo farò! Per poi ripiombare nella routine frenetica e ritrovarsi di nuovo con i nervi tesi, la pancia gonfia, il collo contratto, il mal di testa. La mattina ci si sveglia e si fa tutto di corsa.
Come accade a Matteo, che alle sette deve essere già in macchina, altrimenti rischia di rimanere bloccato nel traffico, sulla strada per andare a lavorare. Cinque minuti per il caffè, due per lavarsi denti e ascelle. Mezzo minuto per il resto. Alla lunga l’intestino di Matteo si è bloccato come un ingranaggio rotto, un groviglio pesante che si porta dietro per tutta la giornata. Ha provato diverse soluzioni: la tisana che puzza di fieno, da ingurgitare rigorosamente una mezz’ora prima, ovvero alle 6:15, con la bocca ancora impastata di sonno; l’app di prenotazione dei voli, ma sullo schermo del cellulare fa capolino l’ora esatta, che mette ansia; le etichette dei prodotti dopobarba scritte in inglese, troppo impegnativo. Il risultato è frustrante: il timido silurino si affaccia ma si ritrae subito, lasciandolo avvilito con la testa tra le mani. Tutto vano, finché non arriva Bianchina.
Matteo è un tipo solitario e non vuole rinunciare alla sua libertà, ma un giorno, tornando a casa sotto una pioggia incessante, viene raggiunto da una vocina debole e da due occhi che gli trafiggono il cuore: è una micina infreddolita che si ripara dal diluvio. La porta a casa e decide di accoglierla ufficialmente come sua coinquilina, accettando tacitamente di porre fine ai ritmi disordinati, ai pasti consumati al volo, in piedi, al bar. Ora avrà qualcuno di cui occuparsi con disciplina e regolarità. Ed ecco che l’esistenza di Matteo si incanala docilmente in un alternarsi di rituali ed abitudini. Non è più la sveglia telefonica a destarlo, ma l’umido calore del muso di Bianchina, il suo miagolio insistente come il vagito di un neonato, alle 5:30 del mattino. Lui si rigira un paio di volte e si nasconde sotto il guanciale, ma lei non lo lascia in pace e insiste fino a farlo rotolare brontolante giù dal letto. Lo segue anche in bagno, dove per la prima volta Matteo ha tutto il tempo da dedicare a se stesso. Si insapona bene la faccia, si rade accuratamente e poi si assesta per adagiare il suo intestino pigro nella comoda rotondità del water, sapendo di non avere più i minuti contati. Ma Bianchina ha un costante bisogno di aderire con il ventre sulla tiepida umanità del suo padrone. Sia acciambella proprio tra l’addome e le cosce di Matteo e sta lì. Il pelo setoso si liscia sotto il palmo della sua mano, in un movimento lento e ritmato che segue l’onda del dorso felino. Finché non arriva quel “plop” liberatorio, e con esso anni di sedimentato malessere se ne vanno, salutati da un compiaciuto e inequivocabile segnale di approvazione in lingua gatta: “miao!”
Ed è così che, nel silenzioso candore del bagno, si consuma l’esperienza viscerale ed intima che unisce per sempre due anime, in cerca l’una dell’altra.

Federica Piloni
Insegnante di Lettere a tempo pieno a Bologna, con la passione per viaggi avventurosi, cinema d’essai, storia dell’arte e racconti umoristici.
fedepiloni@libero.it

Da sinistra: Erik, Ipazia – grande frequentatrice della sala da bagno – e i gatti innamorati (vai al video).



Abstracts Pelviperineology 2 2021 open access www.pelviperineology.org

multidisciplinary hints and tips
a cura di G. Dodi, Editor emeritus Pelviperineology

Sul Sentiero dei Giganti Intervista con Kees Waaldijk

In questa sezione del giornale vengono intervistati clinici e scienziati che hanno avuto un impatto importante sulla specialità della pelviperineologia. Il Dr. Kees Waaldijk, medico olandese è uno degli eroi nella lotta contro la fistola ostetrica ed è considerato uno dei chirurghi più esperti al mondo in questo campo. Durante la sua carriera in Africa ha eseguito decine di migliaia di interventi di riparazione di fistole ostetriche. Questo fascicolo di Pelviperineology pubblica la sua non semplice classificazione.

Incontinenza urinaria durante il rapporto sessuale

G.I. BOGDAN, R. CIOBANU, T. ENACHE. *Panait Sarbu Hospital, Bucharest, Romania*

In questa revisione della letteratura si evidenzia come l'incontinenza urinaria durante il rapporto sessuale, definita dall'International Urogynecological Association e dall'International Continence Society nel 2010 "denuncia di perdita involontaria di urina durante il coito", sia un disturbo con alta prevalenza, sotto-segnalato tra le donne affette da incontinenza urinaria. Solo sei articoli erano appropriati per l'analisi, con un'evidenza di perdite urinarie coitali che si verificano tra il 24 e il 66% dei casi indagati, in una review riferite nell'8% alla penetrazione, nel 35% durante il rapporto, nel 9% con l'orgasmo e nel 48% in tutte le situazioni.

Also fecal incontinence during intercourse as well as coital pooping, particularly if orgasm occurs, is a condition not well documented in the medical and sexological literature. A rectocele containing stool may contribute to the problem with further impairement of sexual functioning. Women with fecal incontinence are as likely to engage in sexual relations as women without it, however, when sexually active, have poorer sexual function. This item underlines the importance of a thorough multidisciplinary pelvic floor diagnostic evaluation.

Terapie di gruppo nella riabilitazione della muscolatura pelvica per il trattamento dell'incontinenza urinaria durante gravidanza e postpartum: studio controllato randomizzato

HFA MOOSSDORFF-STEINHAUSER, BCM BERGHMANS, MEA SPAANDERMAN, EMJ BOLS. *Pelvic Care Center, Maastricht University The Netherlands*

La Pelvic Floor Muscle Group Therapy (PFMGT) è un'opzione di trattamento efficace nella popolazione generale, mentre il suo beneficio durante e poco dopo la gravidanza non è chiaro, pertanto questo studio indaga l'effetto peri-partum confrontandolo con i trattamenti abituali in due gruppi controllati randomizzati su donne gravide e a sei settimane dopo il parto, valutando la gravità dell'IU secondo i parametri dell'ICIQ SF e l'autovalutazione delle pazienti. Si è visto un miglioramento significativo nella prevalenza dell'IU e nell'impatto dell'IU a 4 mesi e anche al 9 º mese dopo il parto, nel gruppo PFMT (p=0.02).

Postpartum faecal incontinence often has a different aetiology from UI, due to the sphincter tear that is attempted to prevent with episiotomy. Targeting continent and incontinent antenatal women early in pregnancy and offering a structured Pelvic floor muscle training (PFMT) programme may prevent the onset of urinary incontinence in late pregnancy and postpartum. Few data exist on faecal incontinence and it is essential that trials use valid measures of incontinence-specific quality of life for both urinary and faecal incontinence.

Sacrocolpopessi e sacroisteropessi con le reti per via addominale nel prolasso genitale: risultati

M.ANANT1, A.SINGH, S.GUPTA et al. *India Institute of Medical Sciences-Patna, Pristyn Care, New Delhi, ANMCH, Gaya, India*

Il prolasso del comparto vaginale influisce sulle attività quotidiane e diminuisce la qualità della vita delle donne colpite. Con una migliore comprensione anatomica dei supporti degli organi pelvici e l'aumento della speranza di vita delle donne, la chirurgia pelvica ricostruttiva può avere una vasta applicazione. Il ripristino delle posizioni anatomiche degli organi pelvici prolassati può essere realizzato sia per via addominale in aperto o laparoscopica, che per via vaginale. Questo studio osservazionale prospettico valuta i tassi di successo perioperatorio, postoperatorio a breve termine (6-24 mesi), le complicazioni e la soddisfazione in 41 donne sottoposte tra il 2016 e il 2018, a chirurgia protesica per via addominale per prolasso uterino mediante isterosacropessi e per prolasso della volta vaginale con sacrocolpopessi in un ospedale terziario dell'India orientale. Le pazienti sono state seguite per oltre 2 anni con un follow-up medio di 18,3 mesi con tassi di successo (definiti come Pelvic Organ Prolapse Quantifications System stadio di 0/1 post-intervento) del 100% (punto medio C -6.55 e punto medio D - 8.8). Complicanze intraoperatorie riscontrate sono state lesioni vescicali ed emorragia, nessuna a carico della rete durante il periodo di studio. La riduzione dei punteggi dei sintomi soggettivi a livello vaginale, di benessere sessuale e qualità della vita è stata significativa.

Colorectal surgeons place meshes for rectosacropexy in rectal prolapse through the abdomen, open or laparoscopically, since the eighties, also haevy ones, and they are never harmful or complicate as foreign bodies, even when in contact with the vaginal wall.

Classificazione secondo Kees delle fistole ostetriche e urinarie in base alla perdita quantitativa e qualitativa di tessuto pelvico e al meccanismo della continenza

KEES WAALDIJK *National Obstetric Fistula Center Babbar Ruga, Katsina, Nigeria*

Scopo di questo lavoro è presentare una classificazione delle fistole ostetriche e urinarie in tre tipi, due sub-tipi ed altrettanti sub-sub-tipi basata sulla perdita di tessuto pelvico e sul grado di coinvolgimento dei fattori anatomici della continenza: fistola Kees I: non coinvolge il meccanismo della continenza; Kees IIAa: coinvolge il meccanismo della continenza senza (sub)coinvolgimento uretrale totale e senza un difetto circonferenziale; Kees IIAb: coinvolge il meccanismo della continenza senza (sub)coinvolgimento uretrale totale e con un difetto circonferenziale; Kees IIBa: coinvolge il meccanismo della continenza con (sub)coinvolgimento uretrale totale e senza un difetto circonferenziale; Kees IIBb: coinvolge il meccanismo della continenza con (sub)coinvolgimento uretrale totale e con un difetto circonferenziale e varie; Kees III: varie e rare, per es. fistole ureterali. Ogni classe differisce dall'altra per perdita qualitativa e quantitativa del tessuto pelvico. E ogni classe deve subire un'operazione specifica: dalla semplice incisione alla dissezione per riparare l'organo e alla chiusura della fistola, per ricostruire l'anatomia funzionale del bacino. In conclusione con questa classificazione è possibile: 1) pianificare ed eseguire la riparazione della fistola secondo i principi della chirurgia ricostruttiva, 2) confrontare le tecniche di funzionamento ed i risultati in un senso scientifico. Tuttavia si tratta solo di linee guida, poichè ogni fistola è un caso a sè e richiede un approccio personalizzato.

The most known classification of anal fistulas is that due to Sir Alan Parks who was, at St Mark's Hospital in London, in the 1970s, one the "Queens" (as the greatest surgeos were called in the UK, Mario Pescatori says). The personalized approach is also mandatory in posterior compartment fistulas.

Effetti a lungo termine di uno studio controllato con placebo di enoxaparina per il trattamento della "provoked" vulvodinia grave

E OFIR, E.PALZUR, J.BORNSTEIN. *Bar Ilan University, Safed, Galilee Medical Center, Nahariya, Israel*

La "provoked" vulvodinia (PV) è la causa principale di dispareunia e colpisce milioni di donne in tutto il mondo. La sua causa è ancora sconosciuta e il trattamento è empirico nella maggior parte dei casi. Scopo del lavoro è valutare gli effetti benefici a lungo termine dell'anticoagulante enoxaparina, un'eparina a basso peso molecolare. Donne che in precedenza avevano partecipato a uno studio di tre mesi confrontando enoxaparin a placebo per il trattamento di grave PV sono state valutate per i livelli di dolore a distanza utilizzando la Numerical Rating Scale, per sapere se hanno cercato altri trattamenti e capire il loro grado di soddisfazione. I gruppi sono stati confrontati per i livelli di dolore. 31\39 partecipanti hanno completato l'indagine di follow-up, 17 essendo state trattate con enoxaparina e 14 con fisiologica. Rispetto al dolore alla fine della prova precedente, al momento dello studio, quelle trattati con enoxaparina riferivano maggiore diminuzione del dolore durante il rapporto sessuale (34% diminuzione, p=0.012) rispetto a quelle che avevano ricevuto il placebo (22.5% diminuzione, p=0.064), dimostrando che l'enoxaparina continua ad essere efficace nella vulvodinia grave anche tre anni dopo il trattamento giornaliero per 90 giorni.

Also proctalgia has unknown causes and in some cases symptoms improve by modifying the involvement of mast cells, for example with PEA. Subcutaneous enoxaparin acts as a heparanase inhibitor (that increases the proliferation and degranulation of mast cells with consequent weakening of the extracellular matrix). To the extent that some forms of proctalgia are linked to a hypersensitivity of the surface layers of the anoderm, as occurs in the vestibulodynia, it could be hypothesized enoxaparin to be administered in the proctological field as well.

Tempo di rimozione del catetere vescicale postoperatorio nella chirurgia del prolasso utero-vaginale

E.CASTILLO-PINO, N.BENAVIDES, V.ACEVEDO, V.ALONSO. *University of the Republic School of Medicine, Clinical Hospital, Montevideo, Uruguay*

Per valutare l'efficacia e le complicazioni della rimozione precoce, intermedia o tardiva del catetere urinario dopo gli interventi di isterectomia vaginale, riparazione del pavimento pelvico e colporrafia anteriore, sono state incluse 73 donne con prolasso uterino o vaginale di stadio uguale o maggiore di 2 secondo POP-Q System senza incontinenza urinaria da stress e senza infezioni ricorrenti del tratto urinario. Un catetere urinario (Foley 16) è stato inserito al momento dell'intervento ed è stato rimosso a caso in tre gruppi, 24 (27 pazienti), 48 (23) e 72 ore (23) dopo l'intervento. Profilassi antibiotica endovenosa per 72 ore. Venivano ricercate le infezioni urinarie (UTI) dopo l'intervento e la ritenzione urinaria acuta (AUR) durante il ricovero. UTI è stato osservato in 7,4%, 17,4% e 13% nei gruppi 1, 2 e 3 rispettivamente. Non è stata trovata alcuna associazione statisticamente significativa tra la presenza di UTI e il tempo di cateterizzazione urinaria (x2=1.3 p=0.512). AUR è stata trovata in 4.1% di tutti i pazienti, la maggior parte di loro dal gruppo 2. si è concluso che la rimozione precoce del catetere urinario nelle prime 24 ore dopo l'intervento chirurgico vaginale riduce il tempo di cateterizzazione, il ricovero in ospedale e le infezioni del tratto urinario, mentre la cateterizzazione estesa non offre alcun beneficio e prolunga il soggiorno ospedaliero inutilmente.

In proctologic surgery bladder catheterization is also avoided as much as possible. In more painful postoperative surgeries however, such as hemorrhoidectomy, the pain can cause urinary retention and the patient requires catheterization.

Diagnosi e fisiopatologia della malattia di Hirschsprung

M.D. LEVIN *Minsk, Belarus Netanya Geriatric Medical Center, Israel*

L'obiettivo di questa ricerca è stato lo studio della malattia di Hirschsprung (HD) sulla base dell'analisi di radiografie e video pubblicati su Internet al fine di aumentare la precisione della diagnosi radiologica. Vengono proposti nuovi segni anatomici di HD, vale a dire l'assenza di uno spostamento anteriore dell'asse del canale anale, un'espansione dello spazio retro-rettale e un sintomo di segmentazione "congelata"e la dimostrazione dell'assenza del riflesso RAIR alla defecazione. La combinazione di questi segni permette di diagnosticare l'HD. L'accorciamento del canale anale, con un notevole spostamento di essa verso il pube, così come la presenza di RAIR e l'ampia apertura del canale anale durante lo svuotamento rettale indicano l'assenza di HD. L'uso di questi segni aumenta la precisione della diagnosi di HD. Viene presentato un algoritmo diagnostico.

Dolore pelvico cronico associato al fenomeno nutcraker (NCP) e sindrome da congestione pelvica (PCS): caso clinico

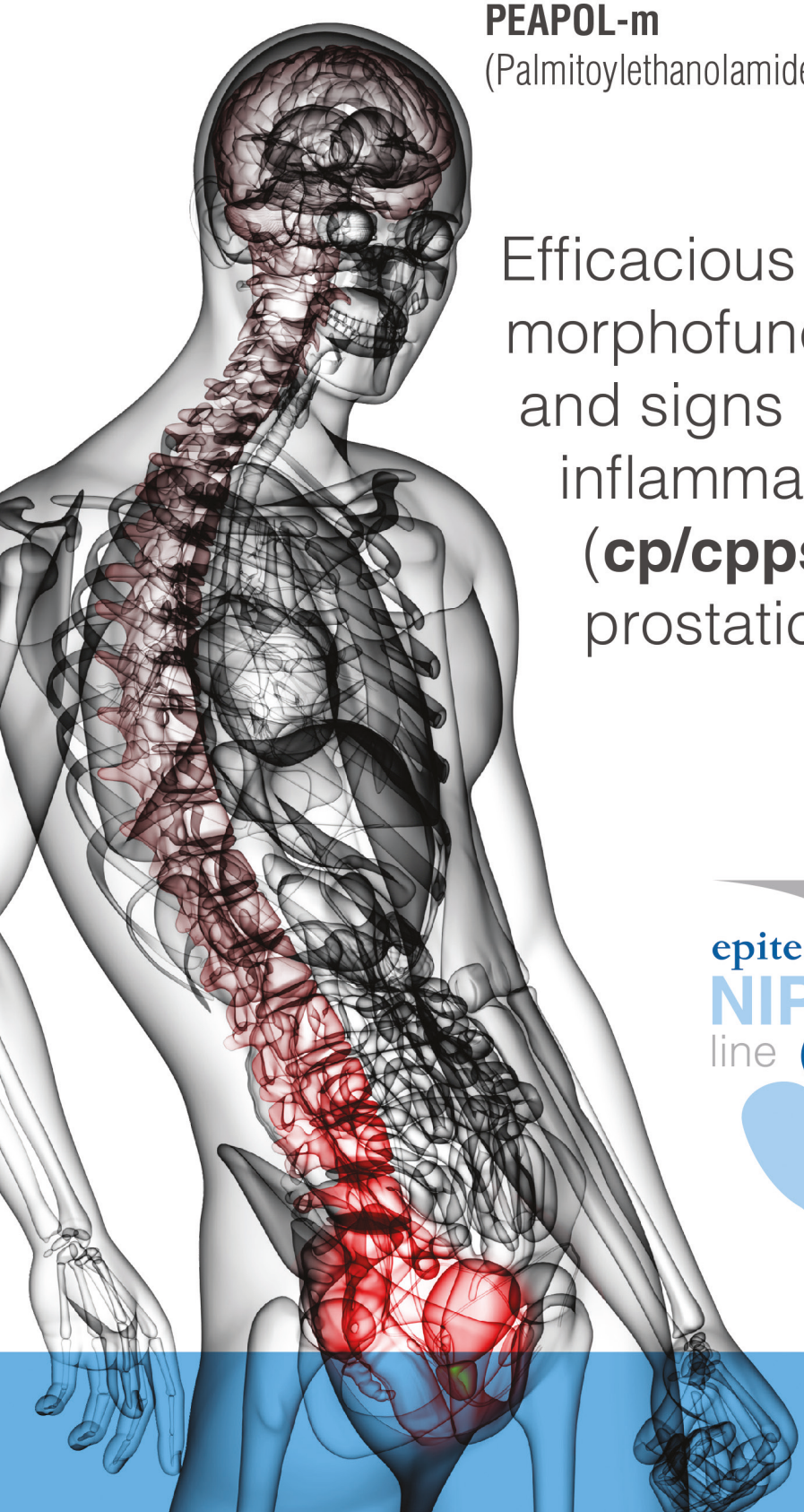
I. SÄNGER, O. ROMERO GURAL, C. SARSOTTI, M.SANTILLÁN ITURRES. *Fundacion Favaloro, GEDREP, Buenos Aires University, Buenos Aires, Argentina*

L'articolo presenta il caso di una paziente nullipara di 18 anni in uno stato di grave deterioramento emotivo e sociale conseguente a quattro anni di dolore pelvico cronico paralizzante associato al fenomeno dello schiaccianoci (NCP) o del compasso mesenterico, valutata e trattata con tecniche endovascolari dopo numerosi e infruttuosi trattamenti chirurgici e di supporto medico. Una congestione pelvica (PCS) secondaria a un NCP è stata identificata come causa dei sintomi, rari nelle nullipare e senza trattamenti codificati. È stata eseguita un'embolizzazione della vena gonadica sinistra (LGV) e della vena glutea sinistra con tecnica sandwich e uno stent venoso autoespandibile è stato impiantato nella vena renale sinistra (LRV) con un immediato sollievo dal dolore e una ripresa soddisfacente. La sindrome da congestione pelvica dovrebbe essere considerata nella diagnosi differenziale del dolore pelvico cronico anche nelle nullipare. C'è un'ampia gamma di possibilità di trattamento per questa sindrome, a seconda delle cause, lo stato clinico e le caratteristiche anatomiche di ogni paziente. Anche se non vi è alcuna tecnica endovascolare standardizzata, in questo caso l'embolizzazione della LGV e glutea inferiore sinistra nonché uno stent sulla LRV, si sono dimostrati metodi sicuri ed efficaci. Ulteriori studi sarebbero utili per studiare il miglior trattamento in caso di congestione pelvica e NCP.

This is again an example of the need for a multidisciplinary approach in all cases of chronic, simple or very complicated, pelvic pain. May-Thurner syndrome is a rare condition that can affect both males and females of any age. In men it has been described as one of the causes of varicocele, being due to compression of the LRV, most often between the aorta and the superior mesenteric artery, with impaired blood flow and distension of the hilar portion of the vein. Nutcracker syndrome, due to the nutcracker phenomenon, can manifest variable symptoms such as hematuria and proteinuria, flank pain, pelvic congestion in females and varicocele in males.

pelviprost®

PEA-um
Ultramicronized Palmitoylethanolamide 400 mg
PEAPOL-m
(Palmitoylethanolamide co-micronized with Polydatin) 440 mg



Efficacious control of morphofunctional symptoms and signs in case of chronic inflammatory prostatitis (**cp/cpps**) and benign prostatic hyperplasia.

epitech
NIP
line

Packaging 20 tablets

epitech
group
www.epitech.it