

La raccolta dati nel paziente pelvi-perineologico *Evoluzione della cartella clinica informatica e del sistema IPGH*

G. DODI - P. LUCIO (*) - M. SPELLA (**) - E. BELLUCO - L. AMADIO - L. MARCATO (***)

Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Oncologiche, Sezione Clinica Chirurgica 2^a, Università degli Studi di Padova - Direttore: Prof. D. Nitti

(*) Consulenze Informatiche e Sviluppo Software, www.cissweb.it

(**) Responsabile Medico, www.cheiron.com

(***) U.O. Ginecologia e Ostetricia, A.O. Padova

Riassunto: La cartella pelvi-perineologica realizzata con un linguaggio di programmazione SQL contiene circa 1.000 informazioni riguardanti anamnesi, obiettività clinica e strumentale, terapia praticata ai pazienti con problemi pelvi-perineologici, e relativi risultati, con possibilità di elaborazione automatica di una relazione clinica e di effettuare analisi statistiche relative a oltre 40 diverse patologie. Alla fine dell'osservazione clinica i dati essenziali riguardanti il pavimento pelvico vengono archiviati come acronimi per consentire un'interpretazione immediata del caso. Si sono selezionati per l'informatizzazione solo quei dati che l'esperienza ha effettivamente insegnato essere utili per l'elaborazione successiva. Il sistema IPGH (Incontinenze, Pavimento pelvico, Prolapsi, fattori Generali, Handicap) aiuta nella pianificazione del trattamento, nella valutazione dei risultati e facilita lo scambio di informazioni nell'ambito delle malattie funzionali del pavimento pelvico, tenendo conto dell'unità anatomo-funzionale del perineo. La cartella informatica contiene questionari strutturati elaborati per i sintomi urologici, ginecologici e coloproctologici (incluse due schede per le malattie neoplastiche ed infiammatorie intestinali). Il messaggio acronimico finale stampato automaticamente in calce alla relazione clinica include numerosi dati riferiti alle incontinenze (Iu e Ia), ai prolapsi genitale (PV) e anale (PA), alla stipsi (C), alla valutazione di mobilità, stato mentale, performance status, fattori di rischio (G) e alla ritenzione urinaria (R) e infine alla disabilità/handicap (H). L'informatizzazione dell'archivio rappresenta un valido strumento di raccolta e gestione dati. La classificazione IPGH tende a razionalizzare ulteriormente l'approccio alle malattie del pavimento pelvico.

Parole chiave: pavimento pelvico; cartella informatica; prolapsi; incontinenza; ritenzione.

DATABASE OF PATIENTS WITH PELVIC FLOOR DISEASES. *The evolution of computerized clinical recording and of the IPGH system.*

Abstract: A pelvic floor patients database has been created with a SQL language including about 1.000 informations on history, clinical and functional tests, therapy, and results. A clinical report is created automatically, and statistical analyses related to over 40 different diseases can be made. At the end of the patient's examination the essential data related to the pelvic floor are filed as acronyms allowing an immediate interpretation of the case. Only the data that the experience has indeed taught to be useful have been selected to be processed. The IPGH system (Incontinences, Pelvic floor prolapses, General factors, Handicap) aids in planning treatments, evaluating the results, and makes easier the communication on the pelvic floor, which is considered as a functional and anatomic unit. Urologic, gynecologic and coloproctologic symptoms are recorded through structured questionnaires. The final acronymic message of the report includes data concerning the severity of urinary and anal incontinence, stage of genital and anal prolapses, urinary retention, constipation, mobility, mental performance status, general risk factors, and handicap / disability. The program is a valid daily tool for handling all these data and the IPGH classification further rationalizes the difficult approach to the diseases of the pelvic floor.

Key words: pelvic floor; clinical record; prolapse; incontinence; retention.

INTRODUZIONE

A dieci anni dal suo primo utilizzo, a cinque dalla sua presentazione su questa rivista con l'aggiunta del sistema di stadiazione IPGH,¹ adottata nella sua struttura essenziale anche dall'Azienda Ospedaliera di Padova, la cartella pelvi-perineologica (CPP) viene messa online nella versione alfa-0.60. Nel 1990 abbiamo coniato il neologismo "perineologia"² entrato nell'uso corrente per urologi, ginecologi, gastroenterologi e chirurghi coloretali o proctologi uniti da un comune interesse. Nella fase di costituzione delle Unità di Pelvi-Perineologia i diversi specialisti avvertono la necessità di una metodologia diagnostica precisa e standardizzata per affrontare problemi anatomici e funzionali spesso molto complessi. L'esigenza di un comune sistema classificativo è unanime, come la stadiazione per gravità dei sintomi e dei segni e la modalità di raccolta dei dati clinici. L'informatizzazione delle visite dei nostri pazienti è iniziata nel 1980, poi, con i progressi del software e dell'hardware, è stato possibile realizzare un sistema di raccolta e di elaborazione dei dati razionale ed agile che tenesse conto dell'impostazione nosografica e della stadiazione delle malattie del pavimento pelvico.^{3,4}

La cartella pelvi-perineologica è impostata per visite a loro volta impostate per problemi. La standardizzazione di termini e metodi proposta dall'International Continence Society (ICS) e da altre classificazioni per il pavimento pelvico anteriore^{5,6,7} ha rappresentato il punto di partenza per arrivare al sistema classificativo denominato IPGH dove "I"

significa Incontinenza, "P" Pavimento pelvico e Prolasso, "G" fattori Generali, "H" Handicap (Tab. 1).⁸ Scopo di ciascun acronimo è definire la gravità del problema relativo a domini diversi correlati con le disfunzioni del pavimento pelvico, per meglio pianificare il trattamento, fornire indicazioni prognostiche, assistere nella valutazione dei risultati del trattamento e facilitare lo scambio di informazioni nell'ambito delle malattie cosiddette funzionali del pavimento pelvico tenendo conto dell'unità anatomo-funzionale dei tre segmenti e dei coinvolgimenti multi ed interdisciplinari. Mentre lo scopo della *cartella clinica* è di *analizzare*, il sistema IPGH intende *classificare*, non tanto dal punto di vista patogenetico o eziologico, ma in rapporto alla *gravità* delle malattie. Il sistema IPGH è stato integrato con la cartella informatica in modo da automatizzare la compilazione e la refertazione dell'IPGH stesso.

METODI

Il sistema

La cartella si esplica attraverso ventitre pagine-video. Dal punto di vista informatico è orientata alle visite che possono essere riordinate a richiesta. Sotto il profilo clinico è articolata per problemi, ossia in relazione ai sintomi per i quali il paziente si presenta.

Il software lavora in ambiente MS Win32 e Wine, archivia i dati nella tradizionale struttura database e utilizza le più innovative tecnologie per l'implementazione del codice, l'indicizzazione, la ricerca e la visualizzazione dei dati. La

TABELLA 1. – Il sistema acronimico IPGH. Per ottenere il calcolo dell'IPGH è indispensabile rispondere a tutte le voci rappresentate. Nel caso della stipsi, per esempio, ciò rappresenta un'utile verifica della completezza della raccolta dati.

I	Iu (0..3) l y r n qdv (0..3) Ia (0..120 0..20) y r n
P	R (0..3) V a p s e l (0..4) r n qdv (0..3) y PCT (0..9) A h m r e d r c (0..4) r n qdv (0..3) C (0..30 + 0..9 constipaq + 0..3 x n) prel (0..2) y
G	(0..3)
H	(0..3)

struttura dati, che unifica le informazioni in archivi orientati alla visita, permette di utilizzare direttamente linguaggi *SQL* (*Structured Query Language*) per estrarre nuovi archivi con struttura diversa, visualizzare tabelle di opportune informazioni, ricercare singole voci nelle più svariate possibilità, ed infine applicare facilmente relazioni tra archivi e *sort* (riordino dei dati secondo l'ordine lessicografico o numerico di un particolare campo). Può funzionare in ambito locale oppure in ambito *server-client* utilizzando i più diffusi *server SQL RDBMS* (*Relational Data Base Management Systems*) *Open Source*.

I punteggi

I punteggi sono necessariamente diversi per i vari parametri e le varie patologie. Per convenzione in tutti i parametri da valutare si considera -3, -2, -1, 0, 1, 2 il discostarsi dal normale che è 0. Il valore negativo minore corrisponde al "non rilevato".

L'intensità del dolore, del prurito e delle perdite comporta un punteggio per la quantificazione ottenuto su scala analogica visiva (VAS 0..10): 0 = assente, 1-2 = lieve, 3-5 = moderato, 6-8 = intenso, 9-10 = molto intenso/intollerabile.

La frequenza dei sintomi viene quantificata secondo due modalità:

a) 0..5 (derivato dal punteggio AMS per l'incontinenza anale)⁹ considerando 0 = mai, 1 = meno di una volta al mese (raro), 2 = da 1 volta al mese a una volta alla settimana (occasionale), 3 = da 1 volta la settimana a 1 volta al giorno (frequente), 4 = quotidiano (1 volta al giorno), 5 = continuo (più di una volta al giorno). Se il dato non viene rilevato rimane -1. Questa modalità è utilizzata nella frequenza di dolore, perdite, incontinenza anale, prurito;

b) 0..4 (punteggio CCS)^{10, 11} ove 0 = mai, 1 = raro (<1/mese), 2 = occasionale (>= 1/mese - < 1/settimana), 3 = frequente (>= 1/settimana - < 1/giorno), 4 = continuo (>= 1/giorno). Questa modalità è utilizzata nella frequenza di alcuni parametri della stipsi: feci dure, assenza di stimolo alla defecazione.

Il punteggio misto *frequenza/intensità* (0..4: 0 mai\assente, 1 raro\lieve, 2 occasionale\moderato, 3 frequente\intenso, 4 continuo\intollerabile, è utilizzato per stato ansioso e depressivo, diarrea, tenesmo, meteorismo, eccessivo ponzamento, defecazione difficile, defecazione incompleta. Nella scelta del punteggio *frequenza/intensità* tra i 2 parametri prevale quello con valore maggiore.

Il punteggio dei *riflessi* è indicato sulla base del discostarsi del riflesso dalla norma considerando che la norma è rappresentata dallo 0. Pertanto un riflesso che potrà essere soltanto diminuito, come ad esempio il riflesso anale cutaneo, avrà un punteggio 0..2 (1 ridotto, 2 assente). Il tono muscolare anale basale, che può invece vedere delle situazioni di riduzione o di aumento, si può discostare in positivo ed in negativo dallo 0 ossia dalla norma. Il -1, ad esempio, sarà una riduzione del tono muscolare, il -2 assenza di tono muscolare, 1 lieve, 2 forte ipertono; -3 rap-

presenta il dato non rilevato. Fa eccezione a questa regola solo il PCTest.

Nei *gradi* delle varie patologie prevale sempre il maggiore. Se il prolasso di grado maggiore è soltanto parziale, ciò va segnato nello spazio per le note.

Pagina anagrafica dei pazienti

La pagina di presentazione anagrafica contiene alcune serie di tasti per operare sui dati anagrafici e clinici dei pazienti, nonché di programmare la visita di controllo. Con il tasto "relazione clinica" si rimanda al programma di videoscrittura installato (*Write, Word, Openoffice*) per creare il documento da stampare. Con un'opzione "crea" si compone una nuova relazione clinica, con "modifica" si riporta la precedente relazione per eventuali modifiche. Una finestra espone la sintesi acronimica dell'IPGH che si aggiorna in automatico. Da questa pagina si conclude la compilazione della cartella con la prescrizione della visita di controllo programmata a tot mesi o anni (questo tasto è presente anche nell'ultima pagina, con la terapia). Se non c'è un appuntamento si lascia lo zero e nella relazione clinica verrà riportato "visita di controllo al bisogno". L'esito "guarito", "migliorato", "invariato", "peggiorato" viene segnato nel caso di una visita di controllo definitiva, come pure le complicanze o il decesso. Infine c'è uno spazio "nc" per i pazienti non controllabili.

ANAMNESI / SINTOMI ATTUALI

Sintomi attuali

Il protocollo anamnestico delle malattie del pavimento pelvico prevede 6 domande principali: ha avuto fastidio o dolore addominale, genitale, anale, rettale, sacrale nell'ultimo mese? Ha avuto sanguinamento urinario, genitale o anale nell'ultimo mese? Ha difficoltà ad urinare? È insoddisfatto della sua defecazione in senso ritentivo (soffre di stipsi)? Soffre di perdite involontarie di urina? Soffre di perdite involontarie di feci e/o gas dall'ano?

Se il paziente si presenta senza sintomi si passerà direttamente all'anamnesi fisiologica e remota. Il prolasso, genito-urinario o anale, è un elemento dell'esame obiettivo. Molti pazienti non lo riconoscono come tale, pertanto l'elemento soggettivo è rappresentato dal fastidio (dolore lieve) e dalla tumefazione in sede vaginale o anale, da riportare nella terza pagina della sintomatologia in "altro".

Il dolore è caratterizzato dalla sede (anale, addominale, perineale, rettale, glutea, coccigea, genitale, pelvica, uretrale, vescicale, lombare, dispareunia), dalla frequenza e dall'intensità (con i relativi punteggi).

Le perdite (anali, vaginali) possono essere ematiche, sierose, mucose, purulente, con relativi punteggi per frequenza e intensità). Le perdite di urina e di feci o aria comportano sistemi di raccolta dati e questionari specifici: l'incontinenza urinaria o anale va comunque segnalata già nella prima pagina per poter poi essere riportata nella relazione clinica.

Tabella 2.– Punteggio AMS dell'incontinenza anale.

	mai	raram.	occas.	settim.	quotid.	contin.	
Aria	0	1	7	13	19	25	} a
Imbratt.	0	31	37	43	49	55	
Feci liquide	0	61	73	85	97	109	
Feci solide	0	67	79	91	103	115	
Q.d.v.	0	1	2	3	4	5	b

Punteggio totale = a + b (0..120).

Incontinenza anale

Il grado di incontinenza anale (**Ia**) è prevalentemente anamnestico, e si ricava attraverso il colloquio o il diario settimanale (l'unico dato oggettivo è rappresentato dalla capacità di trattenere un clisma di 200 ml di acqua tiepida espressa in unità di tempo), e viene valutato con i punteggi AMS (0..120) (Tab. 2). La somma dei punti che ne deriva caratterizza in modo univoco tutte le combinazioni di frequenza (0..5) e di tipo di perdite involontarie (aria, imbrattamento/soiling, feci molli o solide). È presente anche il punteggio CCS / Wexner ove vengono attribuiti, in base alla frequenza, 0..4 punti per i 5 parametri (perdite di aria, di feci molli o solide, uso di protezione, disabilità) fino ad un punteggio massimo di 20 per ottenere il quale devono essere indicati e sommati tutti gli items (i più gravi non includono quelli meno gravi).^{9, 10, 11} Nella cartella il calcolo dei punteggi avviene in modo automatico.

L'incapacità di distinguere il contenuto rettale (incontinenza passiva) o di trattenere le feci, sia durante la veglia che il sonno, l'urgenza alla defecazione e l'incontinenza da stress, i provvedimenti terapeutici già adottati dal paziente (dieta o farmaci stiptizzanti, irrigazioni/clisteri, lassativi/wash out, uso di protezione), rappresentano informazioni complementari e ricevono un punteggio 0..5 relativo alla loro frequenza, pur non entrando nel punteggio finale dell'incontinenza. Vengono poi segnalate la resistenza alla terapia riabilitativa (**y**) e l'eventuale insuccesso di uno o più interventi chirurgici correttivi (**r** seguito dal numero di interventi effettuati: 0..9). Si segnala infine il recente andamento dei sintomi in termini di miglioramento o peggioramento. Il test del tempo di continenza consiste nel misurare il tempo in cui il paziente riesce a trattenere il clisma da 200 ml. Il punteggio è 0..5 (0 >10', 1 5'-10', 2 5'-1', 3 1'-30", 4 <30", 5 perdita durante il clistere).

Sintomi urinari e incontinenza urinaria

Vengono riportati urgenza alla minzione, disuria, pol-lachiuria, nicturia, stranguria, tenesmo vescicale, *mitto ipovalido/prolungato* [1/3], *difficile avvio minzione/uso torchio addominale/vuotamento incompleto* [2/3], *ritenzione completa/necessità di cateterismo* [3/3].¹² La stranguria ed il tenesmo sono valutati in base all'intensità con scala VAS 0..10. I gruppi di sintomi *in corsivo* contrassegnati dai numeri 1, 2 e 3 caratterizzano, tra i LUTS, la *sindrome da ritenzione urinaria*, riportata, nello schema IPGH, nella voce P, come "**R**" e graduata, a seconda della gravità, 0..3 (Tab. 1). Dal punto di vista anamnestico l'incontinenza urinaria, definita con l'acronimo "**Iu**", comporta le seguenti caratteristiche: incontinenza solo di giorno, anche a letto, con urgenza, da sforzo, da sensazioni audiovisive. La *gravità* dell'incontinenza urinaria è definibile attraverso la valutazione dell'entità, della frequenza e della durata delle perdite urinarie in base a rilevazioni soggettive ed oggettive. Viene graduata 0..3: forma lieve (occasionale, nessuna protezione), moderata (uso di protezione) e grave (continua, totale). La gravità dell'incontinenza urinaria può essere determinata per mezzo di vari strumenti: questionario strutturato, esame obiettivo con

stress test standardizzato (in caso di prolasso dopo la riposizione del prolasso), *diario minzionale, pad test* in 24 ore.^{8, 13}

¹⁴ Alcuni acronimi aggiuntivi completano la descrizione del caso: "**y**" significa che il paziente è già stato sottoposto a terapia conservativa (farmacologica, comportamentale, chinesiterapia e/o stimolazione elettrica del pavimento pelvico) senza successo; "**r**" significa che l'incontinenza urinaria è recidivata dopo chirurgia, seguita dal numero di interventi chirurgici eseguiti (0..9). L'incontinenza urinaria che appare al ponzamento e/o dopo riposizionamento del prolasso (*incontinenza latente* o mascherata) è riferita come (**I**).

In base all'esito dell'esame urodinamico si possono indicare i seguenti acronimi (Tab. 5), da riportare nella pagina "Esiti esami Pav. Pelvico" evidenziabile nella terza pagina dell'esame obiettivo: "**mu**", mobilità uretrale, è graduato da 0 (normale) a 1 (ipermobilità). Il metodo di valutazione della mobilità uretrale deve essere indicato: Q-tip test, esame obiettivo, cistouretrografia, ecografia; "**is**", insufficienza sfinterica, è graduato da 0 (assente) a 1 (deficit sfinterico), in base al profilo pressorio uretrale, leak point pressure, EMG, tecniche di imaging; "**pcum**", pressione uretrale di chiusura massima (in cm H₂O), è derivata dal profilo pressorio uretrale (0..1); "**lp**", leak point pressure (in cm H₂O) ad un determinato volume vescicale in una determinata posizione, è indicato con punteggio 0..3 (1 perdite a > 90cm H₂O, 2 90-60, 3 < 60); "**D**", funzione detrusoriale, può essere 0 normale, -1 ipoattiva, 1 iperattiva; "**S**", sensibilità vescico-uretrale, può essere 0 normale, -1 ridotta, 1 aumentata; "**C**", compliance vescicale, può essere 0 normale, -1 ridotta, 1 aumentata; D, S e C vengono determinate in base alla cistometria provocativa; **O**, ostruzione cervicouretrale (0..1), è determinata dallo studio pressione/ flusso; "**Ds**", dissinergia, può essere "0" assente, 1 presente. La compromissione della *qualità di vita* a causa dell'incontinenza urinaria è indicata con il punteggio 0..3 (derivato dal test SF-36 o da altro test più specifico).

I prolassi

Il prolasso, definito dall'acronimo "**P**", può essere di tipo urogenitale o anale. Nel secondo caso interessa conoscerne la riducibilità (spontanea, manuale, non riducibile). Le terapie chirurgiche eventualmente eseguite vengono indicate con una "**r**" seguita dal numero di interventi praticati con insuccesso (0..9). Nel prolasso urogenitale si può chiedere se vi sia un senso di insicurezza perineale. La compromissione della qualità di vita a causa del prolasso anale o urogenitale è indicata con il punteggio 0..3 (derivato dal test SF-36 o da altro test specifico).

Altri sintomi

Altri sintomi sono dati da: *prurito* (che può interessare varie sedi con diverse caratteristiche e ha 2 bottoni per frequenza e intensità con gli stessi punteggi del dolore), *flatulenza, febbre. Meteorismo e tenesmo rettale* si caratterizzano con un punteggio misto di frequenza/intensità (0..4).

Se il paziente lamenta *stipsi* come sintomo soggettivo, questo dato va segnalato nell'apposito spazio dedicato anche ai sintomi non previsti dalla cartella, per essere poi caratterizzato e quantificato nella pagina dedicata alle caratteristiche dell'alvo.

Un elemento di interesse nella valutazione del paziente è la sua percezione, soggettiva, del proprio *stato ansioso* o *depressivo*, che riceve un punteggio 0..4 di frequenza/intensità, analogamente allo stesso dato, nell'esame obiettivo, basato sull'impressione del medico esaminatore (o su test più specifici).

Handicap

L'handicap (H, graduato 0..3) conclude la descrizione dei sintomi attuali definendo la severità della *disabilità speci-*

fica del paziente dovuta ai sintomi per cui si presenta all'osservazione. Corrisponde all'*impact sickness profile*, ovvero alla frequenza ed entità della compromissione delle condizioni generali a causa del sintomo principale o dell'insieme dei sintomi della malattia del pavimento pelvico. Arbitrariamente lo si fa coincidere con la *qualità di vita* e lo si può calcolare con l'SF-36 o con una semplificazione della scala Functional Independence Measure (FIM). Per l'incontinenza anale è disponibile una versione italiana del Fecal Incontinence Quality of Life index.¹⁵ Nel sistema della cartella pelvi-perineologica per il punteggio dell'H viene scelto il valore più alto tra i punteggi della compromissione della q.d.v. dovuta a incontinenza urinaria (1..3), incontinenza anale, alterazioni dell'alvo (1..3) e prolasso. Insieme si segnala anche la più elevata intensità di dolore, prurito, stranguria, tenesmo rettale e tenesmo vescicale (VAS 1..10).

ANAMNESI FISIOLÓGICA E FAMILIARE

Caratteristiche dell'alvo

Nel caso il paziente sia soddisfatto delle modalità della sua defecazione si possono azzerare automaticamente tutti i parametri risultandone, nella relazione clinica, la dizione "alvo regolare". Se descrive aspetti da noi considerati diversi dalla norma, sia in senso ritentivo che diarroico, il programma non giudica la normalità o meno, ma li riporta nella relazione clinica e nel sistema *constipaq*. Il questionario per il punteggio della stipsi utilizza il Cleveland Clinic Score (CCS) di Agachan e Wexner,¹⁶ modificandolo con l'aggiunta del sistema *constipaq*. Il CCS consiste di 7 items (frequenza delle defecazioni, difficoltà, incompletezza con pollacochezia, durata delle defecazioni, tentativi infruttuosi, sintomi addominali e durata del problema, indipendentemente dall'assunzione di lassativi) che ricevono 0..4 punti, ed uno, l'assistenza alla defecazione, che riceve 1 punto se si tratta di lassativi, supposte o perette, 2 punti in caso di clisteri > 1/2-1 lt o di manovre manuali per l'espulsione. Il punteggio maggiore esclude il minore dei due. La somma massima sarà quindi di 30 punti (28+2). Si definisce (nella relazione clinica a proposito dell'alvo) stipsi "lieve" il punteggio 1..5, "di gravità moderata" 6..10, "grave" 11..15, "molto grave" 16..30. Può teoricamente accadere che un paziente che evacui sempre e solo con i lassativi abbia solo 1/30 punti. Pur dividendo l'impostazione clinico-terapeutica del metodo, si è ritenuto opportuno che il dato venga identificato, e ciò è possibile con l'adozione della variante *constipaq*, che attribuisce una lettera per ognuno dei nove parametri. La lettera sarà *maiuscola* per quelli dei sette che presentino un punteggio più elevato (3-4). I due riferiti all'assistenza, lassativi e/o digitazioni, se presenti, compaiono entrambi. Il sistema consente quindi l'identificazione, con la lettura dell'acronimo *constipaq* e con il punteggio, dei sintomi più gravi. Un'altra modifica consiste nell'incrementare il punteggio sia con l'aggiunta del numero di parametri maggiormente compromessi (>2/4), che di un punteggio di qualità della vita. La compromissione della qualità della vita a causa dell'insoddisfazione per l'alvo viene indicata con un punteggio 0..3 (compromissione nulla, lieve, moderata, grave) da moltiplicare per il numero di medici consultati per il problema stipsi (indice di nevroticismo).^{17, 18, 19} Il punteggio è derivabile da un test specifico come il PAC-QOL,²⁰ o dal questionario del test SF-36. Il punteggio totale corrisponde dunque ad un numero che è la somma dei punti del questionario CCS (0..30) + il n. di lettere maiuscole (0..9) + il punteggio della qualità di vita (Tab. 3). Con la cartella pelvi-perineologica il calcolo dei punteggi CCS e *constipaq* avviene automaticamente.

Nella cartella l'anamnesi per l'alvo inizia con il numero di defecazioni al mese considerando normale da 2 defecazioni al giorno a 1 a giorni alterni, ovvero da 15 a 60 defecazioni al mese. Ai parametri elencati nella Tab. 3 sono aggiunti i dati *feci dure* (0..4) (secondo i criteri di Roma: per >1 anno, senza lassativi, 2 o più dei seguenti: 2 def./settimana, ponzamento eccessivo, defecazione incompleta, feci dure, nel 25% dei casi, oppure <2 def./settimana ± gli altri parametri) e *assenza di stimolo alla defecazione* senza lassativi (tutti gli altri parametri si riferiscono alla condizione indipendentemente dall'assunzione o meno di lassativi) (0..4). Seguono i parametri elencati in Tab. 3. I tentativi infruttuosi di defecazione/giorno sono numerati 0..10 e quindi convertiti in 0..4 ove 0 = 0, 1 = 1-3, 2 = 4-6, 3 = 7-9, 4 = ≥10. Vengono quindi segnate eventuali terapie riabilitative già eseguite o in atto per correggere la stipsi "y" ed eventuali interventi chirurgici da indicare con la lettera "r" (recidiva) e con il numero di interventi subiti (0..9). La descrizione dell'alvo comprende il bottone per la frequenza della *diarrea* (feci liquide ± >300 gr di feci/dì, ± >2 defecazioni/dì) con un punteggio misto per frequenza-intensità (0..4) e con uno spazio per annotazioni. Se la diarrea non è continua (1,2,3/4) bisogna segnare anche "alvo variabile" per evitare che il sistema consideri l'elevato numero di defecazioni come "pollacochezia". Comparirà comunque nell'IPGH l'acronimo "C". Il booleano per la variabilità dell'alvo, seguito da uno spazio per le note, se utilizzato, fa riportare nella relazione clinica la dizione "alvo variabile" con le indicazioni della frequenza sia della diarrea che dei sintomi della stipsi. Segue un booleano relativo al recente *miglioramento* o *peggioramento* dei sintomi denunciati. La voce dieta si riferisce ad una eventuale scarsa introduzione di scorie o di liquidi. Questi dati non vengono riportati nella relazione clinica.

Funzione genitale e sessuale

Una serie di booleani fa riferimento alle mestruazioni (regolari o meno), alla menopausa o all'età prepubere e alla vita sessuale. Quest'ultimo dato viene in genere chiarito con le domande sul dolore, indagando sull'eventuale dolore durante il rapporto vaginale (dipareunia) (il punteggio è 0 se c'è *attività sessuale*, 1 in caso contrario). La parità comporta l'indicazione del numero delle gravidanze a termine, del numero dei parti prematuri e cesarei e degli aborti. Nella relazione clinica compare la dizione "para" con i numeri di gravidanze a termine, parti prematuri, aborti e figli viventi. Altri booleani indicano l'episiotomia, l'uso del forcipe, le eventuali lacerazioni (grado 0..4 secondo lo schema dell'Half Way System), la riabilitazione post-partum. Al numero di figli (0..9) si aggiunge, nella donna, il peso massimo alla nascita di questi. C'è uno spazio descrittivo per le eventuali patologie, anche neoplastiche, dei figli.

Anamnesi familiare

L'anamnesi familiare si completa con uno spazio libero per eventuali neoplasie che abbiano colpito altri parenti prossimi, oltre ai figli, e per la familiarità per le patologie in atto.

Anamnesi patologica

Lo spazio per l'anamnesi patologica accoglie dati di tipo descrittivo riferiti a malattie ed interventi di tipo gastroenterologico, urologico, ginecologico o altro, con particolare attenzione per le malattie neoplastiche e per le allergie.

Terapie in atto

Devono essere riportate le terapie in atto, farmacologiche o altro. In occasione della visita di controllo le terapie completate andranno annotate nell'anamnesi remota.

TABELLA 3. – Questionario della stipsi.

Numero defecazioni				Defecaz. diff./dol., Ponzamento		
0	>2 / settimana (60-14 / mese)			0	mai	
1	2 / settimana (13-8 / mese)			1	< 1 al mese	
2	1 / settimana (7-4 / mese)			2	1 - 4 / mese	
3	< 1 / settimana (3-2 / mese)			3	1 - 2 / settimana	
4	=<1 / mese	C	1	4	> 2 / settimana	O 2
Evacuaz. Incompl./Pollacochezia				Dolore addominale, Meteorismo		
0	mai			0	mai	
1	< 1 / mese			1	< 1 / mese	
2	1 - 4 / mese			2	1 - 4 / mese	
3	1 - 2 / settimana			3	1 - 2 / settimana	
4	> 2 / settimana	N	3	4	> 2 / settimana	S 4
Min. in wc per singolo tentativo				Assistenza alla defecazione		
0	< 5			0	< 1 / settimana	
1	5 - 10			1*	lassativi, supposte, perette	
2	10 - 20				>= 1 / settimana	I** 6
3	20 - 30			2*	clisteri > 1/ lt, digitazioni	P** 7
4	> 30	T	5		>=1 / settimana	
Tentativi infruttuosi di defecazione				Durata della stipsi (anni)		
0	nessuno			0	< 1	
1	da 1 a 3 al giorno			1	1 - 5	
2	da 4 a 6 al giorno			2	6 - 10	
3	da 7 a 9 al giorno			3	11 - 20	
4	più di 9 al giorno	A	8	4	> 20	Q 9
Qualità della vita				Punteggio totale:		
A in quale misura questi episodi influiscono sulla vita? (0..3)				questionario CCS (0..30): A		
0	nessuna			n. maiuscole CONSTIPAQ (0..9): B		
1	qualche modesto fastidio, non influisce sulle normali attività			punteggio qualità della vita: C		
2	deve modificare alcune delle normali attività			(A + B + C) (CONSTIPAQ) = ...		
3	deve rinunciare a molte delle normali attività					
B quanti medici sono stati consultati su questo problema? (n)						
punteggio q d v: (0..3 x n)						

ESAME OBIETTIVO**Esame obiettivo generale e fattori generali (G)**

La gravità delle lesioni e delle disfunzioni del pavimento pelvico definita nel sistema IPGH dall'acronimo "P", viene determinata in base ad una valutazione uroginecologica, coloproctologica e fisiologica standardizzata. In previsione di tale visita si prescrive una *preparazione* standardizzata, con supposta o microperetta di glicerina, 1-4 ore prima della visita, per provocare una defecazione anche nel caso vi sia già stata nello stesso giorno una defecazione spontanea. Alle pazienti si chiede di bere acqua e di non urinare nelle ore precedenti per iniziare la visita con la vescica piena.

La visita inizia con un *esame obiettivo generale* (tiroide, torace, aia cardiaca, mammelle, stazioni linfonodali cervicali e latero-cervicali, ecc.). Va segnalato il peso e l'altezza per il calcolo automatico dell'indice di massa corporea (BMI). La valutazione obiettiva dello stato ansioso e/o depressivo riceve un punteggio 0..4 di frequenza/intensità (vedi anamnesi). Come conseguenza di questa valutazione e di tutti gli elementi raccolti con l'anamnesi si valuta il grado di compromissione dei fattori generali ovvero la restrizione alla partecipazione sociale, intesa come riduzione della capacità fisica e psichica. L'acronimo **G** dell'IPGH viene definito con un punteggio 0..3 in base alla compromissione delle condizioni generali (0 = assente, 1 = lieve, 2 = moderata, 3 = grave). Il calcolo si fonda su una valutazione standardizzata che include l'oggettivazione del performance status,

della mobilità, della destrezza manuale (Potti test), dello stato mentale con il Mini Mental State Evaluation (MMSE) che riguarda la capacità di orientamento spaziale-temporale, di memoria, di linguaggio e le capacità prassiche, e infine dei fattori di rischio (parità, menopausa, body mass index, diabete, farmaci, broncopneumopatia cronica ostruttiva).¹⁴ Si procede poi alla palpazione superficiale e profonda dei diversi organi addominali.

Esame del perineo e del pavimento pelvico. I prolassi (P)

Durante la seconda fase della visita, l'esame statico e dinamico del pavimento pelvico, si svolge in *posizione* litotomica (nel maschio vanno controllati i genitali esterni) e sul fianco sinistro in posizione di Sims (arti inferiori in flessione e spalla destra ruotata in avanti) che consente una migliore esplorazione del perineo e dell'ano, nonché l'endoscopia proctologica. La valutazione del prolasso genitale, per evidenziare il massimo grado di descensus, non può prescindere da un esame in posizione accucciata (uno specchio sul pavimento) o seduta (sul water con specchio) oppure in piedi con un piede sollevato su uno sgabello.

La visita ginecologica e fisiologica. Il perineo anteriore

Il perineo anteriore viene indicato nel sistema IPGH con l'acronimo **V** (vagina). L'esame dell'apparato genitale femminile comporta la valutazione innanzitutto ispettiva in fase statica e dinamica per la dimostrazione di un eventuale prolasso genitale. L'incontinenza urinaria latente (**I**), può essere

evidenziata all'ispezione nel momento in cui venga richiesto alla paziente di effettuare la manovra di Valsalva, e anche con la riduzione del colpocele posteriore, eventualmente con pessario. Con l'esplorazione vaginale si valutano pervietà e lunghezza della vagina, consistenza del centro tendineo del perineo, dolore, anomalie quali una debolezza del muscolo pubo-rettale/pubo-coccigeo e degli elevatori. L'assenza dell'utero è indicata con **y**.

PC Test

Con la paziente perfettamente rilassata vengono valutati: il tono della muscolatura perivaginale (atonia, ipotonia, normotonia, ipertonìa), la forza contrattile fasica e tonica del PC sia di destra che di sinistra e l'elettività della contrazione muscolare. Eventuali contrazioni sinergiche di altri gruppi muscolari agonisti (es.: glutei, adduttori) od antagonisti (es.: addominali) vanno ricercate ed annotate: sinergie muscolari agoniste, antagoniste ed inversione del comando. Per quest'ultimo v. "prel" (rilasciamento puboretale) al paragrafo "visita proctologica". Durante la prima fase dell'esame (valutazione delle "fast twitch fibers") viene valutata la forza fasica (**F**) espressa durante una contrazione rapida e massimale della durata di 1 secondo con un punteggio su quattro gradi (0..4): 0: nessuna contrazione, 1: contrazione appena accennata o comunque debolissima, 2: contrazione moderata (maggiore di 1 ma minore di 3), 3: contrazione normale buona o forte. Nella seconda fase (valutazione dell'endurance - E1) si chiede alla paziente di mantenere la contrazione massimale più a lungo possibile. Anche qui viene espresso un punteggio in quattro gradi sulla base della durata in secondi del livello iniziale contrattile: 0: meno di 2 secondi, 1: tra 2 e 5 secondi, 2: tra 5 e 9 secondi, 3: oltre 9 secondi. Nella terza fase (valutazione dell'affaticabilità - E2) si chiede alla paziente di eseguire una serie di 10-12 contrazioni massimali della durata di 5 secondi con una pausa tra le singole contrazioni di 10 secondi. Per il punteggio viene considerato il numero delle contrazioni effettivamente eseguite dalla paziente con il livello iniziale di forza: 0: meno di due contrazioni, 1: da 2 a 5 contrazioni, 2: da 5 a 9 contrazioni, 3: più di 9 contrazioni. Il risultato del PC Test fornisce un punteggio finale 0..9 in cui 9 è la norma, contrariamente a tutti gli altri punteggi in cui 0 è la norma. Ciò è stato da noi accettato per uniformarsi all'abitudine dei fisiatri. Nella cartella tuttavia i dati vengono raccolti secondo la regola generale, ed un automatismo del programma informatico converte lo 0 in 9, 1 in 8, ecc.

Vaginoscopia e stadiazione del prolasso uro-genitale

La classificazione per gradi HWS (Half Way System) standardizzata nel 1972 da Baden e Walker,⁷ è più semplice rispetto alla classificazione dell'ICS.²¹ Quest'ultima tuttavia è più completa, e con il POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification system) consente una valutazione della posizione anatomica dei visceri pelvici con possibilità di esprimere dati confrontabili con precisione. L'HWS presuppone comunque una accurata definizione dei segmenti e siti anatomici di valutazione del profilo vaginale. Per il segmento anteriore i siti anatomici sono uretra e vescica, per quello superiore cervice e fornice posteriore e per il segmento posteriore retto e centro tendineo del perineo. I punti anatomici fissi di riferimento sono rappresentati dal piano delle spine ischiatiche, dall'imene, dal piano della massima discesa del viscere prolassato (al di fuori del canale vaginale). Il piano delle spine ischiatiche (che in un profilo vaginale normale si proietta nella metà superiore della vagina) rappresenta il livello di una normale posizione anatomica. Il piano dell'imene rappresenta il grado 2 di discesa, il piano della massima discesa rappresenta la massima dislocazione

possibile fuori dal canale vaginale e definisce il grado 4 di discesa. I gradi 1 e 3 di discesa definiscono una posizione del segmento prolassato intermedia, cioè a metà strada, tra la posizione 0-2 e 2-4. Durante le condizioni di massima spinta, nelle donne con normale supporto pelvico, la cervice uterina o la cupola vaginale si proiettano a livello delle spine ischiatiche, mentre l'uretra, la vescica, il Douglas ed il retto non oltrepassano la metà superiore della vagina. Attraverso il *bottone del POP-Q* si accede ad una legenda che guida sia alla complessa misurazione dei 9 elementi (Aa, Ba, C, Ap, Bp, D, gh, pb e tvl), che alla determinazione dello stadio del prolasso 0..4. Il *bottone "Elevatore di Baden"* a sua volta aiuta nella valutazione dei difetti fasciali.²² Con l'elevatore si individuano i difetti della fascia pelvica (pubocervicale e rettovaginale): difetto centrale (**dc**), laterale destro o sinistro (**dl**) o trasversale (**t**) a livello delle pareti vaginali anteriore (**a**) o posteriore (**p**).

Nella sintesi dell'IPGH a livello del perineo anteriore (**V**) si definisce il grado (0..4 con il sistema "half-way") del colpocele anteriore (**a1** uretrocele, **a2** cistocele), dell'isterocele o voltocele (**s** / superiore), del colpocele posteriore (**p**, **el** enterocele/elitrocele). Il rettocele (**rc**) viene descritto nella visita del perineo posteriore (**A**). Gli strumenti di valutazione consigliati sono: lo speculum vaginale o una valva, l'elevatore di Baden e una sonda millimetrata o un isterometro per il POP-Q.

Lacerazioni perineali

Con l'esame ispettivo del perineo si segnala la presenza di cicatrici. Per le lacerazioni del corpo perineale e dello sfintere dell'ano l'HWS propone uno standard di classificazione per gradi che viene riportata nell'anamnesi a proposito della parità: 0 normale o lacerazione epiteliale superficiale, 1 lacerazione che non giunge allo sfintere anale, 2 giunge allo sfintere anale, 3 lo coinvolge, 4 coinvolge la mucosa rettale.

La visita proctologica. Il perineo posteriore

Il perineo posteriore viene indicato con **A** (ano). Fatta assumere al paziente la posizione di Sims si valuta il grado (0..26) di perineo discendente-disceso (**pd**) (Tab. 4).

Il grado 0 è assenza di ptosi nelle 3 posizioni, riposo, ponzamento e contrazione. Se c'è appiattimento o inversione dell'imbuto nelle 3 posizioni il punteggio è rispettivamente 3, 1, 9 e 6, 2, 18. La somma dei tre numeri dà il punteggio definitivo che definisce un perineo *normale* (0, 1, 2, 4), *discendente* (5 e 8), e *disceso* (13, 14, 17, 26), in quest'ultimo caso mancando la risalita con la contrazione. Il vantaggio di questa numerazione sta nel fatto che la somma finale definisce in modo preciso qualunque combinazione.

L'elicitazione del riflesso anale ne potrà mostrare la riduzione o l'assenza come indice di possibile denervazione del pudendo (booleano con l'attribuzione di 1 in caso di riduzione del riflesso e 2 di assenza).

Si procede quindi alla valutazione ispettiva dell'ano. Sia a riposo che in fase dinamica, ossia di ponzamento o manovra di Valsalva, a livello anale è possibile evidenziare il prolasso di grado 2 (riduzione spontanea), 3 (riduzione manuale), 4 (prolasso irriducibile). Il grado 1 implica una patologia esclusivamente interna. A livello anale possono prollassare

Tabella 4. - Perineo discendente/disceso.

	<i>normale</i>	<i>appiattito</i>	<i>invertito</i>
Ponzamento	0	1	2
Riposo	0	3	6
Contrazione	0	9	18

(grado 2..4) le seguenti entità: emorroidi (acronimo IPGH **h**, per la cui stadiazione è stato elaborato il sistema PETAH / Prolasso, Esterne, Tono, Acuzie, Handicap),²³ mucosa rettale (**m**), retto con le sue pareti muscolari e mucosa (**r**), e peritoneo con il sacco di Douglas ovvero l'enterocele o edrocele (**ed**). Possono essere annotate eventuali altre patologie evidenti all'esame esterno quali dermite, orifizio fistoloso, marische, trombosi emorroidaria esterna, ecc.

Nei gradi delle varie patologie prevale sempre il maggiore. Se il prollasso di grado maggiore è soltanto parziale, ciò va segnato nelle note.

L'*esplorazione anale* comporta la valutazione del tono basale ossia l'attività dello sfintere interno anale e della contrattilità muscolare. Il punteggio -1 indica una riduzione e -2 assenza di tono muscolare basale (ano beante). L'aumento del tono muscolare (1 lieve ipertono e 2 forte ipertono) riguarda esclusivamente il tono basale, da valutare a paziente ben rilassato. La contrattilità della muscolatura del pavimento pelvico, incluso il muscolo puborettale/coccigeo (PCTest), può essere valutata sia a livello anale che vaginale, dove è stata prima descritta. Dello sfintere esterno si valuta l'attività riflessa con il colpo di tosse (0..1) e l'eventuale disfunzione (1 insufficienza, 2 distonia). Nell'esplorazione anale viene indicato se ci sia stato dolore (VAS 0..10), se ci sia un rettocele (**rc**) (di 1° o 2° grado), o un'alterazione dell'utero (collo ed eventualmente corpo) o della prostata.

Il *rettocele* rappresenta un'entità al confine tra il prollasso ano-rettale ed il prollasso genitale, tra il compartimento anteriore e posteriore. È definito come la protrusione del retto nella parete posteriore della vagina. Viene diagnosticato con l'ispezione nei casi di maggior gravità, con l'esplorazione digitale del retto, con la vaginoscopia e con le tecniche di immagine (defecografia). La sintomatologia soggettiva è molto variabile: è generalmente nulla o può consistere in un senso di ingombro vaginale-vulvare e nelle alterazioni dell'alvo, queste ultime dipendenti non tanto dalla dimensione del rettocele quanto piuttosto dal concorso di altri elementi legati ai fattori della defecazione. Partendo dalla classificazione in 4 gradi secondo l'Half Way System, il confine anatomico tra retto e vagina consta di tre parti, una superiore in corrispondenza del cavo peritoneale di Douglas, una intermedia di contatto tra i due organi (il cosiddetto setto retto-vaginale), ed una inferiore che coincide con il centro tendineo del perineo. L'esame vaginale con speculum o valva evidenzia la parete posteriore che può prollassare in forma di colpocele posteriore. Questo può contenere il peritoneo del Douglas (elidrocele) o corrispondere solo alla parete del retto (rettocele alto). L'esplorazione rettale sospinge la parete anteriore del retto, sopra lo sfintere, verso la vagina, ma, in caso di cedimento del centro tendineo del perineo, la sacca esplorata, senza coinvolgere la parete vaginale, si insinua tra questa, la cute perineale e lo sfintere (rettocele basso, senza colpocele posteriore, ossia rettocele di 1° grado). Con l'esplorazione digitale si calcola (in mm, conoscendo le misure delle proprie falangi) la *profondità* del rettocele, sottraendo la lunghezza del canale anale alla distanza tra margine anale e fondo della sacca rettocelelica. Agachan considera significativo un rettocele con *diametro* di oltre 30 mm.¹⁶ È necessario distinguere il rettocele dal colpocele posteriore, stabilendo quando coincidano.²⁴ Il colpocele posteriore di 4°, 3°, 2°, 1° grado teoricamente può essere solo enterocele (elidrocele (**el**), senza coinvolgimento del retto. Nella Fig. 1 sono descritte varie possibilità: il rettocele di 1° grado basso non comporta colpocele posteriore (\pm el 1°-2° grado) (Fig.1a), il rettocele di 1° grado (alto) si accompagna a colpocele posteriore di 1° grado (\pm el 1°-2° grado) (Fig.1b), il rettocele di 2° grado (alto) si

affaccia a livello dell'imene e può comportare un colpocele posteriore di 1° o 2° grado (\pm el 1°-2° grado) (Fig. 1c), il rettocele di 3° e di 4° grado (alto) coincide con il colpocele posteriore di 3° e 4° grado (\pm el. 3/4 grado) (Fig. 1d). Il rettocele è dunque caratterizzato dai seguenti parametri: grado (HWS), profondità (mm), larghezza (mm, solo RX), associazione con colpocele posteriore (HWS, POP-Q), dispareunia, punteggio della stipsi (constipaq).

Richiesta al paziente una manovra di ponzamento massimale, si cerca di apprezzare una massa soffice soprastante la parete anteriore del retto (possibile enterocele/edrocele o intussuscezione), nonché di verificare la capacità di *rilassamento* della muscolatura volontaria (**prel**: 0 rilassamento, 1 mancato rilasciamento, 2 attivazione). Uno spazio è dedicato ad eventuali masse, anomalie uterine o prostatiche, esito di specillazioni, ecc.

L'*anoscopia* o proctoscopia consente di evidenziare il grado 1 della patologia emorroidaria e dell'eccedenza mucosa (cosiddetto prollasso mucoso occulto), di sospettare sia l'intussuscezione rettale (prollasso rettale interno, da confermare con diagnostica per immagine) che l'enterocele o edrocele ed infine di osservare ragadi, papille anali ipertrofiche, proctite distale, orifizi fistolosi interni, ecc.

Conclude l'esame obiettivo endoscopico la *rettosigmoidoscopia* con la distanza in cm raggiunta con lo strumento rigido e uno spazio per le note. Il *segno della espulsione* riceve un punteggio da 0 a 2 intendendo con 0 la mancata espulsione del rettosigmoidoscopia rigido al ponzamento, 1 una lenta espulsione, 2 una espulsione veloce e massimale. Lo strumento dovrà essere di plastica, leggero, e la manovra dovrà iniziare quando lo strumento sia al di sotto del passaggio retto-sigma cioè a 14-13 cm. Si può annotare se sia evidente l'angolo ano-rettale alla fine dell'espulsione. L'espulsione rapida può far sospettare un peritoneocele o un'intussuscezione del retto.

L'*eccedenza mucosa* (**m**) molto frequente nella parete anteriore del retto, soprattutto nella donna con rettocele, viene confermata dall'anoscopia come una protrusione di mucosa nel lume dell'anoscopio a becco di flauto. La trazione sulla mucosa evidenzia la facile mobilità della mucosa eccedente e riproduce l'eventuale sintomatologia dolorosa (dolore gravativo), e rende ragione della possibilità che il prollasso sia un fattore di stipsi da ostruzione all'uscita. Viene evidenziata anche alla defecografia. È graduata 0..4.

L'*enterocele* (edrocele) (**ed**, graduato 0..4) è sospettato in anoscopia qualora si osservi una protrusione della parete anteriore del retto, non trazionabile in basso con la pinza, senza la lassità tipica della mucosa. L'abbassamento del

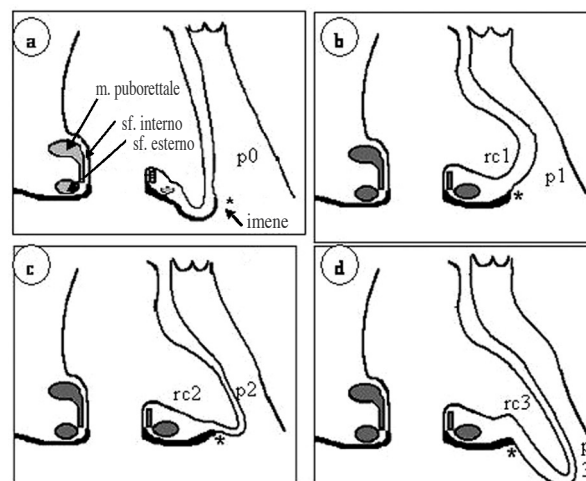


Fig. 1. – Stadiazione del rettocele e del colpocele posteriore.

piano peritoneale del cavo del Douglas, che può contenere anse del piccolo o grosso intestino (enterocele, sigmoidecele) appoggiato sulla parete anteriore del retto, viene confermato dalla (cisto)colpodefecografia con eventuale peritoneografia.²⁵

L'intussuscezione rettale (r1) viene sospettata con l'esplosione digitale, con l'anoscopia, con il segno dell'espulsione del rettoscopio rigido o con l'ecografia endoanale; è evidenziata in modo obiettivo solo con la (cisto)colpodefecografia o con la RMN. Per essere definita tale, la piega ad imbuto deve avere una profondità di almeno 10 mm²⁶ (per Agachan e Wexner 4 mm).¹⁶ Può essere retto-rettale (r1r) o retto-anoale (r1a).

ESAMI CLINICI E STRUMENTALI

Nella cartella pelvi-perineologica gli esami clinici con le rispettive date e lo spazio delle annotazioni relative ad ognuno, possono essere scelti in una lista di 33 esami, una parte dei quali di interesse per lo studio del pavimento pelvico (Tab. 5): clisma opaco a doppio contrasto, pancolonscopia, biopsie ed esame istologico relativo, clisma selettivo del tenue, fistolografia, defecografia, cisto-colpo-proctografia, manometria anorettale, elettromiografia anale, tempo di latenza del nervo pudendo, test di espulsione anale della sfera solida,²⁷ studio del tempo di transito intestinale,²⁸ diario stipsi, diario incontinenza, diario minzionale, cistoscopia, studio urodinamico, Q-tip test, stress test, urografia, cistouretrografia minzionale, urocultura, esame delle urine, TAC o RMN, ecografia addome, prostata, ecografia endoanale, ecografia post-minzionale, ecografia reni e vescica, visita ginecologica, urologica, dermatologica, esami per il prurito, esami di routine, esame delle feci, esame colturale/antibiogramma, test di ritenzione del clistere (ml/min), PNE test (SNM). Vengono riportati nella *relazione clinica*, a livello della anamnesi, come eseguiti, gli esami in cui sia stata scritta sia la data che il risultato. In assenza di data e referto invece corrispondono ad esami prescritti. In questa sezione della cartella sono state aggiunte, ad uso dei chirurghi colorettali, ma con possibilità di variazioni nel settore urologico o ginecologico, tre cartelle speciali, di due pagine ognuna, dedicate alle malattie infiammatorie intestinali e alle neoplasie dell'ano, del retto e del colon e al follow-up delle neoplasie.

DIAGNOSI

Dopo l'esame obiettivo e l'esito degli esami è possibile scegliere una o più diagnosi (da una lista di 40 possibilità), accanto ad ognuna delle quali c'è uno spazio per la data, che viene automaticamente riportata nella prima pagina anagrafica insieme alla diagnosi stessa.

TERAPIA

Si distinguono terapie prescritte (programmate), a loro volta divise in prescrizioni di tipo medico, ambulatoriale e chirurgico, ognuna con spazi liberi per annotazioni (nella visita successiva, se la terapia in questione è stata eseguita, tale dato dovrà essere riportato in anamnesi), e terapie eseguite lo stesso giorno della visita, di tipo medico, chirurgico, ambulatoriale che nelle visite di controllo verranno riportate nell'anamnesi.

CONCLUSIONE

La cartella svolge un'importante funzione di archiviazione dati e di sintesi acronimica (IPGH). Inoltre facilita l'elaborazione di una diagnosi spesso difficile, grazie alla razionalità di un ordinamento con cui una grande quantità di informazioni vengono dispiegate in un'ottica di vera integrazione multidisciplinare. Consente infine calcoli ed elaborazioni statistiche dei suoi contenuti. Identificando con precisione *tutti* i difetti presenti è più facile stabilire la corretta combinazione di tecniche necessarie per un trattamento individualizzato. Oltre all'inquadramento nosografico la stadiazione delle malattie comporta la definizione della gravità dei sintomi, ed il sistema IPGH aiuta a soddisfare questa esigenza. Per ognuno dei fattori I, P, G e H esistono vari requisiti, ossia dei *test* in parte *obbligatori* (per es. diario minzionale, diario stipsi, stress e pad test, esplorazione anale, anoscopia), in parte *facoltativi* (per es. urodinamica, defecografia, ecc.). Con i questionari ad autocompilazione, che sono di estrema utilità nella raccolta di informazioni da inserire nella cartella, il paziente, adeguatamente motivato, si trasforma in soggetto piuttosto che oggetto dell'indagine. Sono dunque i test obbligatori quelli che consentono di decidere il grado, ovvero la gravità del sintomo, con una valutazione di tipo sintetico e non analitico, che prescinde da qualunque classificazione e valutazione di tipo patogenetico. Non si prende in considerazione, per esempio, la differenza tra stipsi da transito

TABELLA 5. – Esami di interesse per la statica pelvica con i parametri più rilevanti.

Tempo di transito intestinale	100 marcatori, RX 11° giorno: t. colico: h..., n.marc. dx:..., sx:..., pelvi/retto:...
(Cisto-colpo)-defecografia	pd, a, p, s, e, rc res mm, r, h,m, t svuotamento(*), prel, res. v.
Manometria anorettale	MRP (mmHg/cmH ₂ O), MSP, Endurance (*), SL (mm), sens. iniz. (ml), urgenza (ml), MVT (ml), RIRS, compliance
EMG anale, PNTML	denervazione, prel, PNL
Test espulsione sfera solida	(gr) riposo:..., contraz:..., ponzamento:...
Ecografia endoanale	non integrità (0°-360°): SI, SE (ant, post, dx, sx), PR (post, dx, sx) disecogenicità (0°-360°): SI, SE (ant, post, dx, sx), PR (post, dx, sx)
Studio (video)-urodinamico	cap. vesc. ...ml C... D... S... l.f.u. ...mm pcum... Ip... is... m.flx. ... ml/sec v.vuot. ...ml res. ...ml m.p.d. ... p.v.a. ... O... ds...
Q-tip test	mobil. uretrale al Valsalva < 30°
Stress test	(300 ml, ort./clin.)
Pad weighing test	
Potti test	
Questionari strutturati ad autocompilaz. Ia, Iu, C, qdv, MMSE, ansia/depressione	
Diari Ia, Iu, C (stipsi), dolore	

lento o da defecazione ostruita, oppure tra incontinenza urinaria da urgenza o da stress, ma si enuncia esclusivamente la gravità del sintomo. È questo un fattore fondamentale per la frequente apparente contraddizione tra sintomi e segni, nel senso che si osservano gravi problemi soggettivi in assenza di patologie evidenti con i mezzi attualmente a disposizione e viceversa si notano gravi lesioni asintomatiche. Dal punto di vista terapeutico è sempre meglio un paziente soddisfatto con una anatomia imperfetta piuttosto che il contrario. Resta tuttavia sempre difficile la valutazione della soddisfazione del paziente in rapporto al problema in questione e non ad altre malattie o addirittura a pure difficoltà esistenziali. È pertanto necessario disporre di questionari validati per la qualità della vita specifici per le varie patologie, cosa che compete alle società scientifiche nazionali attraverso valutazioni multicentriche, ma prima di tutto è essenziale scindere e distinguere il più possibile i vari problemi, come cerca di fare la cartella pelvi-perineologica.

BIBLIOGRAFIA

1. Dodi G, Lucio P, Masin A, et al. Anamnesi ed esame obiettivo nelle malattie del pavimento pelvico. Punteggi ed automatismi per lo studio informatico delle casistiche. *It. J. Coloproctology* 2001; 20: 88-100.
2. Dodi G. Perineologia: Un neologismo? *Riv. It. Colproct.* 1990; 9: 113.
3. Infantino A, Dodi G, Pianon P, et al.: La cartella clinico-statistica computerizzata in ambulatorio proctologico. *Riv. It. Col. Proct.*, 1984; 4: 328-330.
4. Dodi G, Lucio PL. Cartella informatica per pazienti coloproctologici e con patologie funzionali del pavimento pelvico. *Riv It Coloproct.* 1996; 15: 85-93.
5. The ICS Committee on Standardisation of Terminology. Final Draft on the Standardisation of Terminology of Female Pelvic Organ Prolapse and Pelvic Floor Dysfunction. Chairman: A. Mattiasson, Subcommittee on Pelvic Organ Prolapse and Pelvic Floor Dysfunction, Chairman: R. Bump, 1994.
6. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT. Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function. on: *Clinical Neuro-Urology*, edited by R.J. Krane and M.B. Siroky, Little Brown & C, 2nd edition, 1991; p. 651.
7. Baden WF, Walker TA. Genesis of the vaginal profile. *Clin. Obstet. Gynecol.* 1972; 15: 1048-57.
8. Artibani W, Benvenuti F, Di Benedetto P, Dodi G, Milani R. Staging of female urinary incontinence and pelvic floor disorders. proposal of ipgh system. *Urodinamica, Neurourology, Urodynamics & Continence* 1996; 6: 1-5.
9. American Medical System. Fecal incontinence scoring system. Minnetonka: American Medical System.
10. Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 77-97.
11. Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, Kamm MA. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. *Gut* 1999; 44: 77-80.
12. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics* 2002; 21: 167-78.
13. Blaivas JG, Olsson CA. Stress Incontinence: Classification and surgical approach. *J Urol* 1988; 139: 727-34.
14. Artibani W, Benvenuti F, Di Benedetto P, Dodi G, Milani R. Manuale per la stadiazione dell'incontinenza urinaria femminile e delle disfunzioni pavimento pelvico. Proposta di un nuovo strumento classificativo denominato IPGH. A cura della Società Interdisciplinare del Pavimento Pelvico (SIPP), Via dei Contarini 7, Milano, 2° edizione, Ottobre 1998.
15. Altomare DF, Rinaldi M, Giardiello GG, et al. Traduzione e validazione prospettica della versione italiana del Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL) index. *Chirurgia Italiana* 2005; 57: 153-58.
16. Agachan F, Wexner SD, et al. A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 681-685.
17. Sandler RS, Drossman DA, Nathan HP, Mckee DC. Symptom complaints and health care seeking behavior in subjects with bowel dysfunction. *Gastroenterology* 1984; 87: 314-8.
18. Smith RC, Greenbaum, DS Vancouver IB, Henry RC, Reinhart MA, Greenbaum RB, Dean HA, Mayle IE, Psychosocial factors are associated with health care seeking rather than diagnosis in irritable bowel syndrome *Gastroenterology* 1990; 98: 293-301.
19. Whitehead WE, Bosmajian L, Zonderman AB, Costa PT, Schuster MM. Symptoms of psychologic distress associated with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1988; 95: 709-14.
20. Marquis P, De La Loge C, Dubois D, McDermott A, Chassany O. *Scand J Gastroenterol.* 2005; 40: 540-51.
21. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker L, DeLancey JOL, et al. The Standardisation of Terminology of Female Organ Prolapse and Pelvic Floor Dysfunction. *Am. J Obstet Gynecol.* 1996; 175: 10-17.
22. Marcato L, Dodi G. L'elevatore di Baden nella valutazione dei difetti di supporto nei singoli siti anatomici pelvici. Note di anatomia funzionale pelviperineale *Riv It Colon-Proct.* 2003; 22: 13-20.
23. Dodi G. Classificazione e stadiazione della malattia emorroidaria PETAH. Proposta di modifica della classificazione delle emorroidi PATE 2000. *It. J. Coloproctology* 2001; 20: 139-142.
24. Dodi G, Cavallari F. La chirurgia del rettocele : l'approccio transanale nella nostra esperienza. *It. J. Coloproctology* 2001; 20: 101-106.
25. Bremmer S. Peritoneocele. A radiological study with defaecoperitoneography. *Acta Radiol.* 1998; 39, Suppl. 413.
26. Mellgren A, Schultz I, Johansson C, Dolk A. Internal rectal intussusception seldom develops into total rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 817-20.
27. Dodi G, Ventura S, Melega E, Contini L, Lise M. Incontinence /constipation: dynamometric evaluation of the anal sphincter with the solid sphere test (I.D.E.A.S.): preliminary results. *Int. J. Proctol. Perineal Dis.* 1999; 3: 11-12.
28. Pomerrì F, Dodi G, Comelato A, Barbiero G, Tintinaglia P, Cavallari F, Muzzio PC. I tempi di transito colico: metodologia radiologica e valori normali negli asintomatici. *Pelvi-Perineologia* 2004; 23: 18-22.

Corrispondenza
Prof. G. DODI
Clinica Chirurgica 2^a
Università di Padova