Vol. 42 - N. 3
Settembre 2023

Rivista Italiana di Colon-Proctologia
Fondata nel 1982
Già organo ufficiale della Società Italiana di Colon-Proctologia

ISSN 1973-4891

PELVIPERINEOLOGIA

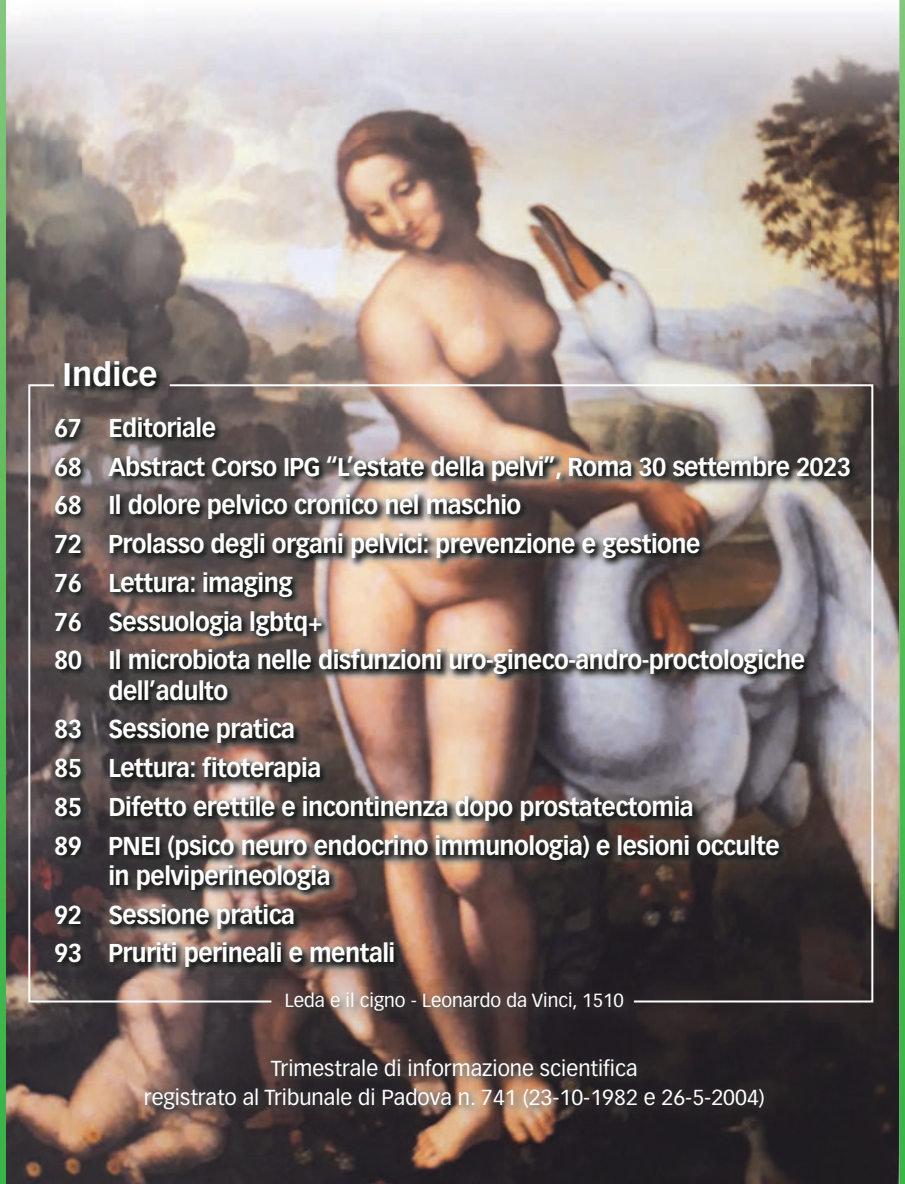
RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

Comitato editoriale

Urologia **Salvatore Siracusano**
Ginecologia **Luisa Marcato**
Andrologia **Andrea Garolla**
Colo-Proctologia **Simona Ascanelli**
Fisiatria **Sofia Straudi**
Imaging **Vittorio Piloni**
Statistica **Carlo Schievano**
Editore Direttore resp. **Giuseppe Dodi**

Collaborazione con

Società Monitoraggi Interdisciplinari in PelviPerineologia
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



Indice

67 Editoriale
68 Abstract Corso IPG "L'estate della pelvi", Roma 30 settembre 2023
68 Il dolore pelvico cronico nel maschio
72 Prolasso degli organi pelvici: prevenzione e gestione
76 Lettura: imaging
76 Sessuologia lgbtq+
80 Il microbiota nelle disfunzioni uro-gineco-andro-proctologiche dell'adulto
83 Sessione pratica
85 Lettura: fitoterapia
85 Difetto erettile e incontinenza dopo prostatectomia
89 PNEI (psico neuro endocrino immunologia) e lesioni occulte in pelviperineologia
92 Sessione pratica
93 Pruriti perineali e mentali

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:
info@espodesign.it
Stampa:
Pixartprinting S.p.A.
Euro 12,00

Saginil®

Vulviti e Vaginiti: rimedi di nuova generazione

Una linea di dispositivi medici a base di Adelmidrol per il controllo degli stati irritativo-infiammatori.

Linea Saginil:

- **Gel** *(Tubo 30 ml)*
- **Cannule vaginali** *(conf. da 10 cannule)*
- **Ovuli vaginali** *(conf. 10 ovuli)*
- **Soluzione vaginale** *(conf. 4 x 125 ml)*
- **Detergente intimo** *(conf. 100 ml)*

www.epitech.it

epitech group

Editoriale

Questo numero di Pelviperineologia è interamente occupato dagli abstract del Corso IPG "**La gestione della complessità pelviperineale nelle stagioni della vita: l'estate della pelvi**" (30 Settembre 2023, **Roma)***, che segue il corso tenuto a **Firenze** sulla **primavera** e precede quello di **Padova** sull'**autunno** della pelvi. Un'esperienza inedita e assai stimolante in cui i contributi dei docenti, pur sintetici nei riassunti qui pubblicati e nelle letture necessariamente brevi, danno il *la* ad approfondimenti che ognuno è indotto a fare. Tutti i temi scelti nell'ambito *multidisciplinare* ambiscono a creare una cultura del pavimento pelvico *intradisciplinare* personale e suggeriscono grandi spazi di riflessione. Ciò avviene idealmente attraverso l'incontro e il confronto tra i professionisti di varie specialità con competenze sia *mediche,* armati di parole e medicamenti, che *fisiche,* in azione grazie ai contatti manuali con il corpo (*chinesi*terapia...*chir*urgia...) propri del riabilitatore e del chirurgo.

La parola *complessità* di per sé apre ad affascinanti speculazioni. Di fronte a quadri clinici di difficile interpretazione per le loro componenti non sempre visibilmente anatomiche organiche, e con risentimenti sia a livello funzionale che disbiotico e psicologico (l'*iceberg* nel Corso è un elemento ricorrente), quanto più siamo pensanti e sappiamo, o crediamo di sapere, tanto più si spalancano le voragini della nostra ignoranza e ci troviamo in un quotidiano caos interpretativo. Una decisione tuttavia deve pur essere presa per il paziente che si rivolge a noi: nel nostro pensiero tendenzialmente binario la *semplificazione* del problema *complesso* è rappresentata dalla scelta di *una* diagnosi e di *una* terapia lasciando, nella molteplicità del blocco di quelle che scartiamo, magari proprio la più corretta o la più utile. In questo processo clinico ci vengono in soccorso *teorie* diverse, pensiamo ad esempio alla *Teoria Integrale* di Petros, che richiedono comunque una scelta, volta ad aiutare il nostro cervello a risparmiare energia, fatica e a ridurre – apparentemente – i rischi per i nostri pazienti e per la nostra (auto)reputazione. Nessuna teoria purtroppo riesce a farci ritenere che la *semplicità* sia una *complessità* risolta.

Il Corso, al quale come organizzatori abbiamo lavorato intensamente per mesi, converge l'attenzione verso la parte centrale della vita, tra la breve (ancor oggi?) giovinezza e la (forse troppo?) lunga vecchiaia, la durata delle quali è certo sempre soggettivamente opinabile ma diventa ora, sotto il profilo antropologico e sociale, oggetto di interpretazioni dal potenziale rivoluzionario. Il convegno è dunque dedicato all'estate, alle patologie della pelvi nell'adulto e nella cosiddetta mezza età che per Dante erano i 35, oggi sono i 50 anni, l'età in cui "ognuno ha la faccia che si merita" e la "crisi" legata a fortuna, resistenza, famiglia, lavoro è superata o cronicizzata, senza troppe illusioni per il quarto di secolo ancora utile che sembra essere il futuro[1].

GIUSEPPE DODI
Centro Pelvi, Padova, giuseppe.dodi@unipd.it

Si dice sempre che proctologi, urologi e ginecologi, per il fatto di lavorare in compartimenti vicinissimi, dovrebbero ognuno intendersi un po' di tutto il perineo, di tutta la pelvi. E invece non è così. È raro che uno dei tre specialisti lavori insieme ad un altro. Personalmente mi è capitato tre volte in cinquant'anni, pensate. Ma siccome retto, vagina e vescica, tanto per nominare tre organi di questo ampio segmento del corpo umano, sono vicinissimi e operando l'uno si puo' sconfinare nell'altro e, in questo caso, si potrebbero combinare dei guai, ecco che diventa essenziale che ognuno dei tre specialisti abbia consapevolezza degli organi e dei tessuti confinanti. Per fare le cose nel modo migliore, già in *ambulatorio* conviene introdurre in vagina lo speculum o anche solo il proctoscopio prima di inserirlo nel retto, ed è facile diagnosticare un cistocele o un uretrocele, oppure con un'eco transanale si riconoscono i segni di una prostatite. In sala operatoria invece lo sconfinamento "voluto" non capita spesso. E se si deve operare una fistola retto-uretrale o retto-vaginale, allora c'è chi si pente di non essere stato un po' più *tricompartimentale* fin dall'inizio della formazione. Ma non è mai troppo tardi. E questo Corso ne è la prova: renderà più facile a tutti i professionisti coinvolti parlare un linguaggio comune e, dunque, capirsi meglio.

MARIO PESCATORI
Unità di Colonproctologia Cliniche Parioli e Cobellis, Roma e Vallo di Lucania, ucpclub@virgilio.it

Chi si occupa di *riabilitazione* rileva come l'ambito pelviperineale conosca negli ultimi anni un notevole incremento di interesse e parallelamente di conoscenze. Risulta sempre più evidente che non basta rivolgere l'attenzione al singolo distretto corporeo interessato ma bisogna contestualizzarlo nel *sistema corpo* e soprattutto nella sua funzione. L'interazione con gli altri distretti dimostra la necessità di uno scambio e di una collaborazione tra le diverse figure sanitarie. Tra queste, ə Fisioterapista rappresenta il trait d'union in quanto operatore che rientra tra i professionisti abilitati alla riabilitazione. Quando ha seguito una specifica formazione, ha competenze in riabilitazione del pavimento pelvico, rieducazione posturale, correzione della cinetica respiratoria, terapia manuale, utilizzo di terapia fisica strumentale. Il percorso di riabilitazione può prevedere un approccio misto di tali tecniche in quanto è altamente personalizzabile. Ciò consente di rispettare l'individualità di ogni paziente e ha come fine ultimo quello di restituire autonomia aə paziente inserendo quanto appreso nel contesto della quotidianità.

SIMONA COLICCHIA
Fisioterapista, Roma, Presidente di Pavimento Pelvico Italia, fisiosimo@gmail.com

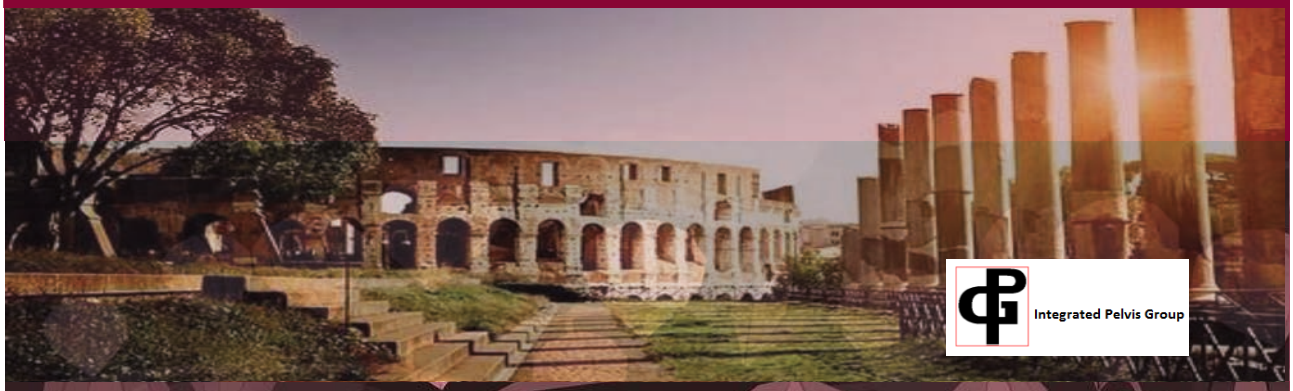
Il lavoro multidisciplinare è fondamentale nella riabilitazione pelvi-perineale. Il nostro corpo, attraverso un sistema fasciale è connesso a livello strutturale ed organico. Come dice Petros"il cambiamento della forma altera la funzione" questo accade anche a livello pelvi-perineale. Nell'impostazione di un piano terapeutico, non possiamo pensare ad un lavoro fisioterapico del comparto posteriore senza considerare il comparto anteriore, o senza valutare l'organizzazione respiratoria e posturale della persona che si rivolge a noi per una ripresa funzionale della sua patologia pelvi perineale. Noi fisioterapisti cerchiamo sempre di più la collaborazione con specialisti urologi, proctologi e ginecologi che abbiano sempre di più un'osservazione globale del paziente, per arrivare ad una prescrizione attenta ed analitica.

LOREDANA LA TORRE
Fisioterapista Ospedale Regina Margherita, Roma

* Gli abstract della Prof. Giannantoni, in lingua Inglese, li abbiamo pubblicati in forma di lavori originali brevi come preziosi contributi ai principali temi del Corso.

1. G. Soncini. Questi sono i 50. La fine dell'età adulta. Marsilio 2023

LA GESTIONE DELLA COMPLESSITÀ PELVI-PERINEALE NELLE STAGIONI DELLA VITA: L'ESTATE DELLA PELVI
30 SETTEMBRE 2023



RESPONSABILE SCIENTIFICO: MARIO PESCATORI
PRESIDENTE: GIUSEPPE DODI

Il dolore pelvico cronico nel maschio

Chronic Pelvic Pain in males

ANTONELLA GIANNANTONI
Responsabile UOS: Diagnosi e cura delle patologie pelvi-perineali
Unità Operativa Complessa di Urologia, Azienda Ospedaliera, Ospedale San Camillo De Lellis, Rieti

The International Association for the Study of Pain defined chronic pelvic pain as continuous pelvic pain for three months or cyclic for at least six months, in the absence of a urinary tract bacterial infection but in the presence of urinary symptoms and sexual dysfunction[1]. To date, Chronic prostatitis/Chronic Pelvic Pain (CP/CPPS) and interstitial cystitis/bladder pain syndrome (IC/BPS) are collectively referred to as Urologic Chronic Pelvic Pain Syndromes (UCPPS), defined by the absence of identifiable bacterial infection as a cause for the chronic pain and urinary symptoms[2].

CP/CPPS is the most common urologic disease in men below 50 years old; symptoms can be present on average for 87 months before diagnosis. Its negative impact on quality of life (QOL) is like other conditions such as myocardial infarction, angina, Crohn's disease, and diabetes mellitus[3]. With regards to prevalence of CP/CPPS, it varies from 8.4% to 25%, as estimated in different countries. Overall, 35%–50% of the male population were reported to be likely affected by associated symptoms during their lifetime [2,3].

In 1999, the National Institute of Health (NIH) classified chronic pelvic pain syndromes in men in 4 different clinical sub-groups of cases, including acute and chronic bacterial prostatitis, non- bacterial prostatitis or prostatodynia and some other forms of inflammatory processes in urine or prostate secretion in the absence of pain (Table 1)[2].

Since that traditional but always current classification OF CP/CPPS from NHI, urologic chronic pelvic pain in men underwent many different revision and new classifications along time, according to the evidence that chronic pelvic pain is a primary form of pain and considering the body site of pain itself. In 2022, the European Association of Urology (EAU) updated the guidelines on chronic pelvic pain in men as it is shown below[4], and included the term "primary" as a crucial point in the definition, which also underlines the unknown origin of these chronic pain syndromes:

EAU 2022 classification of Chronic Pelvic Pain in Men: Primary prostate pain syndrome; Primary bladder pain syndrome; Primary scrotal pain syndrome; Primary testicular pain syndrome; Primary epididymal pain syndrome; Primary penile pain syndrome; Primary urethral pain syndrome; Post-vasectomy scrotal pain syndrome.

Indeed, the origin of pain in chronic pelvic pain syndromes, in both men and women, is still obscure.

Although a peripheral stimulus such as and infection may initiate the start of chronic pelvic pain, the condition may become self-perpetuating because of central nervous system modulation. As well as pain, these central mechanisms are associated with several other sensory, functional, behavioural, and psychological phenomena[5]. It is this collection of phenomena

Table 1.

The National Institutes of Health classified Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS) in men as follows:

- **Chronic Pelvic Pain Syndrome I:** formerly known as Acute Bacterial Prostatitis, defined as acute sudden typically associated with fevers and other signs of infection as well as bacteria identified in urine or prosta
- **Chronic Pelvic Pain Syndrome II:** formerly known as Chronic Bacterial Prostatitis, defined as recurrent o pelvic pain, associated with bacteria identified in urine or prostate secretions, usually in the absence of fe signs of infection
- **Chronic Pelvic Pain Syndrome III:** formerly known as Non-Bacterial Prostatitis or Prostatodynia, defined or chronic pelvic pain that is not associated with bacteria identified in urine or prostate secretions. CPPS II subdivided into type A, when inflammatory cells are found in urine or prostate secretions and type B, whe inflammatory cells are NOT found in urine or prostate secretions
- **Chronic Pelvic Pain Syndrome IV:** presence of inflammatory cells in urine or prostate secretions in the al

that forms the basis of the pain syndrome diagnosis, and each individual phenomenon needs to be addressed in its own right through multispecialty and multi-disciplinary care. It has been retained that whatever the initial pathological event is at a peripheral level (e.g., inflammatory or infectious disease, a traumatic event, a surgical damage), the consequent somatic or visceral pain which have been produced can turn into neuropathic pain. In this way, a signal is generated from abnormal peripheral tissue is and transmitted to the dorsal horn pain transmission neurons and the brain regions that receive this imput. The following phenomena are represented by disease-induced plasticity, silent C- fibers hyperexcitability of dorsal root ganglia and cross-organ sensitization. The projections of sensitized spinal neurons to the brain, in turn, alter the processing of painful messages by higher centers. A centralized sensitization is maintained by continuing input from the periphery, but also modulated by descending controls, both inhibitory and facilitatory, from the midbrain and brainstem[5].

One important clinical characteristic of both men and women with CPP is that pelvic pain can present with chronic overlapping pain conditions (COPCs), in which pain affects not only the pelvic but also nonpelvic regions of the body (cross-organ sensitization)[6]. The most frequently reported COPCs are fibromyalgia, and vulvodynia in women, and in both sexes temporomandibular disorder, chronic fatigue syndrome, irritable bowel syndrome, gastro-oesophageal reflux disease, and chronic migraine[7].

Men affected by chronic pelvic pain usually presents with a multifaceted symptomatology: pain or discomfort in one or multiple urogenital regions, including the perineum, suprapubic region, inguinal region/groin, testicle and penis, lower back, abdomen, rectum. Retrospective data indicate that the more frequent location of pain is the perineal region (63% of patients) followed by the testicular, pubic and penile areas. Cohort studies showed that urinary symptoms are present in 39-68% of patients and include weak urinary stream, hesitancy, dysuria, or urgency and or urgency incontinence. Typical symptoms are pain on urination or that increases before urination, pain during or after ejaculation, muscle tenderness, functional bowel symptoms[8]. In addition, sexual dysfunction (SD) is another critical pathological condition in men affected by chronic pelvic pain. SD can present in the form of erectile dysfunction and/or ejaculatory problems. Total or partial ED has been described in 15-55% of cases[8], In correlation studies of SD symptoms with NIH-CP-SI questionnaire scores, patients with CP/CPPS with SD have higher total and QoL scores, suggesting that sexual symptoms can contribute substantially to morbidity[8].

Pain and urinary and sexual symptoms can be adequately investigated by using validated questionnaires: NHI-Chronic Prostatitis Symptom Index (NHI-CPSI)[9]; International Prostate Symptom Score (IPSS)[10] , and International Index of Erectile Function (IIEF)[11].

A very useful tool to assess presence and severity of symptoms at different levels is represented by the UPOINT System: it is a 9-item questionnaire addressing different involved areas of patients with pain, as it is shown in Fig.1. It allows phenotyping patients, by describing their specific pathological condition and relative symptoms, thus providing suggestions for therapeutic protocols[12,13]. Phenotyping patients with CPP leads necessarily to apply a multimodal therapy which involves different specialists, considering also psychological problems which very often afflict these patients.

The lack of insight into CP/CPPS and of a clear clinical definition has led to unsatisfactory management of patients in clinical practice. In a recent review published in 2017[4], different pharmacological agents for the treatment of men affected by CPP have been analysed, among which alpha- adrenergic antagonists, antibiotics, pain modulators. In most of 10 placebo-controlled studies, tamsulosin, alfuzosin, doxazosin, terazosin and silodosin significantly reduced NHI-CPSI symptoms score, urinary symptoms, pain and quality of life, but the results are contradictory, and many studies present with several bias. With regards to antibiotics, few data still exist in CP/CPPS: small, randomized, controlled trial provided mixed support for levofloxacin, ciprofloxacin, tetracyclines. Lastly, about pain pharmacotherapies: the evidence is scarce (few RCTs) for celecoxib, rofecoxib, ibuprofen, and corticosteroids; pregabalin seems to play a better control on chronic pain. Published evidence is scarce and few data exists also on opioid analgesics.

Figure 1.

UPOINT Prostatitis Diagnosis and Treatment Therapies

UPOINT domain	Clinical Findings	Therapies
Urinary	Urinary frequency, urgency Obstructive voiding	Anticholinergics Alpha blockers
Psychosocial	Depression, anxiety, poor coping mechanisms, catastrophizing	Amitriptyline Counseling Referral to psychologist
Organ specific	Gently palpating prostate exacerbates typical symptoms	Consider initial antibiotic Quercetin, pollen extract Finasteride/clutasteride
Infection	Recurrent UTIs Bacterial localization	Antibiotics
Neurologic/Systemic	Pelvic neuropathic pain Other associated conditions (irritable bowel syndrome, fibromyalgia)	Tricyclic antidepressants Gabapentinoids
Tenderness	Tenderness or spasm of perineum or pelvic floor	Skeletal muscle relaxants Physiotherapy, local heat therapy, donut cushion, massage therapy

References

1. Kennedy R., Abd-Elsayed A. The International Association for the Study of Pain (IASP) Classification of Chronic Pain Syndromes. 2019; In: Abd-Elsayed, A. (eds) Pain. Springer,
2. Krieger J.N., Nyberg LJr, Nickel J.C. NIH consensus definition and classification of prostatitis. JAMA. 1999; 282:236-7.
3. McNaughton Collins M., Pontari M.A., O'Leary M.P., et al. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. Quality of life is impaired in men with chronic prostatitis: the Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. J Gen Intern Med. 2001; 16:656-62.
4. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain, 2022.
5. Grinberg K., Sela Y., Nissanholtz-Gannot R. New Insights about Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS). Int J Environ Res Public Health. 2020; 26; 17:3005.
6. Lai H.H., Jemielita T., Sutcliffe S., et al. MAPP Research Network. Characterization of Whole Body Pain in Urological Chronic Pelvic Pain Syndrome at Baseline: A MAPP Research Network Study. J Urol. 2017; 198:622-631.
7. Giannantoni A., Gubbiotti M., Balzarro M., Rubilotta E. Resilience in the face of pelvic pain: A pilot study in males and females affected by urologic chronic pelvic pain. Neurourol Urodyn. 2021; 40:1011-1020.
8. Rees J., Abrahams M., Doble A., Cooper A. for the Prostatitis Expert Reference Group (PERG): Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline. BJU Int 2015; 116: 509–525.
9. Clemens J.Q., Calhoun E.A., Litwin M.S., et al. Rescoring the NIH chronic prostatitis symptom index: nothing new. Prostate Cancer Prostatic Dis. 2009; 12:285-7.
10. Roy A., Singh A., Sidhu D.S., Jet al. New Visual Prostate Symptom Score versus International Prostate Symptom Score in Men with Lower Urinary Tract Symptoms: A Prospective Comparison in Indian Rural Population. Niger J Surg. 2016; 22:111-117.
11. Rosen R.C., Cappelleri J.C., Smith M.D., et al. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. International Journal of Impotence Research 1999; 11: 319-326.
12. Bryk D.J., Shoskes D.A. Using the UPOINT system to manage men with chronic pelvic pain syndrome. Arab J Urol. 2021; 23:387-393.
13. Kang Y., Trewern L., Jackman J., et al. Chronic pain: definitions and diagnosis. BMJ. 2023 Jun 27.
14. Agarwal M.M., Elsi Sy M. Gabapentenoids in pain management in urological chronic pelvic pain syndrome: Gabapentin or pregabalin? Neurourol Urodyn 2017; 36: 2028-2033.

Corrispondenza
a.giannantoni@asl.rieti.it

Il dolore pelvico cronico nel maschio adulto: la proctalgia

MARIO PESCATORI[1], GIUSEPPE DODI[2]
[1] Unità di Coloproctologia Clinica Parioli Roma, [2] Centro Pelvi Padova

Il dolore anale e rettale è un sintomo che può essere causato da patologie organiche, come la ragade anale, la trombosi emorroidaria, la prostatite, un ascesso o una neoplasia. Letteralmente può essere definito *proctalgia* ma a questo termine la stessa Società Italiana di Chirurgia ColoRettale dà una valenza diversa, ossia quella di un dolore ano-rettale e pelvi-perineale *senza causa evidente* con varie attribuzioni nosografiche come *proctalgia fugax, sindrome dell'elevatore dell'ano, neuralgia del pudendo, coccigodinia, dolore pelvico cronico/ Chronic Pelvic Pain /CPP.* Nella letteratura anglosassone CPP è inclusivo delle forme elencate sopra, la cui durata deve essere superiore ai sei mesi. Solo la *Teoria Integrale* di Petros propone una *eziologia* precisa, almeno nella donna, rappresentata dal cedimento dei legamenti utero-sacrali con relativa proposta terapeutica di tipo chirurgico.

Il CPP rappresenta una condizione tra le più impegnative per il paziente e per lo specialista urologo, ginecologo o chirurgo colorettale/proctologo e per il riabilitatore, sia per la difficoltà di inquadramento che di risoluzione. L'età adulta, negli anni della maturità tra i 30 e i 70, è il periodo della vita in cui più di frequente si pone questa diagnosi, di rado capita di farla nel giovane o nell'ultrasettantenne, il che sembra avere delle spiegazioni plausibili. All'*anamnesi* si possono individuare dei possibili eventi traumatici di tipo chirurgico, pensiamo solo alle suturatrici meccaniche spesso incautamente utilizzate nella cura delle emorroidi o nella stipsi da ostruita defecazione (starr) in quest'ultimo caso più frequentemente nelle donne, che lamentano dolori di cui si riconosce l'origine ma paradossalmente non se ne comprende la patogenesi, e che compromettono la qdv di pazienti a stento consolabili da lauti risarcimenti. A volte il paziente attribuisce importanza a traumi fisici ma nella maggior parte dei casi la storia clinica non rivela nulla di rilevante, salvo evidenziare spesso nel colloquio uno stato di ansia, prostrazione e depressione in cui è difficile comprendere se si tratti di una conseguenza del dolore cronico oppure una possibile causa di questo (depressione primaria o secondaria). È noto che la depressione abbassa la soglia del dolore e fa percepire come intensi anche degli stimoli algogeni non particolarmente importanti.

Dal punto di vista biologico è noto come la persistenza dei fenomeni locali di tipo lesionale connessi con la cronicità del quadro patologico in area pelvica siano causa dei fenomeni di sensibilizzazione periferica e centrale (*Central and Peripheral Sensitization*) sostenuti da processi di neuroinfiammazione immuno-mediati. I processi di sensibilizzazione periferica e centrale, oltre a determinare la cronicizzazione del dolore e ad attivarne la componente neuropatica, si possono accompagnare ai cambiamenti comportamentali sopradescritti[1,2,3]. L'altro aspetto che merita molta attenzione è rappresentato dal fatto che con l'esame obiettivo non si riesca ad avere una localizzazione precisa del dolore e che il dolore non sia comunque evocabile pur essendo riferito ed effettivamente percepito nel momento stesso della visita. E' poi difficile anche comprendere l'effettiva intensità del dolore perché non di rado quando si chiede al paziente di quantificarlo secondo la scala da 0 a 10 non di rado il paziente risponde "12"! Un altro dato interessante a livello anamnestico è come a volte, in modo apparentemente paradossale, la disperazione per il grave impatto sulla qualità di vita venga comunque descritta con una relativa lievità. Insomma risulta difficile capire se il dolore c'è veramente o non c'è. Spieghiamo al paziente che nel dolore dovuto ad un trauma, ad una infiammazione o ad un tumore si osserva un'entità patologica oggettiva. Non è così nel caso di un dolore senza grossolana causa evidente: nel soggetto di *sesso maschile* ipotizziamo allora, pur senza alcun riscontro, una prostatite o la neuropatia di qualche tronco nervoso, in genere del pudendo. Ammettiamo con il paziente la difficoltà a fare una diagnosi clinica precisa e dobbiamo affidarci ad indagini strumentali sostanzialmente rappresentate da ecografia, elettromiografia, latenza del pudendo e risonanza magnetica in cui il radiologo può evidenziare una sofferenza nervosa. In tal caso il primo approccio, in assenza di evidente spasmo o dissinergia che pongono indicazione ad una terapia riabilitativa, e prima di ricorrere a terapie farmacologiche attive sul sistema nervoso centrale con antidepressivi e antidolorifici, è conveniente scegliere un percorso che riduca la disregolazione della trasmissione del dolore nei tessuti in cui esso presumibilmente si origina. In questo contesto il trattamento con palmitoiletanolamide (PEA) ultra-micronizzata e co-micronizzata con polidatina ottiene una buona risposta in almeno il 50% dei casi[4,5,6]. La PEA è una sostanza endogena di natura lipidica, praticamente priva di effetti indesiderati, dotata di elevata biodisponibilità plasmatica e tissutale solo nella forma micronizzata e ultra-micronizzata[7]. Esercita i suoi effetti anti-dolorofici e anti-infiammatori attraverso un ampio range di vie fisiologiche (meccanismo ALIA), che includono la modulazione dei mastociti e della microglia, nonchè dei fattori di trascrizione e amplificazione della neuroinfiammazione periferica e centrale[8]. L'analisi del *microbiota* intestinale sembra aprire oggi una nuova frontiera anche nell'ambito del dolore cronico[9] e stiamo cercando di valutare anche in questo gruppo di pazienti sia un aspetto diagnostico che una prospettiva terapeutica. La multidisciplinarietà nell'affrontare queste condizioni è essenziale, in ambito medico e riabilitativo[10], sempre tenendo conto del principio dell'*iceberg* e delle lesioni occulte traditrici delle nostre migliori intenzioni. Un'ultima osservazione: non di rado il paziente, dopo che gli si è spiegato tutto, comprese le concrete possibilità di miglioramento della sintomatologia, conclude dicendo "ma allora la mia situazione è irrisolvibile!". Sembra dunque che in alcuni casi il paziente abbia bisogno di questo dolore: il *disturbo di conversione* è dato da sintomi neurologici funzionali come forma di somatizzazione, in cui un problema mentale viene involontariamente convertito dal soggetto in un sintomo fisico paragonabile a quelli che insorgono in una patologia di una certa parte del corpo. A quel punto dovremo evidentemente cercare anche altre strade.

Bibliografia

1. Adil E Bharucha et al. Anorectal and pelvic pain**.** Mayo Clin Proct. 2016t;91:1471-1486
2. Graziottin A et al. Mast cells in chronic inflammation, pelvic pain and depression in women. GynEndo 2014.__doi: 10.3109/09513590.2014.911280.
3. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam 2022. ISBN 978-94-92671-16-5.
4. Indraccolo U et al. Review Article. Looking for responders among women with chronic pelvic pain treated with a comicronized formulation of micronized palmitoylethanolamide and polydatin. BioMed Research International, vol. 2022; article ID 8620077, 10 pages.
5. Mittino I et al. Benign prostatic hyperplasia, chronic prostatitis and LUTS: role of Palmitoylethanolamide co-micronized with Polydatin and ultramicronized Palmitoylethanolamide in the control of symptoms. Retrospective observational investigation. Pelviperineologia 2021; 40: 79-82.
6. Stocco E, Schievano C, Dodi G. Il dolore pelvico cronico:studio preliminare con PEA-m + polidatina nei pazienti afferenti ad un ambulatorio di proctologia/pavimento pelvico. Pelviperineologia 2014; 2014;33:34-38
7. Petrosino S et al. Oral ultramicronized palmitoylethanolamide: plasma and tissue levels and spinal anti-hyperalgesic effect. Front. Pharmacol. 2018; 9: 249
8. Petrosino S et al. Palmitoylethanolamide: a nutritional approach to keep neuroinflammation within physiological boundaries. A Systematic Review. Int J Mol Sci. 2020;21:9526.
9. Arora HC et al. Gut microbiome and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Ann Transl Med 2017;5:30-35
10. Grinberg K et al. Review. New insights about chronic pelvic pain syndrome (CPPS). Int J Environ Res Public Health 2020; 17, 3005, 11 pag

Corrispondenza
ucpclub@virgilio.it, giuseppe.dodi@unipd.it

Equilibri e squilibri psichici nel maschio affetto da pelvi dolente e proctalgia

NOEMI DE ANGELIS
Unità di Colonproctologia, Clinica Parioli, Roma

Si calcola che il 10% della popolazione adulta lamenti episodi dolorosi legati alla malattia emorroidaria. Percentuale che sale notevolmente se parliamo più in generale di dolore nel tratto anale e includiamo anche episodi unici o sporadici per ragadei infezioni, eccetera.
Il tratto anale è un'area molto delicata del nostro corpo e sintomi del genere possono spaventare. Non sempre però si trova una causa organica al problema, che può essere di diverso tipo. Ecco perché per affrontare queste patologie, occorre un approccio multidisciplinare che coinvolga ginecologi, urologi, proctologi, fisioterapisti esperti nella riabilitazione del pavimento pelvico ma anche *psicologi*. Cosa c'entrano questi ultimi e qual è il ruolo della psicologia nella cura della proctalgia?
Alla base di dolori pelvici e rettali può esserci un problema di ansia e stress somatizzato. Non solo: proprio le difficoltà nella vita quotidiana che un simile problema può far scaturire, potrebbero acutizzare il circolo vizioso di depressione e isolamento. Convivere con un dolore cronico simile risulta sicuramente invalidante: il timore e l'imbarazzo possono generare una serie di condotte di evitamento. Il soggetto che soffre di pelvi dolente potrebbe infatti autoescludersi dalla vita sociale
oppure cadere vittima di credenze disfunzionali ("non guarirò mai"). Da considerare anche l'impatto che simili patologie possano avere a livello sentimentale e sessuale.
Ansia, stress e senso di vergogna aumentano e parallelamente anche la sensazione di dolore. Un percorso psicologico mirato può essere la chiave per interrompere questo circolo vizioso lavorando da un lato sulle modalità con cui si fronteggia la quotidianità e sulla gestione del dolore (tramite tecniche di rilassamento) e, dall'altro, intervenendo sul controllo dell'ansia e dello stress.
Dovendo intervenire sull'impatto traumatico di queste patologie, il professionista potrà ricorrere a strumenti terapeutici quali l'EMDR e la Psicoterapia Sensomotoria.
L'obiettivo è quello di portare il paziente a riscoprire il corpo come alleato e non come nemico.
In conclusione l'ansia può somatizzarsi nella zona anale determinando dolore e fastidi difficili da diagnosticare con approcci medici tradizionali; un percorso psicologico può essere la chiave per risolvere il problema o favorirne la risoluzione insieme ad altri provvedimenti aumentando la fisucia del paziente.

Corrispondenza
psicologadeangelis@gmail.com

Il dolore pelvico cronico nel maschio, un approccio riabilitativo delicato e sensibile

STELLA DE CHINO
Fisioterapista, educatrice, consulente sessuale. Schio (VI)

L'approccio riabilitativo al dolore pelvico cronico nel maschio non è semplice poiché l'approccio al problema varia a seconda delle cause del dolore.
Le *cause genito urinarie* ad esempio (prostatiti aspecifiche recidivanti) possono portare ad incentrarsi maggiormente sulla valutazione della muscolatura pelvica (spesso contratta), sull'aspetto circolatorio del piccolo bacino (posizione seduta prolungata), abitudini minzionali (tendenza ad aspettare troppo ad urinare).
Le *cause nervose* invece ci inducono (in collaborazione ovviamente con il neurologo o il neuroradiologo) a comprendere *dove* ci sia una situazione di compressione/intrappolamento e *perché*, ossia dovuta a cosa. In questo caso l'approccio di terapia manuale/osteopatico diventa essenziale in quanto, se mirato, può dare ottimi risultati.
Le *cause intestinali* ci portano a richiedere la collaborazione del gastroenterologo (che sia competente in materia di dolore pelvico) ma spesso anche del microbiologo per un'analisi del microbiota e quindi la collaborazione con il nutrizionista. Essere consapevoli di questo ci rende più aperti ad un approccio a 360 gradi.
Il paziente però quando sviluppa questo tipo di problematica è molto ansioso e ha fretta di risolvere. E' minata infatti un'area estremamente intima e delicata; l'area connessa con la sessualità e la sopravvivenza, il primo e il secondo *chakra*, come direbbe la medicina ayurvedica.
Pertanto, dopo aver, quando possibile, individuato le cause, è necessario spiegare alla paziente cosa andiamo a fare e perché. In un dolore cronico la cosa che il paziente tende a perdere è *la speranza*. Proprio per questo motivo la prima fase implica la descrizione dei passaggi del percorso riabilitativo in modo molto dettagliato: l'anatomia del pavimento pelvico, la connessione con prostata, uretra e strutture nervose e i benefici della sua coscientizzazione e del relativo rilassamento. L'esercizio terapeutico sarà mirato ad insegnare a *sentire* quest'area (ecco perché si parla di *approccio sensibile*) nelle sue variazioni di *tono* nelle diverse situazioni quotidiane. Ma sarà altresì fondamentale inscrivere l'area all'interno di tutta la *dinamica respiratoria* e la correlazione fra diaframma respiratorio e diaframma pelvico. Infine un lavoro *posturale* sia attraverso esercizi di allungamento in catena o stiramento dei meridiani miofasciali sarà molto utile a prevenire recidive. Questi pazienti infatti tendono ad avere un accorciamento dei muscoli adduttori e della catena posteriore (meridiano del fegato e vescica urinaria) che, nella medicina tradizionale cinese, sono legati al prevalere di due emozioni spesso trattenute e inespresse: paura e rabbia.
A tale scopo un paziente ha lasciato uno scritto di medicina narrativa dove racconta la sua storia clinica e la risoluzione del suo problema. Infermiere in pronto soccorso decide di lincenziarsi dopo un periodo di grande stress. Inizia a lavorare per il 118 e dopo poco tempo insorgono una serie di sintomi che perdurano per 8 mesi finchè non decide di intraprendere un percorso riabilitativo che porta alla quasi totale guarigione. In questo percorso l'esercizio terapeutico e il lavoro posturale si rivelano fondamentali nel processo di recupero.

Corrispondenza
stelladechino@gmail.com

Prolasso degli organi pelvici: prevenzione e gestione

Urinary incontinence and pelvic organ prolapse

ANTONELLA GIANNANTONI
Responsabile UOS: Diagnosi e cura delle patologie pelvi-perineali
Unità Operativa Complessa di Urologia, Azienda Ospedaliera, Ospedale San Camillo De Lellis, Rieti

According to the International Continence Society definition, urinary incontinence (UI) is the involuntary leakage of urine[1]. UI has been classified into different types, as follows:
- stress urinary incontinence (SUI): involuntary leakage of urine that occurs with increases in intraabdominal pressure (e.g., with exertion, effort, sneezing, or coughing), due to urethral sphincter and/or pelvic floor weakness.
- urge urinary incontinence (UUI): involuntary leakage of urine that may be preceded or accompanied by a sense of urinary urgency.
- mixed urinary incontinence (MUI): involuntary leakage of urine caused by a combination of stress and urge urinary incontinence.
- overflow urinary incontinence (OUI): involuntary leakage of urine from an overdistended bladder (impaired detrusor contractility and/or bladder outlet obstruction);
- functional urinary incontinence: involuntary leakage of urine due to environmental or physical barriers to toileting.[1]

UI and pelvic organ prolapse (POP) commonly coexist, up to 60% of women presenting with POP are also diagnosed with UI, and close to 40% of women presenting with UI, in turn, are found to have some degree of POP[2]. Furthermore, about 55% of women with stage 2 POP (prolapse to the hymen ±1 cm) have concurrent SUI, and only 33% of women with stage 4 POP have SUI, which shows that increasing POP stage can mask the presence of UI[3]. Thus, physical examination of women with POP is important also to detect the so called "*occult*" urinary incontinence: when the prolapse is reduced digitally, with the help of a pessary or speculum during clinical examination, SUI might be demonstrated in up to 68% of cases[4]. This finding also means that women with occult SUI are at risk of developing symptomatic SUI after POP surgery[5]. To date it is not clear which method is best for reducing POP during clinical examination: from the few published studies it appears that neither reduction with speculum nor pessary provided acceptable positive predictive values to identify women who would benefit from a concomitant continence procedure during POP surgery. However, in a previous investigation on the topic, negative predictive values were 92.5% and 91.1%, respectively, which shows that women who test negative for occult SUI are at low risk of developing SUI postoperatively[6].
Another term which is frequently adopted in clinical situations and in published studies refers to "*de novo*" UI: which is the emergence of post-operative UI (mainly SUI) in preoperatively continent women with POP and no symptomatic or occult SUI. De novo SUI might occur after repair of POP because the surgery has unkinked the preoperatively obstructed urethra[7].
Indeed, what is the link between SUI and POP? To answer this question, we need to start from the pathophysiology of UI in women.
First, the previous classification of SUI into hypermobile SUI, caused by anatomic defects, and intrinsic sphincter deficiency, with UI resulting from a poorly functioning urethra has become less distinct with time. With regards to SUI, many factors necessary for the urethra to remain closed at rest and during increased abdominal pressure have been described, whose functional inter-relationships are still not fully understood. These factors include healthy, functioning striated sphincter controlled by pudendal innervation, well vascularized urethral urothelium and sub-mucosa, properly aligned functioning intrinsic urethral smooth muscle and intact vaginal wall support[8]. The location of the sphincter elements can be understood by dividing the urethral lumen into 5 equal segments. The first 20% is surrounded by the bladder muscle and detrusor loop, the next 40% is surrounded by a sleeve of striated muscle that forms the sphincteric portion of the striated sphincter. From 60 to 80% two arch shaped bands of muscle diverge from the wall of the urethra to surround the vagina (urethrovaginal sphincter) and perineal membrane (compressor urethrae). Manometric and electrophysiological recordings from the mid-urethra have shown that it generates the highest level of resting pressure and electromyographic activity[9].
Different theories have been developed along time in order to explain mechanisms involved in the origin and maintaining of female SUI:
Pression transmission theory for SUI: during stress, continence is maintained by equal transmission of increased intra-abdominal pressure to the bladder and to the proximal urethra above diaphragm. Constant difference between intraurethral pressure and intra-abdominal pressure exists in the continent female. SUI is due to the loss of the intra-abdominal position of the urethra, the "pressure transmission zone." This results in "incomplete transmission" of intra-abdominal pressure to the proximal segment of urethra to close it[10]. This mechanistic theory is the basis for surgical re-establishment of this support. Procedures such as Burch colposuspension are used to recreate this support.
Theory of urethral support: this support is derived from: ligaments along the lateral aspects of the urethra (pubourethral ligaments); (2) the vagina and its lateral fascial condensation; (3) the arcus tendinous fascia pelvic; and (4) levator ani muscles. Loss of urethral support results in reduced urethral closing pressures, inability to resist increases in bladder pressure and finally, incontinence[11]. A subsequent study showed in details how The Levator Ani Muscle (LAM) is involved in urethral support, by the investigation of the topographical relationship between the external urethral sphincter (EUS) and the LAM. [12] It was observed that in female foetuses, but not in male, the inferior part of the EUS is firmly attached to the LAM by a tendinous connection. This determines an anterior bending of the mid-urethral zone when a simultaneous contraction of the LAM and EUS occurs, closing the urethral lumen and maintaining urinary continence[12].
Integral Theory: stress and urge symptoms, and POP, may derive, for different reasons from the same anatomical defect, a lax vagina[13] . This laxity may be caused by defects within the vaginal wall itself, or its supporting structures, such as ligaments, muscles, and their connective tissue insertions. The vagina has a dual function. It mediates (transmits) the various muscle movements involved in bladder neck opening and closure through three separate closure mechanisms. It also has a structural function and prevents urgency by supporting the hypothesized stretch receptors at the proximal urethra and bladder neck. Altered collagen/elastin in the vaginal connective tissue and/or its ligamentous supports may cause laxity. This dissipates the muscle contraction, causing stress incontinence, and/or activation of an inappropriate micturition reflex, ("bladder instability") by stimulation of bladder base stretch receptors[13]. Thus, the integrity of muscular, connective and nerve structures in the pelvis and sphincter structures is essential to guarantee urinary continence and a normal pelvic organ support[14]. If one of these factors fails, the other might be able to compensate to a certain degree. When compensation fails, the emergence of UI and/or POP can happen. Of noting, risk factors are very similar for the two pathological conditions:

genetic factors, obesity, pregnancy and vaginal birth, chronic pelvic floor stress, asthma, constipation, are all conditions that may predispose a woman to develop UI on one hand and POP on the other hand.

References

1. Abrams P., Cardozo L., Fall M., Griffiths D., Rosier P., et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. Urology 2003; 61: 37-49.
2. Buchsbaum G.M. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse. Minerva Urol Nefrol 2006; 58: 311-9.
3. Slieker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. Symptomatic pelvic organ prolapse and possible risk factors in a general population. Am J Obstet Gynecol. 2009; 2000; 84.e1-7.
4. Al-Mandeel H., Al-Badr A. Management of occult stress urinary incontinence with prolapse surgery. Minerva Ginecol 2013; 65: 417-24.
5. Haessler A.L., Lin L.L., Ho M.H., Betson L.H., Bhatia N.N. Reevaluating occult incontinence. Curr Opin Obstet Gynecol 2005; 17:535-40.
6. Ellström Engh AM, Ekeryd A, Magnusson A, Olsson I, Otterlind L, Tobiasson G. Can de novo stress incontinence after anterior wall repair be predicted? Acta Obstet Gynecol Scand. 2011; 90:488-93.
7. Wang SY, Cao TT, Wang RZ, Yang X, Sun XL, Wang JL. Incidence and Risk Factors of De novo Stress Urinary Incontinence after Pelvic Floor Reconstruction: A Nested Case-control Study. Chin Med J. 2017; 130:678-683
8. Pipitone F., Sadeghi Z., DeLance JOL. Urethral Function and Failure: A review of current knowledge of urethral closure mechanisms, how they vary, and how they are affected by life events Neurourol Urodyn. 2021; 40: 1869–1879.
9. Falah-Hassani K., Reeves J., Shiri R., Hickling D., McLean L. The pathophysiology of stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J. 2021; 32: 501–552.
10. Enhorning G. Simultaneous recording of intravesical and intraurethral pressure. Acta Chir Scand. 1961; Suppl 27: 61-68.
11. DeLancey, J.O.L. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: The hammock hypothesis. Am. J. Obstet. Gynecol. 1994; 170:1713-20.
12. Wallner C, Dabhoiwala NF, DeRuiter MC, Lamers WH. The anatomical components of urinary continence. Eur Urol. 2009 Apr; 55(4):932-43.
13. Petros PE, Ulmsten UI. An integral theory of female urinary incontinence. Experimental and clinical considerations. Acta Obstet Gynecol Scand Suppl. 1990;153:7-31.
14. 6th ICI Book, 2017 Ed.

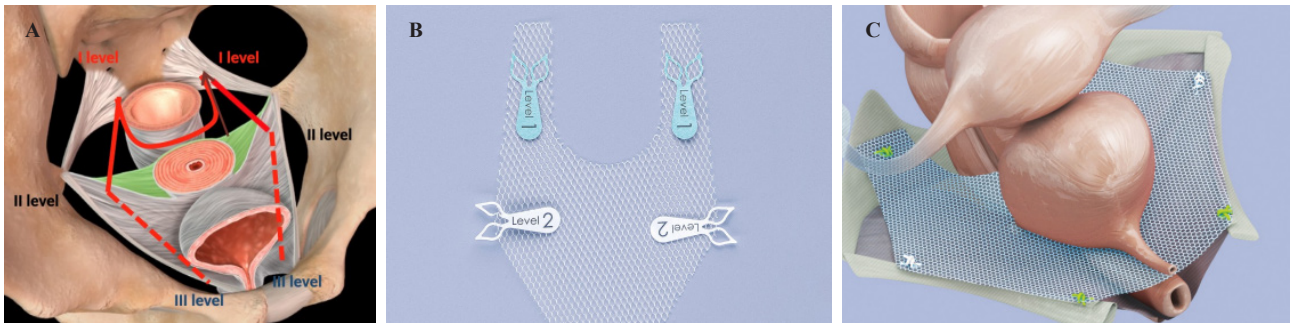
Corrispondenza
giannantoni@asl.rieti.it

Il prolasso genitale

FRANCESCO DELTETTO
Casa di Cura "San Luca" Torino www.deltetto.org

Il prolasso dei organi genitali femminili non è una malattia, ma una condizione che genera un handicap, quindi non da "curare" ma da "trattare". Per fare ciò occorre partire sempre dalla conoscenza anatomica e dalla fisiopatologia, diversa fra il segmento anteriore, centrale e posteriore per arrivare alla diagnosi del difetto, alla sua quantificazione, fondamentali per la scelta del trattamento, ed infine al recupero funzionale.
La *quantificazione* con il sistema *POP-q* introdotto nel 1996 usa una misurazione centimetrica rispetto all'imene mentre il precedente "*Half Way System*" è, sempre rispetto al piano imenale, solo qualitativo. Entrambi hanno un limite, l'assenza di rilevazione del distacco laterale della fascia pubocervicale dall'arco tendineo della fascia endopelvica, principale causa di recidiva del cistocele. Il rettocele ha una fisiopatologia totalmente diversa e quindi l'eventuale recidiva non ha questa motivazione.
I *termini cistocele e rettocele* riflettono una situazione morfologica di erniazione della base vescicale e della parete anteriore del retto all'interno della vagina e, in base al grado di prolasso, anche al di fuori della stessa. Più propriamente bisognerebbe usare i termini *colpocele anteriore* e *colpocele posteriore* (che include anche l'*enterocele/elitrocele*) in quanto la situazione anatomica patologica si crea per la debolezza della pareti vaginali e in particolare delle strutture fasciali e non per un difetto strutturale vescicale o rettale.
Quale tipo di *trattamento* da usare è una "vexata questio": la via vaginale fasciale, quella protesica vaginale o quella protesica laparoscopica? L'esistenza di diverse strade per raggiungere lo stesso obiettivo significa che nessuna di loro è la migliore.
I dati che si ricavano dalla letteratura scientifica sono contrastanti e non sempre facilmente interpretabili. Inoltre l'intervento della FDA statunitense che ha imposto alle aziende produttrici di mesh di poter continuare a vendere i loro prodotti solo dopo aver fornito dati di sicurezza ed efficacia, criterio corretto ma difficile da ottemperare per i costi economici, ha reso impossibile alle donne del mondo di lingua anglosassone di poter ricevere un trattamento del prolasso genitale con reti. Attualmente vengono usate soprattutto in Germania, Austria, Italia oltre che in Cina e in altri paesi, sempre rispettando i principi di sicurezza ed efficacia, sanciti dalle nuove norme europee MDR. Il motivo dell'attenzione sull'utilizzo delle mesh vaginali nacque per le erosioni che reti in polipropilene di vecchia generazione, pesanti e non macroporose, hanno prodotto causando danni anche molto gravi. Occorre anche aggiungere che non sempre venivano rispettati i corretti modi di inserzione come ad esempio il posizionamento in sede sottofasciale, con aumento del rischio di erosione vaginale.
In riferimento alla mia personale esperienza su più di 500 pazienti registrate e monitorate, il tasso di erosione è 1,5%. Si tratta sempre di piccoli tratti di reti che si rimuovono facilmente con ottimi esiti per la paziente e non si sono verificate estrusioni in organi profondi, vescica, retto o intestino. Al contrario i tassi di recidiva scendono dal 30% delle chirurgia vaginale fasciale al 5%. I risultati della chirurgia con reti per via laparoscopica sono simili a quelli alla chirurgia vaginale con reti (Figg.1A-C), avendo però elementi negativi come durata dell'intervento chirurgico, necessità di anestesia generale,

Fig.1- A: punti di aggancio della mesh. B: rete vaginale con passafili. C: aspetto di rete vaginale ad amaca



di posizione della paziente in Trendelemburg.
Per capire quale sia la scelta chirurgica, quando è realmente necessaria, ottimale per la paziente, in base anche all'esperienza del chirurgo, occorre prendere in esame i risultati clinico-funzionali e i costi per raggiungerli.
L'*esame obiettivo* ci permette di valutare il risultato anatomico che è importante ma non sempre corrisponde a quello funzionale. Ne deriva che i questionari sulla qualità di vita compilati prima e dopo l'intervento, nel corso del follow-up, sono gli unici strumenti che indicano se l'obiettivo del benessere è stato raggiunto oppure si sono create disfunzioni de novo o peggiorate le preesistenti.
Molti sono gli elementi da valutare con *questionari* validati per valutare gli esiti e per comparare i propri dati con quelli della letteratura. La *funzione vescicale* va indagata nei suoi due aspetti , quello dell'incontinenza da stress e quello dei sintomi di urgenza minzionale, senza dimenticare le cistiti preesistenti o di nuova insorgenza. La *vita sessuale* è un altro aspetto importante, pratica o meno, al fine di valutarne i cambiamenti. Altrettanto importante è la *funzione intestinale* sia nei confronti della stipsi che della eventuale incontinenza. Infine occorre rilevare l'eventuale comparsa di *dolore pelvico* e ovviamente di *erosioni* da mesh, che, come precedentemente riferito, sono ormai rare con le moderne reti ultraleggere e macroporose e con la tecnica "single incision".
Per esaminare quanto sopra occorre dotarsi di un *database* esaustivo, anche se non sempre è possibile completarlo integralmente, e la società scientifica *SMIP* (Società di Monitoraggio Interdisciplinare in PelviPerineologia), ne ha predisposto uno, che si può avere accedendo al sito *www.datasmip.com*, iscrivendosi online e partecipando agli studi clinici con i consensi informati opportunamente predisposti.

Corrispondenza
francesco.deltetto@gmail.com

Prevenzione e gestione delle varie forme di prolasso anale

GIUSEPPE DODI
Centro Pelvi Padova giuseppe.dodi@unipd.it

Con il termine "prolasso" si intende "fuoriuscita di un viscere da un orifizio naturale". La desinenza "-cele" indica propriamente una erniazione. Questi aspetti semantici sono rilevanti per eliminare il rischio di confusione in ambito nosografico. Attraverso l'*ano* possono prolassare le emorroidi interne (**E**), la mucosa del retto (**M**), il retto (**R**) e il cavo del Douglas/edrocele (**Ec**). Per ognuna di queste condizioni si descrivono 4 gradi: col *grado 1* non c'è prolasso ma solo un semplice aumento di volume o una discesa di uno degli organi che sono presenti nell'area pelviperineale: **E1** emorroidi interne voluminose, sanguinanti, **M1** eccedenza mucosa detta anche prolasso mucoso occulto, **R1** intussuscezione retto-rettale o retto-anale detta anche prolasso rettale interno (entrambe ritenute possibile cause di ostruita defecazione e dolore gravativo), **Ec** condizione in cui le anse intestinali contenute nel cavo del Douglas scendono tra le due pareti del retto potendo fuoriuscire, con il retto, dall'ano. Col *grado 2* c'è effettivo prolasso che si riduce spontaneamente dopo la defecazione, col *grado 3* il prolasso va ridotto in genere manualmente o anche in modo spontaneo ma richiedendo molti minuti o ore; nel *grado 4* il prolasso (E,M,R,Ec) è irriducibile. M1 e R1 sono da considerare *varianti della norma*; per trattare M1 possono bastare le legature elastiche. Per R1 solo i chirurghi molto interventisti effettuano le rettopessi o, peggio, la starr.
Tutte le condizioni, dal grado 1 al grado 3, devono essere valutate in base a tre fattori: 1) la *dimensione* del prolasso (questo vale per il grado 2 e 3), ossia se la fuoriuscita è parziale o a tutta circonferenza, 2) se la riduzione, generalmente manuale, è rapida o richiede molti minuti o ore, e indolore e 3) in che misura il prolasso crea *disabilità* (H dell'IPGH[1]) ossia quanto condiziona la *qdv* del soggetto per motivi anatomici, funzionali ed estetici. Non sempre è facile capire la corrispondenza tra il dato anamnestico, l'effettivo grado del prolasso e il grado evidente all'esame obiettivo in ambulatorio, dove l'ambiente estraneo, la presenza del dito esploratore, altrettanto estraneo, e l'assenza della defecazione immediatamente precedente, possono falsare la misurazione. Una *foto,* fatta nel privato del proprio bagno domestico, il più delle volte risolve brillantemente il problema diagnostico evitando esami di *imaging* in questi casi inutili, invasivi e costosi. Molto utile, per far comprendere ai pazienti gli aspetti fisiopatologici del prolasso anale e consentir loro la comprensione dei propri *sintomi* e le motivazioni delle eventuali *terapie*, è l'*analogia ano-bocca* sotto il profilo anatomico e funzionale. I *sintomi* che vengono attribuiti a tali condizioni (sanguinamento, mucorrea, defecazione insoddisfacente in senso ritentivo=stipsi, incontinenza anale, dolore, ipertonia o ipotonia sfinterica) vanno trattati considerando la *teoria dell'iceberg.* Il grado 2 di E ed M richiede terapie possibilmente conservative mediche o ambulatoriali (autodilatazioni anali, legature elastiche), raramente chirurgiche se non in caso di sanguinamento altrimenti intrattabile. Il grado 2 di R e Ec, se di poco impatto sulla qdv, richiede solo trattamenti riabilitativi che ne prevengano l'evoluzione in grado 3 dove la chirurgia (cerchiaggio, rettopessi) diventa quasi sempre necessaria. Quanto meno invasivi sono i trattamenti tanto meglio è per tutti. Le legature elastiche per le emorroidi ed il prolasso mucoso, il cerchiaggio per il prolasso rettale sono procedure che vanno sempre prese in considerazione e non devono mancare nell'armamentario del chirurgo che deve conoscerne bene vantaggi e limiti nei pazienti di qualunque età. Anche sotto il profilo della *prevenzione,* alimentazione, *valutazione del microbiota individuale*, l'evitare il ponzamento e l'aumento della pressione intraddominale, integratori flebotonici per la cura del microcircolo, unguenti antiemorroidari (sempre privi di anestetici locali!) sono i pilastri della terapia conservativa in tutti i gradi e in tutti i tipi di prolasso anale. Opportuno fare particolare attenzione alla presenza di *dissinergia* che può obbligare il paziente ad un ponzamento eccessivo e quindi portare all'aggravamento del prolasso stesso, condizioni rimediabili anche con *bfb domiciliare* o *TAI (Trans Anal Irrigation).*

Bibliografia
1. Farnsworth B, Dodi G. Short-IPGH system for assessment of pelvic floor disease. Pelviperineology 2007; 26:73-77

Corrispondenza
giuseppe.dodi@unipd.it

Il "lavoro consapevole" nella riabilitazione del prolasso uro-genito-anale

LOREDANA LA TORRE
Fisioterapista specialista in riabilitazione del pavimento pelvico, Ospedale Regina Margherita, Roma

Ponte sensoriale mente-corpo, attenzione, percezione, consapevolezza, apprendimento, cambiamento funzionale: queste sono alcune parole "chiave" importanti da coscientizzare ed integrare nel momento in cui vogliamo affrontare un prolasso uro-genito-anale.
Le alterazioni pelvi perineali evidenziano molte problematiche funzionali del pavimento pelvico, tra questi rientrano i *prolassi degli organi del piccolo bacino*, cioè lo spostamento\discesa degli organi dalla loro sede naturale. I motivi che possono causare

questa modifica patologica con conseguenti disfunzioni sono tanti: cause predisponenti (la nostra struttura anatomica, i tessuti, la genetica), cause favorenti (bronchiti, allergie, eccessive ore di travaglio, obesità, lavori pesanti, diete, sport a grosso impatto...), cause precipitanti (molte gravidanze, chirurgia demolitiva, terapie radianti...) ma, principalmente, la *non consapevolezz*a di questi organi e dei tessuti muscolari e fasciali che li sostengono, il non equilibrio del corpo con la gravità che li attrae, e le posture iperpressive che adottiamo senza attenzione.
La *consapevolezza* è una capacità che si può sviluppare ed accrescere con il tempo allo scopo di generare un progressivo miglioramento dell*'autocoscienza*: l'osservazione di sé da parte del paziente è il primo passo di un percorso di autoguarigione, serve a rispondere alla domanda c*ome agisco mentre agisco*? Quel *come* si riferisce alle innumerevoli componenti dell'azione che si sta compiendo: com'è orientato il corpo nello spazio? Qual è la relazione tra le parti? Come si muove il coccige? Che sensazione ho del mio pavimento pelvico se cammino? Che respirazione adotto durante la defecazione? Come percepisco l'utero, la vescica, e/o il retto se prendo un oggetto pesante? A partire dall'osservare se stessi e concedendosi del tempo dedicato all'ascolto, si costruiscono percorsi alternativi e si apprendono nuove modalità di movimento e comportamento.
E' un *imparare a imparare* educando attivamente il cervello ad apprendere nuove risposte per ottenere un cambiamento dinamico del comportamento. Larry Goldfarb[1] scriveva: *il nostro problema non è ciò che non sappiamo fare, ma ciò che non sappiamo smettere di fare.*
Parliamo di abitudini non funzionali che portano con il tempo ad un sovraccarico, una anestesia somato-sensoriale, alla disfunzione, all'alterazione organica funzionale, all'iperpressione e di conseguenza al prolasso degli organi.
La riabilitazione uro-genito-anale non può assolutamente essere considerata un insieme di esercizi da ripetere alcuni minuti al giorno, alternando la fase di contrazione e di rilassamento, ma un lavoro continuo e costante posturale quotidiano, in cui il punto di passaggio il *core* viene percepito in ogni postura, nel movimento, nelle attività della vita quotidiana.
Tutta la struttura ha bisogno di equilibrio e neutralità per mantenersi fisiologica e funzionale e permettere qualsiasi tipo di movimento.
Se lo stress meccanico è distribuito in tutto il corpo, ogni postura è la migliore postura. La gravità ci attrae, dobbiamo arrivare ad un giusto accordo per mantenere il benessere dei nostri organi e poter prevenire, o curare qualsiasi tipo di prolasso.
Un ruolo importante viene dalle posizioni invertite che troviamo nello yoga (Fig.1).
Quando adottiamo questa postura (*asana*) viene favorita l'ascesa di *Kundalini*, la nostra energia spirituale, verso i *chakra* superiori. Kundalini è l'energia spirituale che giace latente, in attesa di essere risvegliata, e si trova alla base della colonna vertebrale. Una volta raggiunto il chakra della testa (*Sahasrara*), si raggiunge lo stato di beatitudine o di illuminazione, chiamato *Samadhi*.
Quindi, lo scopo della pratica delle posizioni invertite, da un punto di vista energetico, è quello di stimolare i *chakra* inferiori, aprire il canale energetico principale (quello in cui si trovano collocati i *chakra*, che si chiama *sushumna nadi*) e preparare il corpo per l'ascesa di *Kundalini*.
In uno straordinario libro, *Imparo lo yoga*, un maestro contemporaneo, Andrè Van Lysebeth, racconta che gli yogin, credono nell'esistenza di correnti positive e negative (Yin e Yang nella cultura cinese) e affermano che un flusso di energia cosmica discende dal cielo verso la terra.

Fig.1. Posizione del cane a testa in giù.

Fig. 2- Posizione declive con tavola e tronchetto in cui si esegue la mobilizzazione viscerale.

Questo è vero anche sotto un punto di vista scientifico, in quanto è stato dimostrato che il cielo è pervaso da una carica positiva, mentre la terra è pervasa da una carica negativa.
L'uomo, quindi, quando si trova nella posizione eretta, ne è attraversato verticalmente dall'alto verso il basso, e poiché importanti fenomeni vitali, come l'attività nervosa e celebrale sono di natura elettrica, questa corrente influenza il sistema nervoso e le attività cerebrali. Per questo motivo, nelle posizioni capovolte, questa energia scorre ed agisce in senso opposto, ripristinando equilibrio nell'essere umano.
Oltre alla questione energetica, le *posizioni capovolte* hanno un sacco di benefici sia a livello fisico che mentale, in quanto migliorano lo stato di salute generale, contribuiscono a ridurre ansia e stress e aumentano la sicurezza in se stessi. Inoltre la pratica di queste posizioni permette di sviluppare un maggiore potere di concentrazione e di aumentare la resistenza fisica, sviluppando la capacità di sostenere grandi sforzi senza affaticarsi.
Quando ci troviamo a testa in giù, la testa si trova più bassa rispetto al livello del cuore e delle gambe, e invertiamo l'azione della gravità sul nostro intero organismo. In questo modo, viene favorito il ritorno venoso e linfatico.
La *circolazione venosa* svolge un ruolo fondamentale nella purificazione del sangue, in quanto ha il compito di raccogliere il sangue carico di anidride carbonica e di scorie del metabolismo e di ricondurlo, passando attraverso fegato e reni, al cuore e in seguito ai polmoni, dove viene filtrato dall'anidride carbonica e rifornito di ossigeno.
Il *sistema linfatico* invece, svolge una importantissima funzione di drenaggio, e rappresenta, per così dire, un sistema di circolazione parallelo a quello venoso, in quanto si occupa di trasportare la linfa, un liquido composto da materiale di scarto, globuli bianchi, proteine, grassi ed altre sostanze che vengono veicolate agli organi di depurazione (fegato, reni, polmoni, linfonodi). La linfa deve risalire dalle gambe verso l'alto, in direzione degli organi di depurazione, però, a differenza del sistema circolatorio venoso, dove il ritorno è favorito dall'azione di pompaggio del cuore, questa azione avviene grazie alla contrazione dei tessuti.
Deve quindi combattere la forza di gravità, ed è facile comprendere come, a causa di una eccessiva immobilità, dovuta magari ad una vita sedentaria, o alle posture iperpressive, questa azione muscolare viene meno, e quindi la linfa tende a ristagnare nei tessuti, specialmente nelle gambe.
Se vogliamo prepare il paziente verso una posizione declive e fare sentire come i visceri si spostano in funzione della gravità, è interessante presentare il *lavoro della tavola e del tronchetto* (Fig.2).
La posizione declive viene molto molto utilizzata nel metodo deVis, oltre che nei prolassi, anche nell'immediato post partum; questa inclinazione in direzione gabbia toracica-testa, fa riposare il sistema fasciale dei muscoli del perineo, utero, vescica e retto che hanno subito una pressione importante nel passaggio del feto.
Con questa tavola lunga 80/90 cm per 30 di larghezza, con un cuneo di 7/10/15 cm, possiamo giocare con la gravità portando gradatamente i visceri verso la posizione declive. Guidiamo il paziente all'ascolto del bacino, alla percezione degli organi, lo educhiamo alla consapevolezza percependo la relazione diaframma toracico-diaframma pelvico ed organi, lo guidiamo verso la mobilizzazione uretrale, genitale e rettale, facendogli percepire tutto ciò che avviene nella sua struttura nonché il momento in cui attiva il ponte sensoriale "mente-corpo".
Un vecchio proverbio cinese afferma: ascolto e dimentico, vedo e ricordo, faccio e comprendo, ossia trovare nuove strategie di prevenzione e cura attraverso la consapevolezza e invertendo l'azione della gravità sul nostro organismo, aiutiamo tutti gli organi a non pesare su fasce e muscoli perineali, facilitiamo il movimento peristalsico, mobilizziamo il retto, l'utero e la vescica, diamo riposo ai legamenti che li sostengono.

Bibliografia

1. Goldfarb L. Lezioni di metodo Feldenkrais di Marta Martucci. Xenia Ed. 2011

Corrispondenza
lorylatorre@gmail.com

Lettura

Imaging: peculiarità dell'ecografia transperineale e della RMN dinamica della pelvi nell'adulto

VITTORIO PILONI
Specialista in diagnostica per immagini. Diagnostica Marche (Ancona), Affidea (Monselice)

A fronte di problematiche cliniche simili e strumenti diagnostici identici, rispetto a quanto osservato nel giovane, nell'adulto il ricorso all'imaging avviene spesso in prospettiva o a seguito di un atto chirurgico sulla pelvi. Questo emerge da una prima analisi del data base che, per omogeneità, ha preso in considerazione le indicazioni, la storia e le scelte diagnostiche effettuate in tutti i pazienti di età compresa fra i 40 e i 60 anni giunti consecutivamente nel Centro di riferimento di Monselice (Padova) nel periodo Gennaio-Dicembre 2022. Più precisamente, su 138 donne di età media 50.8 ±4.3 a. (range 41-60) in ben 82 (59%) la richiesta di accertamento diagnostico era stata avanzata per sintomatologia disfunzionale con o senza importante dolore a seguito di un atto chirurgico recente o pregresso per isterectomia (15), endometriosi (12), cesareo in urgenza (11), parto operativo (8), patologia fistolosa complessa (8), cisti del Bartolini (3), oltre ad uno sciame di altri interventi. Nei restanti 56 casi (41%), in cui non era presente un precedente chirurgico, l'imaging è stato richiesto, anche in vista di un eventuale indicazione chirurgica, per fare maggiore chiarezza sulle cause di una stipsi e/o defecazione ostruita (33), un dolore pelvico cronico di difficile inquadramento (29), un prolasso mono o pluricompartimentale (20), sintomi disurici (7). Nel maschio invece, su 54 casi (età media 49.6 ± 6.2 a, range 41-61 a.) solo in 20 (37%) la richiesta di accertamento era avvenuta in relazione ad un evento chirurgico che riguardava il più spesso una patologia fistolosa (8), una disostruzione prostatica (4) ernioplastica (3) e tutta una serie di altri interventi sulle vie genitali più o meno comuni (corporoplastica, cisti del prepuzio, orchidopessi, disforia di genere). Nella maggioranza dei casi (rimanenti 34 pari al 63%), l'imaging era stato richiesto per dolore cronico nella regione ano-scroto-perineale (18) associato il più delle volte a sintomi disurici (12) e ad una storia precedente o intercorrente etichettata come prostatite (10), il più spesso abatterica. Peculiare nell'adulto è stata la tendenza da parte dell'operatore a sperimentare l'integrazione fra le diverse tecniche tipo "fusion imaging" e cioè: (1) abbinamento ecografia/radiologia convenzionale nella incontinenza urinaria; (2) risonanza magnetica assistita da intelligenza artificiale nella caratterizzazione di sottogruppi di defecazione ostruita; (3) ecografia endoanale /RM nelle sepsi anoperianali; (4) neurorisonanza dei nervi periferici della pelvi e tests elettroneurofisiologici nelle sindromi dolorose.

L'impressione che si ricava da questa revisione della casistica è che, proprio nella fascia di età compresa fra i 40 e i 60 anni si giochi, nel bene o nel male, la carta della opzione chirurgica per il trattamento delle disfunzioni pelviperineali e che all'imaging spetti il compito di assistere il chirurgo in ogni difficile scelta.

Fino ad ora la tendenza del chirurgo è stata quella di gestire in totale autonomia la propria decisione e di considerare il radiologo un semplice fotografo al proprio servizio.

Fortunatamente, alcuni hanno già capito che questo atteggiamento è sbagliato ed hanno cominciato a collaborare veramente. E' in corso di implementazione una sorta di scheda a punti da 0 a 5 (0 = assente; 5 = eccellente) per misurare il livello di tale collaborazione e verificarne l'efficacia clinica. I risultati preliminari verranno presentati a Novembre a Padova nel corso della edizione finale di questa trilogia di eventi formativi ideata dal prof. Dodi per l'anno 2023.

Corrispondenza
vittorio.piloni@libero.it

Sessuologia lgbtq+

Sessuologia LGBTQ+, problematiche andrologiche, endocrinologiche

FRANCESCO PALLOTTI
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Enna "Kore"

Ad oggi è ampiamente accettato che il benessere sessuale sia parte integrante della definizione di salute e di qualità di vita. Purtroppo, questo aspetto viene talvolta messo in secondo piano durante la gestione del trattamento ormonale di affermazione del genere GAHT (gender affirming hormone therapy) delle persone transgender binarie e non binarie. Le ragioni sono varie, ma spesso implicano da parte del clinico un'esperienza insufficiente nell'affrontare i bisogni specifici di questa popolazione, oltre alla mancanza di strumenti validati clinicamente su persone transgender come ausilio nella valutazione oggettiva delle problematiche sessuologiche. La GAHT ha lo scopo di sopprimere le caratteristiche sessuali secondarie dell'individuo per poi sviluppare quelle del sesso esperito mediante la somministrazione di ormoni sessuali: androgeni per il trattamento virilizzante nelle persone AFAB (assigned female at birth) ed antiandrogeni associati ad estrogeni nelle persone AMAB (assigned male at birth)[1,2]. La modifica radicale dell'assetto ormonale dell'individuo può alterare radicalmente la sfera sessuale ed indurre importanti modificazioni, tra cui alterazioni della libido, della funzione erettile e della funzione orgasmica. Dati recenti suggeriscono che gli effetti negativi siano maggiori all'inizio della terapia per poi sfumare nel tempo, probabilmente a causa dell'attività degli ormoni/anti-ormoni esogeni. Infatti, soprattutto il trattamento con antiandrogeno (ciproterone acetato o spironolattone) può associarsi a ridotto tono dell'umore e a disfunzione erettile che potrebbe inficiare la sfera sessuale soprattutto dei soggetti che desiderano una transizione non binaria. Tuttavia, la terapia ormonale potrebbe anche esercitare effetti positivi. Infatti, gli ormoni androgeni (esteri del testosterone), si associano ad un aumento della libido nei soggetti in terapia virilizzante. Inoltre, un recente articolo[1] ha evidenziato come la GAHT può potenzialmente associarsi ad un miglioramento della funzione orgasmica sia in soggetti AFAB che AMAB dopo almeno un anno di terapia. Questi aspetti tuttavia rimangono poco studiati. Infine, bisogna sottolineare che un attento counseling endocrinologico/sessuologico delle persone transgender deve tenere in considerazione che il miglioramento della funzione sessuale in questi soggetti spesso è associato anche al miglioramento dell'inclusività e del funzionamento sociale secondari all'acquisizione del fenotipo desiderato dopo GAHT (ed eventuale completamento chirurgico) causato dal miglioramento

della percezione dell'immagine corporea del soggetto.

Bibliografia
1. Fisher, A. D., Senofonte, G., Cocchetti, C., Guercio, G., Lingiardi, V., Meriggiola, M. C., Mosconi, M., Motta, G., Ristori, J., Speranza, A. M., Pierdominici, M., Maggi, M., Corona, G., & Lombardo, F. (2022). SIGIS-SIAMS-SIE position statement of gender affirming hormonal treatment in transgender and non-binary people. Journal of endocrinological investigation, 45(3), 657–673. https://doi.org/10.1007/s40618-021-01694-2
2. Zaliznyak, M., Lauzon, M., Stelmar, J., Yuan, N., Smith, S. M., & Garcia, M. M. (2023). Effects of Gender-affirming Hormone Therapy on Orgasm Function of Transgender Men and Women: A Long Term Follow Up. Urology, 174, 86–91. https://doi.org/10.1016/j.urology.2023.01.002

Corrispondenza
francesco.pallotti@unikore.it

Chirurgia di "genere". Intervento chirurgico cambio di sesso uomo-donna / vaginoplastica (transgender)

PATRIZIO VICINI
Scienze Umane e Promozione della Salute - Università Tor Vergata Roma, Urologia - Università UniCamillus Roma
www.patriziovicini.it https://www.youtube.com/channel/UC_ufJei06oGXoXPm6ZGnydg

Vaginoplastica
L'intervento di Vaginoplastica nella Disforia di Genere in pazienti Transgender è la ricostruzione chirurgica delle strutture anatomiche dei genitali femminili.
Come si effettua
La tecnica chirurgica della Vaginoplastica nei pazienti transgender prevede rimozione dei testicoli, rimozione dei corpi cavernosi e del corpo spongioso uretrale, creazione della neovagina, creazione neoclitoride, labioplastica conr iconfigurazione della grandi e piccola labbra. Lo scopo principale della Vaginoplastica nella disforia di genere è la creazione di genitali dall'apparenza femminili. La procedura si è effettua in una single stage procedure.
Tecniche chirurgiche di Vaginoplastica
Oltre alla tecnica dell'inversione della cute peniena per ricostruire la neovagina, abbiamo poi la tecnica peno-scrotale che utilizza pelle del pene e dello scroto, infine abbiamo la colon-vaginoplastica che utilizza un segmento di colon o sigma per ricostruire la neovagina ed è riservata ai fallimenti delle precedenti due tecniche di vaginoplastica.
L'intervento di vaginoplastica rappresenta l'intervento di riconversione andro-ginoide e può essere effettuato con le seguenti metodiche chirurgiche:
tecnica del Flap peno-scrotale: la neovagina viene ricostruita con cute del pene e dello scroto
tecnica dell'Inversione di cute peniena: la neovagina viene ricostruita con il tessuto del pene
tecnica di Perovic: prevede l'utilizzo di un segmento di uretra per il confezionamento della neovagina
vaginoplastica peno-peritoneale: prevede l'utilizzo di un lembo di peritoneo per confezionamento neovagina
colon-vaginoplastica: prevede l'utilizzo del colon per la creazione della neovagina
L'intervento di cambio di sesso con vaginoplastica si procede basa sul completo disassemblamento penieno (successivo ad orchiectomia bilaterale) e sull'utilizzo di tutti i componenti anatomici disassemblati (eccetto i corpi cavernosi) per la vaginoplastica.
L'intervento chirurgico di cambio sesso Uomo vs Donna ossia vaginoplastica prevede che tutte le strutture anatomiche dell'apparato genitale femminile vengano ricostruite in un unico tempo. Il clitoride viene ricavato dalla riduzione del glande preservando il fascio vascolo-nervoso penieno; così confezionata la neovagina avrà una lubrificazione naturale ed un'eccellente sensibilità
Complicanze della Vaginoplastica
Le complicanze della vaginoplastica possono essere
- "precoci": sanguinamento, necrosi tissutale, apertura della ferita chirurgica
- "tardive" (dopo 4 mesi) : risultato estetico non ottimale, dolore pelvico, tessuto granulazione, peli nella neovagina, disturbi urinari, restringimento del meato uretrale esterno e dell' uretra, , prolasso neovagina, stenosi della neovagina, fistola enterica e/o urinaria.
Gestione complicanze
Utilizzare una medicazione compressiva per ridurre il rischio di ematoma che può causare a sua volta infezione, ascesso, ritardo della guarigione della ferita chirurgica, vanno evitati farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) nelle 48 ore prima dell' intervento.
La necrosi tissutale va trattata con medicazioni locali e dilatazioni per evitare stenosi della neovagina e perdita di profondità.
Difetti di tipo cosmetico ed estetici: solo chirurgia futura.
Apertura e deiscenza della ferita chirurgica: va trattata con medicazioni locali.
Per il dolore pelvico si utilizza terapia fisica, se insufficiente si passa a narcotici e neurolettici.
Tessuto di granulazione: va trattato con nitrato d'argento.
Peli in neovagina possono essere rimossi per via meccanica con creme specifiche, ma consigliato laser pre-intervento e post-intervento.
Complicanze urinarie possono richiedere effettuazione di una cistografia dopo aver posizionato un catetere sovrapubico e valutare il grado della stenosi, a volte le dilatazioni uretrali sono sufficienti, in caso di fallimento si ricorre ad interventi di meatoplastica, uretroplastica, riparazione di fistole uretro-neovagina.
Per evitare la stenosi della neovagina e perdita di profondita' sono fondamentali le dilatazioni nella neovagina stessa con protocollo seriato e costante.
Il prolasso vaginale può essere prevenuto per via chirurgica effettuando un ancoraggio al sacro spinoso durante la vaginoplastica primaria o riparato effettuando una colpo-sacropessi con approccio addominale.

Corrispondenza
info@patriziovicini.it

Chirurgia lgbtq+: flash sugli aspetti ginecologici

GIULIO DE MATTEIS, SARA PIZZACALLA
Centro di medicina Pelvica e Chirurgia Funzionale e Riproduttiva Casa di Cura Santa Famiglia, Roma

Matt Brännström è stato colui che per primo ha concepito l'dea del trapianto di utero con lo scopo di offrire la possibilità di portare avanti una gravidanza anche alle donne affette da Sindrome di Rockitansky. Tali paziente risultano caratterizzate da fenotipo femminile ma hanno vagina a fondo cieco e sono affette da agenesia dei genitali interni.
Questa pietra miliare nell'ambito della chirurgia ginecologica ha tuttavia aperto a strada a nuovi scenari. Infatti per le "transwomen", ossia individui geneticamente maschi ma con identità sessuale femminile, o nell'ambito delle coppie omosessuali di

individui biologicamente maschi, questo avanzamento scientifico ha alimentato la speranza di avere una gravidanza.
Bisogna tuttavia considerare al di la dell'aspetto etico, le numerose implicazioni medico scientifiche di questa chirurgia. Eseguire un trapianto d'utero richiede infatti la presenza di un donatore consenziente che possa essere vivo o cadavere. La necessità di eseguire un lungo intervento chirurgico: se per un'isterectomia normale infatti il tempo medio può essere di circa 20-60 minuti a seconda della difficoltà del caso, la preparazione di un utero affinché possa essere trapiantato, e dunque sia funzionante implica almeno 10-11 ore di intervento per completare l'isolamento di tutte le strutture vascolari.
In secondo luogo l'organo deve poter attecchire nel ricevente e deve poter essere funzionante e quindi deve "produrre" la mestruazione ogni mese ed essere in grado di ospitare un embrione e farlo nascere. La questione risulta assai complicata anche per il particolare "milieu" ormonale del ricevente stesso. Questi pazienti infatti richiedono spesso la castrazione chirurgica, perché il solo supplemento ormonale potrebbe non essere sufficiente. Ulteriori booster ormonali sono poi necessari per portare avanti la gravidanza garantendone il regolare sviluppo e le conseguenti necessarie modificazioni anatomico vascolari dell'utero. Infine per garantire il parto è da prediligere il cesareo, proteggendo l'organo trapiantato dal travaglio, che comunque non potrebbe essere biologicamente riprodotto perché il ricevente non percepirebbe le contrazioni non essendo possibile trapiantare le strutture nervose. Un'ulteriore riflessione va poi alla necessità di completare la chirurgia transgender con una neo vagina che possa permettere la fuoriuscita del sangue mestruale e comunque l'accesso alla cervice per le regolari procedure mediche e nel corso della gravidanza.
Dall'analisi dei singoli passaggi appare evidente il carico dal punto di vista emotivo e biologico di tali eventi e le numerose problematiche riscontrate in chi decide di sottoporsi a tale chirurgia. Intanto dunque va valutato attentamente il rapporto rischio beneficio di sottoporsi a intervento chirurgico, considerando le complicanze intra e post operatorie (sanguinamento, infezione, rigetto d'organo) e di cui il paziente deve essere adeguatamente informato. In secondo luogo l'aumentato rischio cardiovascolare per la sovraesposizione a booster ormonali e l'aumento del rischio oncologico. Tali rischi si sommano ovviamente a quelli propri della popolazione generale. Vanno poi aggiunte le implicazioni psicologiche e la difficoltà per le persone che si sottopongono a tale chirurgia a rivolgersi a personale medico appropriatamente qualificato, in primis anche per la carenza di tali figure .
Attualmente ci si attiene alle indicazioni della società internazionale di endocrinologia e alla World Professional Association of Transgender Health (W-PATH), che raccoglie una miscellanea di enti e società, ma appare difficile identificare (anche per la carenza di studi) delle linee guida univoche per il follow up di questi pazienti. Infine l'aspetto economico (una procedura di cambio sesso in USA può costare oltre 24 mila dollari) apre ulteriori scenari da considerare con quel che ne consegue in termini di etica e di esposizione dei pazienti a frodi ecc. Obiettivo primario deve dunque essere quello di identificare delle regole di condotta onde proteggerli dai rischi identificati, ma a priori partire da un appropriato counselling , possibilmente multidisciplinare , prima dell'approccio alla chirurgia che accolga l'individuo e lo accompagni nelle diversi fasi.

Corrispondenza
giuliodematteis@yahoo.it

Note di psicologia nella transizione di genere

BIANCA PESCATORI
Psicoterapeuta, Insegnante Mindfulness, www.biancapescatori.it

La maggioranza delle persone gay, lesbiche e bisessuali sono dotate di una buona salute mentale.
Considerando però le alte percentuali di esperienze traumatiche vissute da molte persone LGBTQ+ si rende necessaria una maggiore presa di consapevolezza da parte di tutti i professionisti che operano nel campo della salute mentale. La popolazione LGBTQ+ è maggiormente soggetta allo sviluppo di veri traumi psicologici riconducibili a due tipologie [1]: a) trauma correlato all'omofobia (homophobia-related trauma); b) trauma correlato alla non conformità o atipicità di genere (gender- non conformity o gender atypicality trauma).
Il *trauma correlato all'omofobia* può avere origini diverse: può derivare da esperienze dirette di bullismo o violenza omofobica, oppure dalla scoperta di avere un orientamento diverso da quello eterosessuale, accompagnata da vissuti di omofobia interiorizzata. Questo è così descritto nel "Manuale di intervento sul trauma"[2]: "L'interiorizzazione dello stigma fa sì che le persone LGBT provino, a livello più o meno consapevole, ansia, disgusto, sensi di colpa, vergogna, avversione, paura e disagio nei confronti dell'esperienza omosessuale e bisessuale, che in alcuni casi si traduce in un rifiuto del proprio orientamento sessuale, che può diventare traumatico".
Con l'espressione *non conformità o atipicità di genere* si intende la diversa espressione del proprio genere rispetto a quanto convenzionalmente atteso per maschio o femmina, in termini di atteggiamenti, aspetto fisico, comportamenti e interessi.
I *bambini/adolescenti LGBTQIA+* riferiscono di avvertire una non conformità di genere in media intorno agli otto anni, anche se il range varia dai tre ai diciotto anni.
Ma la ricerca ha anche evidenziato vari potenziali fattori di resilienza, sia a livello individuale che interpersonale: a livello *individuale* con un forte senso di sé, un'alta autostima e bassi livelli di omo/lesbo/bi/transfobia interiorizzata, l'aver fatto coming out; a livello *interpersonale* il contatto e senso di appartenenza alla comunità LGBTQ, il sostegno della famiglia e della rete amicale, la presenza di una relazione intima stabile.
Conclusioni: le proprie preferenze sessuali non possono essere scelte. Sempre di più, cadute le rigide categorie uomo/donna, si evince tutta una serie di possibilità di preferenze sessuali determinate non da una scelta, ma da una predisposizione biologica. I bambini/adolescenti LGBTQIA+ iniziano infatti ad avvertire intorno agli otto anni, i loro orientamenti sessuali, anche se il range varia dai tre ai diciotto anni. Possiamo infine vedere come rappresenti una grande risorsa quella di coloro che avendo accolto con fiducia le proprie predisposizioni sessuali si sentano parte di una forte comunità.

Bibliografia

3. Balsam, K. F., & Mohr, J. J. (2007). Adaptation to sexual orientation stigma: A comparison of bisexual and lesbian/gay adults.
4. Montano e Borzì, (2019). Manuale di intervento sul trauma

Corrispondenza
bianca.pescatori@gmail.com

La fisioterapia nei percorsi di affermazione di genere

SIMONA COLICCHIA
Fisioterapista, Roma, Presidente di Pavimento Pelvico Italia, fisiosimo@gmail.com

Le *persone transgender* sono quelle persone la cui identità di genere non corrisponde a quella tipicamente associata al sesso che è stato loro assegnato alla nascita (*cisgender*). Alcune vivono questa situazione con disagio e sentono la necessità di sottoporsi ad interventi chirurgici con lo scopo di modificare le proprie caratteristiche fisiche per farle corrispondere al genere con cui si identificano.
La continua evoluzione della medicina e della chirurgia, rende sempre più accessibile questo tipo di intervento e come Fisioterapisti che si occupano di riabilitazione del pavimento pelvico riconosciamo l'importanza dell'educazione alla gestione della nuova struttura *corporea*, oltre che dell'aiuto nel postoperatorio come normalmente avviene dopo qualsiasi intervento chirurgico.
Il pavimento pelvico è infatti una struttura del nostro corpo ancora poco conosciuta e considerata nel suo insieme. Viene riconosciuta importanza ad aspetti come forma, dimensioni, estetica, funzionalità nell'atto sessuale, ma viene presa in considerazione poco la sua importanza nella postura, nell'equilibrio e nella stabilità del corpo, nel benessere globale, nella quotidianità e nello sport.
Da quando nasciamo iniziamo ad utilizzare il nostro pavimento pelvico in modo automatico e inconsapevole, ricevendo una scarsa educazione al riconoscimento, alla tutela e alla cura di questa zona.
Inoltre il perineo maschile e quello femminile, come geneticamente strutturati, presentano delle differenze anche nella risposta alle sollecitazioni quotidiane come l'igiene, il sollevamento di un peso, l'impatto nell'attività sportiva. Riteniamo quindi che sia fondamentale, prima dell'intervento, una corretta informazione ed educazione del paziente alla gestione della nuova struttura al fine di favorire la buona riuscita dell'operazione, ma anche di poter mantenere nel tempo il risultato ottenuto.
Questo percorso sarebbe in linea teorica importante per ogni essere umano in quanto dotato di un pavimento pelvico che durante la vita, proprio per la scarsa informazione a riguardo, potrebbe presentare delle disfunzioni. Lo riteniamo ancora più importante per una *donna transgender* che avrà da gestire una struttura fisica più delicata e più soggetta a rischi, legati sia alla funzionalità della neostruttura, che ad eventuali prolassi causati da un sovraccarico strutturale, come si può verificare in tutti quei soggetti che soffrono di stipsi, di tosse cronica o che svolgono lavori pesanti, sport ad alto impatto, o ancora in quei soggetti che utilizzano un tono di voce alto per hobby o per lavoro (cantanti, insegnanti, ecc).
Ad oggi ciò che limita maggiormente le persone transgender nel rivolgersi ad un professionista sanitario è la paura del non riconoscimento (*misgendering*). Riconoscere una persona significa riconoscerla per come essa stessa si identifica, chiamandola per nome con il nome di elezione e rispettando la sua identità di genere. E' importante anche che tutto il personale dello studio sia preparato ad accogliere qualsiasi persona fin dal momento dell'accettazione.
La difficoltà dell'operatore sanitario è data dal dover considerare contemporaneamente l'aspetto etico/empatico, che vuole riconoscere la persona nella sua globalità e nella sua identità di genere, e l'aspetto puramente fisico/biologico che lo porta a considerare solo una parte del corpo di quella persona. L'operatore sanitario dovrebbe avere sempre, e a prescindere, un atteggiamento non giudicante nei confronti di qualsiasi paziente, tuttavia per migliorare la capacità di "accogliere" una persona trans, è indispensabile avere almeno una conoscenza base sulla *terminologia* (per esempio uomini transgender = aspiranti uomini, donne transgender = aspiranti donne) e sul corretto uso dei pronomi, nonostante anche questo aspetto sia in continuo cambiamento.

Corrispondenza
fisiosimo@gmail.com

Sessuologia Lgbtq+: intervista a Melissa

STELLA DE CHINO
Fisioterapista, educatrice, consulente sessuale. Schio (VI)

Melissa, ragazza transgender, 25 anni, ha una storia che merita di essere raccontata.
Nata e cresciuta nel profondo sud, comprende molto presto che il suo genere di appartenenza è quello femminile. Attraverso una serie di passaggi di carattere emozionale, la ricerca di aiuto e supporto nei gruppi facebook, il superamento delle resistenze della famiglia e il percorso di psicoterapia, interrotto per sei mesi per le difficoltà incontrate a casa, matura la decisione di sottoporsi alla terapia ormonale e all'intervento di transizione di genere a soli vent'anni, andando in Thailandia. Racconta di aver trovato accoglienza e sostegno dai medici di Catania, organizzati in un'equipe specializzata in quest'ambito.
La sua decisione di operarsi in Thailandia è stata legata all'esigenza di accelerare i tempi perché l'iter, in Italia, richiede alcuni anni. La famiglia, dopo un primo momento di smarrimento l'ha sostenuta e aiutata anche nelle spese di intervento.
La sua sessualità attuale è appagante e ricca di tutte quelle sfacettatture che ogni donna conosce. Superate le prime difficoltà con l'uso dei dilatatori, la neovagina è stata totalmente integrata nel vissuto della ragazza che riferisce un piacere sia clitorideo che vaginale ovviamente variabile a seconda del coinvolgimento.
Melissa lascia un messaggio molto positivo del suo percorso: la transizione può essere davvero serena se in questo percorso si trova il sostegno sociale e familiare necessario per poter affrontare quello che è un grande cambiamento; le reazioni di smarrimento dei familiari hanno richiesto tempi che Melissa ha saputo rispettare e questo le ha permesso di vivere il processo in armonia con se stessa e con chi ama.
Attualmente vive a Padova, ha un fidanzato ed è molto appagata dalla sua relazione.

Corrispondenza
stelladechino@gmail.com

Il microbiota nelle disfunzioni uro-gineco-andro-proctologiche dell'adulto

Il microbiota nelle disfunzioni uro-gineco-andro-proctologiche dell'adulto: implicazioni "mediche generali" e ruolo nella genesi della Sindrome dell'Intestino Irritabile

GABRIELE BAZZOCCHI

Professore dell'Alma Mater Università di Bologna, Già Direttore della UOC di NeuroGastroenterologia e Riabilitazione Intestinale del Montecatone Rehabilitation Institute di Imola.

Disfunzione Pelvica (DP) e Dolore Pelvico Cronico (CPP) riconoscono cause molteplici e diverse a seconda del sesso e dell'età. È evidente che in presenza di patologie quali endometriosi, dismenorrea, sindrome del dolore miofasciale, congestione del residuo ovarico, congestione pelvica, fibrosi pelvica, pelvi neurodistonica, dolore da cancro, aderenze dopo interventi chirurgici, proctite da radiazioni, ostruzione ureterale e altre, tutte cause di DP e CPP[1], una sempre possibile alterazione del microbiota negli organi cavi della cavità pelvica (tratto digerente, vescica, vie urinarie, prostata e vagina) potrebbe non essere particolarmente rilevante. Al contrario, quando l'origine della DP è attribuibile a condizioni "disfunzionali" caratterizzate da fenomeni di micro-infiammazione e attivazione dell'immunità cellulare e umorale, come avviene per la vulvodinia, la cistite interstiziale, la prostadinia o la Sindrome dell'Intestino Irritabile, tutte altre cause di DP e CPP, il coinvolgimento del microbiota può essere fondamentale per la genesi dei disturbi. In altre parole, quando il CPP è assimilabile ad un dolore viscerale, le evidenze scientifiche più recenti dimostrano che la sua causa è spesso da ricercare in un'alterazione del microbiota degli organi contenuti nella pelvi e del suo rapporto con l'ospite. Il dolore viscerale riconosce diversi meccanismi patogenetici e, in particolare per quanto riguarda gli organi cavi, distensione, contrazione parossistica, ipossia e fenomeni infiammatori, che sono tutti mediati dall'interazione con il microbioma e con le molecole da esso prodotte od al cui meccanismo d'azione contribuisce. Queste sostanze hanno il potenziale di esercitare forti effetti sulle cellule della parete intestinale la cui struttura e funzione sono a loro volta sotto il controllo del Sistema Nervoso Centrale, Periferico e del Sistema Nervoso Autonomo.

Esistono molteplici modalità con cui il microbiota può influenzare l'interazione tra l'intestino e il sistema nervoso, compreso il cervello. I componenti di questo legame complesso sono una rete di cellule bersaglio/trasduttori collocate nella parete intestinale che funzionano come interfaccia tra i microrganismi e l'ospite. Questo network è costituito da cellule immunitarie, cellule enterocromaffine, cellule muscolari lisce, cellule interstiziali di Cajal, neuroni enterici, cellule epiteliali, in particolare le cellule dendritiche[2]. In relazione a fattori di disturbo esterni o interni, il cervello agisce modulando l'organizzazione e le funzioni di queste cellule attraverso l'innervazione del SNA (cioè attraverso le catecolamine e l'acetilcolina) e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. Il microbiota è in costante comunicazione bidirezionale mediante questa interfaccia attraverso molteplici percorsi e i canali di comunicazione sono modulati in risposta alla perturbazione del microbiota, o del cervello, mediante variazioni nella permeabilità della barriera epiteliale intestinale e della barriera emato-encefalica. In particolare, ad oggi, è noto che il microbiota intestinale può modulare il SNC attraverso i seguenti meccanismi: i) sintesi di prodotti microbici neuroattivi (come gli SCFA); ii) stimolazione del rilascio di citochine da parte delle cellule immunitarie della mucosa; iii) stimolazione del rilascio di ormoni (come la serotonina) da parte delle cellule enteroendocrine, che entrano nel flusso sanguigno e/o agiscono sui nervi circostanti; e iv) stimolazione diretta delle fibre afferenti, come il nervo vago. Gli acidi biliari secondari e i metaboliti del triptofano sono altre molecole derivate dal microbiota con un ruolo nell'influenzare la neurotrasmissione del sistema nervoso centrale, ma è probabile che molti altri mediatori prodotti o forniti dal microbiota siano in grado di attraversare la mucosa intestinale, entrare nella circolazione sistemica e quindi attraversare il barriera emato-encefalica. Recentemente, è stato messo insieme un catalogo del potenziale neuroattivo del microbioma intestinale umano, suggerendo associazioni positive tra produttori di butirrato (cioè *Faecalibacterium* e *Coprococcus*) e indicatori di qualità della vita più elevati, probabilmente mediate dagli SCFA e dal metabolita della dopamina 3,4-diidrossifenilacetico acido [3]. Tuttavia, non è chiaro se le sostanze di derivazione microbica intermedie di questo processo raggiungano direttamente i siti cerebrali in concentrazioni locali sufficienti a modificare circuiti cerebrali distinti, o se i segnali microbici comunichino principalmente attraverso percorsi neurali che coinvolgono afferenze vagali e/o spinali [4]. Le interazioni microbioma cervello-intestino sono programmate durante i primi 3 anni di vita, compreso il periodo prenatale, ma possono essere modulate durante il suo corso, dalla dieta e da altri fattori.

Il dolore addominale caratterizzato da gonfiore e distensione è stato attribuito all'ipersensibilità viscerale ed a stimoli meccanici e chimici. Molti studi documentano un ruolo del microbioma intestinale nella regolazione della percezione intestinale: si tratta per lo più di studi gnotobiotici che mostrano il trasferimento del fenotipo di ipersensibilità viscerale dopo il trapianto di microbiota intestinale da pazienti con FGID, generalmente IBS, in topi privi di germi [5,6]. Altri studi confermano che il profilo del microbiota gastrointestinale è alterato nei pazienti affetti da dolore viscerale cronico o ricorrente [7,8]. È stata trovata una correlazione tra ipersensibilità viscerale e un aumento dell'abbondanza di Escherichia coli seguita dall'induzione di ipersensibilità in risposta alla introduzione mediante sonda gastrica di E. coli nei topi [9]. Come mostrano questo studio e molti altri, la distruzione del microbiota intestinale nelle prime fasi della vita è associata a cambiamenti a lungo termine nella sensibilità viscerale, sottolineando l'importanza del microbioma intestinale nel neurosviluppo delle vie del dolore [10]. Tuttavia, gli esatti meccanismi attraverso i quali i batteri influenzano la percezione e la sensazione viscerale devono ancora essere determinati, e rimane difficile discernere se questi cambiamenti siano causali e danneggino l'ospite, o se il profilo alterato del microbiota sia una risposta appropriata alla lesione tissutale, all'infiammazione, al danno occorso nell'ospite. Certamente, studi preclinici che includevano somministrazione di prebiotici, probiotici e antibiotici, trapianto fecale e l'uso di animali germ-free, hanno migliorato la nostra comprensione del ruolo del microbiota, suggerendo alcuni possibili meccanismi. Questi includono: l'attivazione da parte del microbiota, dei recettori epiteliali μ-oppioidi e cannabinoidi, come mostrato dopo la somministrazione orale di ceppi di *Lactobacillus* nei roditori [11], la regolazione delle vie neuronali centrali e periferiche [12,13], gli effetti anti-nocicettivi derivanti dall'inibizione del recettore transitorio potenziale vanilloide come mostrato con la somministrazione di *Lactobacillus reuteri* nei ratti [14], metaboliti microbici, in particolare acidi organici, o sottoprodotti, come l'ossido nitrico, che alterano la sensibilità e influenzano la contrazione del citoscheletro dei colonciti, e la successiva apertura delle tight junction [15], e molecole

bioattive di derivazione microbica come l'acido γ -amminobutirrico (GABA), come mostrato con la somministrazione di *Bifidobacterium dentium*, produttore appunto di GABA [16]. Esistono poi altri studi che dimostrano che i probiotici attenuano la risposta nocicettiva alla distensione del colon-retto [17,18], ma la traduzione dei risultati dai modelli animali agli esseri umani rimane sempre una sfida. Ad esempio, è stato riscontrato che la somministrazione rettale di butirrato aumenta l'ipersensibilità del colon nei ratti, ma diminuisce la sensibilità viscerale nei soggetti umani sani [19,20].

Riassumendo, sono molto convincenti i dati che suggeriscono che la disbiosi intestinale, sia che sia già presente nelle prime fasi della vita e quindi influenzi lo sviluppo delle vie del dolore, sia che si manifesti più tardi in relazione a fattori ambientali, stress, dieta o altro, potrebbe essere l'elemento centrale che determina una bassa soglia per il dolore viscerale. Tuttavia, sarà probabilmente molto difficile identificare le esatte sostanze prodotte dal microbioma intestinale, o dai microbiomi di altri organi cavi della pelvi, responsabili dell'insorgenza e della modulazione del dolore, poiché queste possono variare da individuo a individuo in relazione alla resilienza del loro ecosistema microbico alle perturbazioni a breve e lungo termine dell'ambiente ospite. Non ultimo, deve essere presa in considerazione la dinamica del microbioma intestinale nel corso della vita, con le differenti caratteristiche distintive nelle sue diverse fasi [21].

Bibliografia

1. Steege JF, Metzger DA, Levy BS eds. Chronic Pelvic Pain. An integrated Approach. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1998.
2. Hollister EB, Gao C, Versalovic C. Compositional and functional features of the gastrointestinal microbiome and their effects on human health. Gastroenterology 2014; 146: 1449-1458.
3. Valles-Colomer M, Falony G, Darzi Y et al. The neuroactive potential of the human gut microbiota in quality of life and depression. Nat Microbiol 2019; 4: 623-632
4. Osadchiy V, Martin CR, Mayer EA. The Gut-Brain Axis and the microbiome: mechanisms and clinical implications. Clin Gastroenterol Hepatol 2019; 17: 322-332.
5. Crouzet L, Gaultier E, Del'Homme C et al. The hypersensitivity to colonic distension of IBS patients can be transferred to rats through their fecal microbiota. Neurogastroenterol Motil 2013; 25: e272-e282
6. Rea K, O'Mahony SM, Dinan TG et al. The Role of the Gastrointestinal Microbiota in Visceral Pain. Springer International Publishing: Handbook of Experimental Pharmacology 2016
7. Shankar V, Homer D, Rigsbee Let al. The networks of human gut microbe-metabolite associations are different between health and irritable bowel syndrome ISME J 2015; 9:1899–1903
8. Simren M, Barbara G, Flint HJ et al. Intestinal microbiota in functional bowel disorders: a Rome foundation report. Gut 2013; 62:159–176
9. Riba A, Olier M, Lacroix-Lamande S et al. Paneth cells defects induce microbiota dysbiosis in mice and promote visceral hypersensitivity. Gastroenterology 2017; 153: 1592-1606 e2
10. O'Mahony SM, Felice VD, Nally K et al. Disturbances of the gut microbiota in early life selectively affects visceral pain in adulthood without impactive ot anxiety related behaviors in male rats. Neuroscience 2014; 277: 885-901.
11. Rousseaux C, Thuru X, Gelot A et al. Lactobacillus acidophilus modulates intestinal pain and induces opiod and cannabinoid receptors. Nat Med 2017; 13: 35-37.
12. Ait-Belgnaoui A, Eutamene H, Houdeau E et al. Lactobacillus farciminis treatment attenuates stress-induced overexpression of Fos protein in spinal and supraspinal sites after colorectal distension in rats. Neurogastroenterol Motil 2009; 21: 567-573.
13. Kunze WA, Mao YK, Wang B et al. Lactobacillus reuteri enhances excitability of colonic AH neurons by inhibiting calcium-dependent potassium channel opening. J Cell Mol Med 2009; 13:2261-2270.
14. Perez-Burgos A, Wang L, McVey Neufeld KA et al. The TRPV1 channel in rodents is a major target for antinociceptive effect of the probiotic Lactobacillus reuteri DSM 17938. J Physiol 2015; 593: 3943-3957.
15. Ait-Belgnaoui A, Han W, Lamine F et al. Lactobacillus farciminis treatment suppresses stress induced visceral hypersensitivity: a possible action through interaction with epithelial cell cytoskeleton contraction. Gut 2006; 55: 1090-1094.
16. Pokusaeva K, Johnson C, Luk B et al. GABA-producing Bifidobactrium dentium modulates visceral sensitivity in the intestine. Neurogastroenterol Motil 2017; 29
17. Agostini S, Goubern M, Tondereau V et al. A marketed fermented dairy product containing Bifidobacterium lactis CNCM I-2494 suppresses gut hypersensitivity and colonic barrier disruption induced by acute stress in rats. Neurogastroenterol Motil 2012; 24:376-e172
18. McKernan DP, Fitzgerald P, Dinan TG et al. The probiotic Bifidobacterium infantis 35624 displays visceral antinociceptive effects in the rat. Neurogastroenterol Motil 2010; 22:1029–1035
19. BourduS, Dapoigny M, Chapuy E et al. Rectal instillation of butyrate provides a novel clinically relevant model of noninflammatory colonic hypersensitivity in rats. Gastroenterology 2005; 128; 1996-2008
20. Vanhoutvin SA, Troost FJ, Kilkens TO et al. The effects of butyrate enemas on visceral perception in healthy volunteers. Neurogastroenterol Motil 2009; 21: 952-e76
21. Kundu P, Blacher E, Elinav E et al. Our gut microbiome: the evolving inner self. Cell 2017; 171: 1481-149

Corrispondenza
gabriele.bazzocchi@unibo.it

The urinary microbiota: urogynecological and proctological implications

ANTONELLA GIANNANTONI
Responsabile UOS: Diagnosi e cura delle patologie pelvi-perineali
Unità Operativa Complessa di Urologia, Azienda Ospedaliera, Ospedale San Camillo De Lellis, Rieti

Since the first description in 2012 of bacteria in the female urinary bladder, a significant amount of information has been obtained about the urinary microbiota in healthy women and in those affected by urinary disturbances[1].

According to previous studies, the female urinary microbiota appears to be dominated by a single genus, in most cases represented by Lactobacillus. Other genes less frequently identified are Gardnerella, Streptococcus, Staphylococcus, or Corynebacterium. The genera Aerococcus, Actinomyces, or Bifidobacterium can be observed more rarely. Sometimes, the dominant taxon is the family Enterobactericeae, which contains the genus Escherichia. In few cases, there is no dominant genus or family. Another important feature is the diversity of microbes within the community. The urinary microbiota of some women presents with many organisms, in other cases very few or even a single microbe can be detected[2]. Lactobacillus species are common dominant members also of the vaginal microbiota and play a protective role. Indeed, certain Lactobacillus species that colonize the vagina excrete lactic acid and hydrogen peroxide, thus inhibiting the growth of E. coli. In, addition, the specific species of Lactobacillus may vary[3].

From published studies, it appears that a relationship exists between some species and a specific clinical condition. L. gasseri has been found more common in the bladders of women with urge urinary incontinence (UUI). Statistical associations have been identified between UUI symptoms and several bacterial species, including Actinomyces neuii, Actinotignum schaalii, Aerococcus urinae, Corynebacterium coyleae, Corynebacterium riegelii, Oligella urethralis, and Streptococcus anginosus[4]. Of importance, it seems that less microbial diversity is present in women who respond to oral medication for UUI than in those who do not or who require increased medication doses[4,5]. This information allows to consider a possible phenotyping of women with UUI according to their urinary microbiota. In additions, significant associations have been detected between microbial evenness and hormonal status, as menopausal women present with increased microbial evenness and their urinary microbiota seems less likely to be predominated by a single microbe[2].

With regards to urinary tract infections (UTIs), it has been observed that urinary microbiota perturbations may precede the

development of UTIs and that it normalizes after treatment, thus suggesting its relative stability over time[6]. The question is whether these findings can be exploited for risk reduction and treatment purposes. The relationships between urinary, vaginal and gut microbiota are under a deep investigation. It has been reported that the gut, vagina, and urinary bladder represent a trifecta of anatomical sites strictly involved in the pathogenesis of UTI, with resident microbiota either serving as a potential reservoir of uropathogenic bacteria, or protecting us from their potential to cause UTIs[7].
More evidence show that the urine microbiota plays an important role in the occurrence and development of interstitial cystitis (IC). Fewer Lactobacillus with antibacterial properties has been observed in IC patients compared to controls[4]. In another study, 4 opportunistic pathogen genera, including Serratia, Brevibacterium, Porphyromonas, and Citrobacter, were significantly upregulated in patients affected by IC as compared to controls[8].

References

1. Wolfe A.J., Toh E., Shibata N., et al. Evidence of uncultivated bacteria in the adult female bladder. J Clin Microbiol. 2012; 50:1376–83.
2. Thomas-White KJ, Kliethermes S., Rickey L., et al. Evaluation of the urinary microbiota of women with uncomplicated stress urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol. 2017; 216:55.e1–55.e16.
3. Price T.K, Dune T., Hilt E.E., et al. The clinical urine culture: enhanced techniques improve detection of clinically relevant microorganisms. Clin Microbiol. 2016;54:1216–22.
4. Pearce M.M., Hilt E.E., Rosenfeld A.B., et al. The female urinary microbiome: a comparison of women with and without urgency urinary incontinence. MBio. 2014;5: 01283–14.
5. Thomas-White K.J., Hilt E.E., Fok C., et al. Incontinence medication response relates to the female urinary microbiota. Int Urogynecol J. 2016; 27:723–33.
6. Bossa L., Kline K., McDougald D., et al Urinary catheter-associated microbiota change in accordance with treatment and infection status. PLoS ONE 2017, 12: e0177633.
7. Meštrović T., Matijašić M., Perić M., et al. The Role of Gut, Vaginal, and Urinary Microbiome in Urinary Tract Infections: From Bench to Bedside. Diagnostics 2020; 22;11:7.
8. Xu H., Tamrat N.E., Gao J., et al. Combined Signature of the Urinary Microbiome and Metabolome in Patients With Interstitial Cystitis. Front Cell Infect Microbiol. 2021; 11:711746.

Corrispondenza
a.giannantoni@asl.rieti.it

Il microbiota nelle disfunzioni ginecologiche dell'adulto

GIULIO DE MATTEIS, SARA PIZZACALLA
Centro di medicina Pelvica e Chirurgia Funzionale e Riproduttiva Casa di Cura Santa Famiglia, Roma

Lo studio del microbiota negli anni recenti si imposto non solo in ambito gastroenterologico ma anche ginecologico visto l'importante ruolo svolto dai batteri nella bioregolazione di diverse funzioni. Molte tra le patologie ginecologiche più frequenti inoltre possono in ultima analisi essere associate alla composizione e a cambiamenti della stessa del microbiota dell'individuo. Tra queste in particolare riconosciamo la sindrome dell'ovaio policistico, le vaginosi batteriche, l'endometriosi, i fibromi ovarici e sorprendentemente è stata riscontrata una correlazione anche con patologie oncologiche come il carcinoma dell'endometrio e della cervice.
Gli studi recenti dimostrano l'importanza del microbiota intestinale, vaginale e uterino nel mantenimento dell'omeostasi di diversi organi che vanno dalla cute al tratto genitale femminile. I batteri e i loro metaboliti sono infatti in grado di controllare diversi pathway inclusi quelli riguardanti la rottura del DNA a doppia elica e i sistemi di controllo della rottura di porzioni di DNA potendo indurre apoptosi o differenziazione cellulare. Il termine *disbiosi* dunque fa riferimento ad alterazioni di questo equilibrio che portano alla proliferazione di ceppi batterici dannosi.
I *neonati* acquisiscono il microbioma della madre al momento del parto, passando nel canale vaginale, o dopo un taglio Cesareo se appoggiati alla cute. Molti fattori tuttavia contribuiscono a modificare la composizione finale del microbioma, ed essi includono: età, etnia, dieta, esercizio fisico, chemioterapia, probiotici e prebiotici, fumo, stress, esposizione ad agenti chimici che modificano il sistema endocrino. A sua volta il microbioma interagisce con il sistema immunitario dell'ospite, ed è autonomamente attivo dal punto di vista metabolico potendo produrre variazioni di pH con conseguenti modificazioni del micromabiente tissutale dell'ospite stesso.
Ricerche recenti suggeriscono una connessione tra alcuni batteri intestinali femminili e alcuni tra i disordini ginecologici più frequenti come notoriamente le vaginosi batteriche, il carcinoma endometriale e cervicale, la sindrome dell'ovaio policistico, la sindrome post menopausale, l'endometriosi, le endometriti e i fibromi uterini.
Brevemente il microbiota delle vie genitali femminili varia passando dalle vie genitali basse ai genitali interni e sono stati identificati quattro *sottotipi* principali a seconda del cluster di microrganismi che prevale (in particolare il tipo di Lattobacillo) e conseguentemente le variazioni di pH. Passando al IV sottotipo di microambiente vaginale la prevalenza di Lactobacilli sarà inferiore e tenderanno ad essere prevalenti specie microbiche anaerobiche. Il microbiota femminile e quindi il sottotipo varia con età, modificazioni ormonali, abitudini di vita ed esposizione ambientale. Alterazioni della modificazione del microbiota vaginale e uterino possono dunque condurre a condizioni patologiche in cui a seguito di variazioni di ph possono moltiplicarsi specie patogene conducendo a vaginosi batterica o endometriti.
Una menzione particolare va poi al microbiota intestinale il quale svolge un ruolo nel metabolismo degli estrogeni coniugati grazie alla beta-glucuronidasi prodotta dai batteri. Gli estrogeni deconiugati (dunque liberi e attivi) possono circolare nel sangue e interagiscono con i recettori estrogenici . Si parla quindi di estroboloma: sono i geni del microbiota intestinale coinvolti nel metabolismo degli estrogeni ed endoboloma ossia i geni del microbiota coinvolti nel metabolismo degli steroidi.
Appare evidente dunque che una disbiosi intestinale alterando la composizione del microbioma e di conseguenza dell'estroboloma e dell'endoboloma può influenzare un ampio range di disordini negli organi ginecologici responsivi all'attività degli estrogeni, associandosi in genere a condizioni di iperestrogenismo. Particolare menzione va fatta all'alterazione tra il rapporto tra i Firmicutes/ Bacteroides che conduce ad aumento degli estrogeni deconiugati in cicrolo e pertanto aumento dell'attività estrogenica negli organi bersaglio. Da quanto enunciato il legamento con condizioni come la sindrome dell'ovaio policistico, i fibromi uterini e non ultima l'endometriosi e i carcinomi dell'endometrio e della cervice, nonché le affezioni dello stato post menopausale.
In conclusione diversi studi negli ultimi venti anni hanno ampiamente dimostrato l'importante ruolo del microbiota nella regolazione delle funzioni omeostatiche anche in ambito ginecologico. In futuro si prospetta che la manipolazione del microbiota intestinale possa essere sfruttata a fini terapeutici.

Corrispondenza
giuliodematteis@yahoo.it

Influenze dirette e indirette del microbiota intestinale sulla psiche

NOEMI DE ANGELIS
Unità di Colonproctologia, Clinica Parioli, Roma

Espressioni come "un nodo allo stomaco", "un pugno nello stomaco" o "farsela sotto" confermano che la zona dell'addome e l'apparato gastrointestinale sono punti in cui tendiamo a somatizzare situazioni di stress. Non a caso l'intestino è conosciuto come "il secondo cervello". Diversi studi hanno confermato che esiste un asse di comunicazione tra intestino e psiche. La neuro gastroenterologia è proprio la disciplina che studia il rapporto tra cervello, stomaco e intestino.
Ma c'è di più: in pazienti in condizioni di ansia o depressione, il malessere mentale può concentrarsi proprio nell'intestino. Ecco perché non ci sono risposte risolutive di cure che puntano solo al sintomo. Ormai sempre più gastroenterologi sposano un approccio olistico che inglobi anche e soprattutto una terapia psicologica del paziente.
Stress e ansia cronica interagiscono sulla flora intestinale dando vita ad un circolo vizioso che può condizionare la vita quotidiana. La ricerca su questo argomento, anche se recente, è corposa e porta a risultati affascinanti. La medicina occidentale sta scoprendo quello che gli orientali sembrano sapere da tempo. Secondo la filosofia zen è intorno all'ombelico che si trova l'***hara***, il punto dal quale nascono le virtù di calma e consapevolezza**.**
La svolta nel pensiero scientifico contemporaneo risale al 1998, quando Michael Gershon[1], della Columbia University di New York, pubblica *The Second Brain*, il volume in cui per la prima volta troviamo espresso il concetto di "secondo cervello" in riferimento all'intestino.
Nel 2019 i ricercatori del VIB-KU di Leuven, nei Paesi Bassi, hanno indagato alcune specifiche colonie di batteri presenti all'interno del microbioma intestinale, in grado di stabilire un collegamento (positivo o negativo) con la salute mentale. La scoperta potrebbe portare ad uno dei primi cataloghi del microbioma intestinale dedicato alla neuroattività.
Degno di nota uno studio italiano di due anni fa, condotto da quattro ricercatrici presso il polo universitario milanese Humanitas[2]. La ricerca, pubblicata su Science[2], ha scoperto che quando il cervello intercetta segnali infiammatori provenienti dal colon,capisce che l'intestino è più vulnerabile del dovuto, come fosse una bustina di tè bucherellata; per evitare di essere contaminato da sostanze tossiche chiude una delle sue barriere, il plesso coroideo. L'isolamento però ha conseguenze sull'umore, generando situazioni di stress e malinconia. La combinazione per aprire questo cancello e ristabilire il benessere psico fisico si trova proprio agendo sui due fronti: intestino e mente.
L'intestino è chiamato il secondo cervello perché anche in questa si possono localizzare ed esplicitare i segni e i sintomi dell'ansia e delle tensioni; specialisti medici e psicologi possono e devono lavorare in sinergia.

Bibliografia
1. Gershon, M.D. (1998). The Second Brain., Harper Collins, New York, N.Y., pp. 1-312.1
2. Carloni S et al. Identification of a choroid plexus vascular barrier closing during intestinal inflammation. Science. 2021 Oct 22

Corrispondenza
psicologadeangelis@gmail.com

Sessione pratica

DeVis, la decompressione viscerale

LOREDANA LA TORRE
Fisioterapista specialista in riabilitazione del pavimento pelvico, Ospedale Regina Margherita, Roma

Il paziente viene invitato a percepire la distribuzione omogenea del peso corporeo in tutte le posture, allineando testa, gabbia toracica e bacino, creando la neutralità di quest'ultimo, mantenendo le curve fisiologiche della colonna e degli arti inferiori, alla ricerca di un continuo allineamento e di una tensione funzionale di tutta la struttura.
Il nostro corpo è ricoperto da una ragnatela fasciale che avvolge e connette tutte le strutture interne ed esterne. Non è possibile avere un corpo sano senza un sistema fasciale sano. La fascia è soggetta a forze di trazione e compressione, che si distribuiscono sulla struttura secondo una logica *tensegrità* (integrità di tensione) e se i tessuti vengono sollecitati sia in allungamento che in compressione si idratano, funzionano in equilibrio; se sono presenti restrizioni fasciali e strutturali tutti i sistemi corporei subiscono compensi ed alterazioni funzionali.
Il padre della tensegrità è Richard B. Fuller un architetto, filosofo e inventore (1895-1983). Le composizioni tensegritive sono stabili non per la resistenza dei singoli componenti, ma per la distribuzione e il bilanciamento dell'intera struttura che è in grado di adattarsi efficacemente agli stress meccanici.
La vita frenetica che facciamo ci allontana dai continui messaggi che il corpo invia. La nostra mente è invasa dai pensieri e dalle mille cose da fare, è difficile fermarsi e staccare da tutti gli imput che abbiamo, non fare nulla, liberare mente e corpo dall'ansia o dallo lo stress che ci coinvolge continuamente; sembra quasi di sprecare il nostro tempo se spegniamo computer o il cellulare, ci sentiamo quasi in colpa perché dobbiamo essere continuamente connessi, ma il corpo, come qualsiasi altra macchina che deve funzionare al meglio, ha bisogno di staccare, ha bisogno di fermarsi, svuotare la mente e lasciare la tensione di tutti i tessuti che ci contengono, smettere di stare continuamente in "apnea". Se questo non accade, con il tempo, arriva il disagio, l'infiammazione, la disfunzione, la malattia e siamo obbligati a fermare la nostra corsa affannosa.
Se portassimo consapevolezza al nostro respiro, creando un ponte sensoriale "mente-corpo" portando la giusta attenzione ai movimenti e alle posture che adottiamo nel quotidiano, potremmo percepire ciò che accade al nostro fisico nel momento in cui flettiamo la testa per osservare il cellulare o il computer, e sentire come ogni singola parte della struttura si modifica per assecondare un movimento; riusciremmo a percepire la pressione costante che esercitiamo a livello addominale e pelviperineale, i cambiamenti delle curve scheletriche, l'alterazione delle tensostrutture che avvolgono e sostengono scheletro ed organi (Fig.1).
Organi, ossa, articolazioni hanno bisogno di spazio, necessitano di una tensione fisiologica, per eliminare i detriti, per mantenere la salute, la funzionalità orga-

Fig.1- Postura scorretta e corretta

Fig.2- Esercizio deVis in posizione supina: allineamento occipite gabbia toracica e sacro, espirazione con mandibola rilassata, pressione delle mani sulle gambe, "decoattazione" delle anche (coattazione è il riadattamento di una articolazione), far pressione coi piedi (tripode), attivazione del centro tendineo perineale, mobilizzazione del coccige, schiena "lunga".

Fig.3- Esercizio deVis in decubito laterale: allineamento dei tre contenitori, costole a contatto della terra, mano sulla cresta iliaca, (apertura dello spazio costole bacino) attivazione del canale anale, mobilizzazione del coccige, pressione del braccio in estensione, tutto il lavoro si svolge in espirazione con mandibola morbida e bocca a canale aperto.

nica e strutturale.
Il *metodo deVis*, inventato dall'Autrice, ci porta all'autoascolto, ci mette in relazione con la gravità, ci invita a sbagliare, per imparare a trovare posture e respirazioni adattate alla funzione da svolgere (*errando discitur* dicevano a Roma passeggiando nel Foro).
Il paziente viene invitato a percepire gli appoggi, le curve della colonna, la distribuzione del peso corporeo, il ritmo respiratorio, la posizione del bacino, il rombo perineale in tutte le posture, creando continuamente l'allineamento costante della testa, della gabbia toracica e del bacino e riproponendo gli spazi osteo-articolari di tutto il corpo. Così facendo si dà respiro e movimento a tutti gli organi permettendo la trasmissione delle forze che vanno in direzione craniale e caudale coinvolgendo in discesa e in risalita anche e pavimento pelvico.

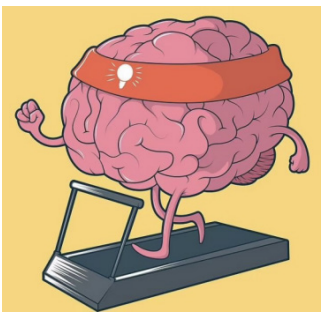


Fig. 4- Quando una mente fantasiosa di fisioterapista promuove la mente ed il corpo del paziente in modo dinamico e unitario.

La consapevolezza porta a percepire la relazione continua e costante tra diaframma toracico, diaframma pelvico e l'utilizzo dei suoni, dove l'attivazione dei muscoli espiratori ha un ruolo fondamentale nel gioco delle pressioni. Le mani sono uno strumento importante di consapevolezza, come il bambino, che appena nato inizia a conoscere il proprio corpo e il modo esterno attraverso il tatto.
Il lavoro acquisito con il metodo deVis viene poi integrato nella vita quotidiana: in posizione seduta, durante una camminata, nelle attività sportive. Per entrare gradatamente in un ascolto percettivo analitico il fisioterapista utilizza una voce calda, morbida, una voce che guida, prende per mano e porta con delicatezza ad un attento lavoro sensoriale. Sono molto importanti le parole chiave: attenzione, consapevolezza, percezione, interocezione, esterocezione, apprendimento, duro, morbido, gravità, pressione, decompressione, forma, funzione, contenitore, contenuto.
In conclusione si tratta dunque di un *apprendere ad apprendere*. Il cervello può così scegliere ed elaborare nuove strategie di movimento, eliminando definitivamente movimenti parassitari, iperpressivi e non funzionali.

Corrispondenza
lorylatorre@gmail.com

La radiofrequenza come integrazione al trattamento del POP

SIMONA COLICCHIA
Fisioterapista, Roma, Presidente di Pavimento Pelvico Italia, fisiosimo@gmail.com

Il prolasso degli organi pelvici (POP) consiste nella discesa (fino alla fuoriuscita nei casi più severi) delle strutture sostenute dal Pavimento Pelvico: vescica, utero, vagina, reto-ano. E' una condizione che beneficia della Riabilitazione in ogni sua fase. Nel primo e secondo stadio infatti la Riabilitazione può rappresentare il primo intervento utile, necessario e spesso sufficiente, per la gestione della situazione. Questo trattamento conservativo, spesso può evitare o ritardare il momento di un eventuale intervento chirurgico. La Fisioterapia consiste in esercizi che la paziente apprende durante il percorso riabilitativo e che in un primo momento deve ripetere a casa per apprendere bene il gesto motorio. In un secondo momento, quando il gesto motorio sarà appreso, si passerà all'integrazione di quanto appreso nella quotidianità.
Questo percorso permette di imparare a gestire il corpo e i suoi movimenti in maniera corretta durante le attività di vita quotidiana al fine di evitare tutte quelle condizioni che generano un aumento di pressione all'interno dell'addome e quindi un'iperpressione sul pavimento pelvico.
Tutto ciò è riferito alla parte modificabile con attività volontaria dalla paziente, quindi in particolare alla componente muscolare. Le altre strutture (legamenti, fasce, ecc) avranno un beneficio indiretto da questo lavoro in quanto subiranno minor stress.
Tuttavia la componente connettivale del pavimento pelvico ne costituisce circa l'80% ed è quindi una percentuale molto elevata ed importante da tenere in considerazione. La Radiofrequenza (o tecarterapia) stimola la produzione di collagene ed elastina e per questo il suo utilizzo nel trattamento del POP risulta di grande aiuto.
Nei casi trattati con la combinazione di fisioterapia manuale e terapia comportamentale con la Radiofrequenza si verifica un miglioramento più rapido e visivamente evidente in pazienti affette da POP. Le pazienti riferiscono un miglioramento evidente sia per la diminuzione di senso di peso a livello vaginale e/o di basso addome, sia per la componente estetica con un effetto rimpolpante dei tessuti vulvari.

Corrispondenza
fisiosimo@gmail.com

Lettura

Fitoterapia utile sostegno per una sana attività sessuale

UMBERTO NARDI
Ex Facoltà di Medicina e Chirurgia Univerità Cattolica del Sacro Cuore di Roma
Scuola Internazionale di Medicina Estetica Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina Roma

L'età matura è il periodo in cui, più intensamente, sia la donna che l'uomo, esprimono l'apice della loro sessualità. L'esperienza, la consapevolezza e la maturità, li porterebbe a godere appieno il rapporto sessuale, ma è anche il momento in cui si affacciano i primi problemi limitanti: il calo del desiderio da parte della donna, che ha partorito e che ha perso quella spinta emotiva verso l'altro sesso, nell'uomo, problemi di erezione determinati soprattutto da stress, mancanza di stimolo da parte della partner. Poi la menopausa nella donna, la prostatite nell'uomo e via via altri piccoli problemi di salute.
Come aiutarli? La Fitoterapia può molto, sia perché rappresenta un intervento naturale e riconosciuto atavicamente dall'organismo umano, sia perché, se ben dosato, può sortire notevoli risultati. Le piante che prenderemo in considerazione sono:
la Trigonella (*Trigonella foenum graecum*), un cereale di origine egiziana i cui principi attivi hanno fama di ridurre i sintomi legati all'età e alla diminuzione degli androgeni. La sua storia è antica, viene riportata in un papiro egizio definito Papiro di Edwin Smith, nome del suo scopritore, risalente al 1500 A.C., quando ancora Tebe era la capitale. Vero e proprio trattato di Materia Medica dove la Trigonella veniva definita così: "trasforma un vecchio in un giovane";
la Damiana (*Turnera aphrodisiaca*), adatta a contrastare l'impotenza maschile, la frigidità femminile e il calo del desiderio sessuale. Nella medicina popolare, veniva utilizzata come rimedio afrodisiaco per il trattamento di diversi tipi di disturbi sessuali, come: l'impotenza e la diminuzione della libido;
la **Maca** *(Lepidium meyenii Walp),* pianta di origine andina utilizzata sin dall'antichità come utile rimedio per la cura delle disfunzioni sessuali, dell'infertilità e per l´affaticamento cronico. Migliora le prestazioni sessuali. E' stata coltivata e utilizzata dalle popolazioni andine in Perù come cibo e medicina per oltre 2000 anni. Per la tradizione popolare l'assunzione di maca, per alcune settimane, agisce come afrodisiaco e aumenta il desiderio e la potenza sessuale;
la Muira Puama *(Acanthea virilis Benth),* afrodisiaco e tonico generale, pianta consigliata nella diminuzione della libido, impotenza sessuale e frigidità. Studi clinici recenti ne hanno confermato l'attività.
Oggi in commercio si possono trovare efficaci integratori costituiti dalle piante citate che assolvono appieno la loro funzione.
Ci verranno in aiuto anche i prodotti dell'alveare come la *pappa reale,* nutrimento dell'ape regina, unico alimento di cui questo insetto si nutre e che gli conferisce, rispetto all'ape operaia, longevità e capacità riproduttive. I suoi organi sessuali sono sviluppati e le consentono di produrre almeno 2000 uova per covata. Anche il fuco, il maschio della comunità, viene nutrito con sola pappa reale consentendogli di fecondare la regina. E' interessante considerare che l'ape regina, a livello larvale, è identica a tutte le altre api, ma che in virtù dell'alimentazione, si nutre solo di pappa reale prodotta dalle ghiandole sopracerebrali, ipofaringee e mandibolari delle api nutrici tra i 4 ed i 15 giorni di vita, vive molto più a lungo e rappresenta l'unico elemento riproduttore dell'alveare.
Il *polline* dei fiori, elemento fecondante del regno vegetale, ricco di sostanze simil ormonali, è in grado di contrastare l'ipertrofia prostatica e migliorare l'attività sessuale, nell'uomo e nella donna. Va considerato che il polline è lo spermatozoo vegetale, ricco di tutti gli elementi della vita, in grado di attivare la produzione del frutto e dunque dei semi che daranno vita ad una nuova pianta. Innumerevoli studi clinici ne hanno definito la composizione e l'attività.
Delle sostanze prese in esame è importante conoscere le origini e capire quale sia stato, nella storia e nella tradizione popolare, l'uso farmacologico. L'identificazione della composizione chimica e dei principi funzionali ne spiega il meccanismo d'azione, i limiti ed i vantaggi. La sperimentazione scientifica effettuata sino ad oggi ne giustifica l'ampio spazio all'utilizzo pratico. In conclusione è rassicurante avere degli strumenti del tutto naturali che possano migliorare l'equilibrio biologico dell'organismo umano. Si tratta di sostanze alimentari che ne hanno, per secoli, garantito la salute.

Bibliografia consigliata

1. Rao A, Steels E, Inder WJ, Abraham S, Vitetta L.; Maschio che invecchia. 2016 Giugno; 19(2):134-42. DOI: 10.3109/13685538.2015.1135323. EPUB 2016 Gennaio 20.PMID: 26791805 Test clinico.
2. Rao A, Acciai E, Beccaria G, Inder WJ, Vitetta L.; 2015 Ago;29(8):1123-30. DOI: 10.1002/ptr.5355. EPUB 2015 Aprile 24.PMID: 25914334 Test clinico.
3. Shamloul R.; 2010 Gen;7(1 Pt 1):39-49. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2009.01521.x. EPUB 2009 Settembre 30.PMID: 19796015 Recensione.
4. Anand Ganapathy A, Hari Priya VM, Kumaran A.J.; Etnofarmacolo. 2021 Mar 1;267:113536. DOI: 10.1016/j.jep.2020.113536. EPUB 2020 Novembre 1.PMID: 33137431.
5. Nardi U.; 1986 Botanica Farmaceutica, dispense Facoltà di Medicina e Chirurgia Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.
6. Nardi U. 1993, Apiterapia, curarsi con il miele, polline, propoli, pappa reale, veleno d'api, ed. Aporie.

Corrispondenza:
u.nardi@tin.it

Difetto erettile e incontinenza dopo prostatectomia

Treatment of erectile dysfunction and urinary incontinence after prostate surgery

ANTONELLA GIANNANTONI
Responsabile UOS: Diagnosi e cura delle patologie pelvi-perineali
Unità Operativa Complessa di Urologia, Azienda Ospedaliera, Ospedale San Camillo De Lellis, Rieti

Most of the male urinary incontinence is secondary to sphincter weakness following prostatic surgery. As there is a rising elderly population and increasing numbers of surgical interventions for prostate cancer, incidence of male incontinence is increasing.
As in women, the underlying pathophysiology is related to either detrusor over activity or sphincter weakness, or a combination of the two[1].
Prostate cancer (Pca) is the most common non-skin cancer of men

in developed countries; the estimated global incidence is of 1.4 million cases in 2020, and it appears to be increasing.
Radical prostatectomy (RP) is considered the standard treatment for localized Pca. The surgical intervention may result in functional problems, particularly urinary incontinence (UI), and erectile dysfunction (ED), due to disruption of local nerves, blood vessels, and muscular tissues [2,3].
With regards to functional complications, UI and ED are the two most relevant side effects after RP, with UI rates varying from 4 and 40%, and ED rates between 10 and 69%[4]. Both functional outcomes are of critical importance for future quality of life[5].
Surgical practice patterns for localized prostate cancer have changed rapidly in recent decades: the traditional surgical intervention which is open retropubic RP (RRP) has been largely replaced by laparoscopic assisted RP in the last 20 yrs, followed by robot-assisted laparoscopic RP (RARP).
To date, RARP is the most common surgical technique for localized prostate cancer. Indeed, it offers several advantages compared with standard laparoscopy: the use of a high-resolution camera with three-dimensional visualization, robotic arms allow surgeons to perform more precise dissection of the anatomic structures, potentially leading to better preservation of functional structures, reduced positive surgical margins, and better perioperative outcomes. Many hospitals have invested in equipment for RARP, despite a lack of conclusive evidence of its superiority regarding long-term outcomes particularly in functional results[6] .

Urinary Incontinence after Radical prostatectomy

The etiologies of UI and ED after RP remain unclear as they are multifactorial conditions, and several risk factors need to be considered for their post-operative emergence. Most common risk factors for UI after RP are represented by: age, preoperative continence status, body mass index, history of inguinal hernia, prior abdominal surgery, diabetes, history of pulmonary disease, history of mental disorder and pathology prostate weight[7]. The most frequent risk factors for post-prostatectomy ED are: age, preoperative potency, diabetes, history of inguinal hernia, smoking status, relationship status and history of cardiovascular disease[8].
To understand the pathophysiology of UI after RP, it is important to know how urinary continence is maintained in males. At least five main structures are thought to be involved in male urinary continence: the detrusor muscle, the internal sphincter, the ureterotrigonal muscle, the levator muscles and the rhabdosphincter. The male urethral sphincter complex consists of a smooth muscle and skeletal muscle component[9]. The lissosphincter is primarily concerned with the function of continence at rest; the rhabdosphincter has a dual genitourinary function, namely active continence during stress conditions and antegrade semen propulsion. The removal of several control mechanisms for urinary continence are responsible for the emergence of incontinence: prostate removal (with part of the proximal sphincter unit); loss of the proximal urethral sphincter. Therefore, postoperative continence depends largely on the rhabdo-sphincter. In addition, the proximity of the neurovascular supply and rhabdo-sphincter to the prostate puts these structures at high risk of damage intraoperatively; the bladder is also affected by RP, with effects on detrusor innervation and function[10]. Rates of UI are high at 1 month after RP (about 80% of cases); 3-12% of patients still present with some degree of UI 12 months after the operation[4]. As the majority of patients recover continence over a variable period, ranging from 6 to 12 months, it is less likely that sphincter incompetence is a result of damage to the sphincter itself. It is more likely to be a result of damage to supporting structures and nerves, which recover over time (neuropraxic recovery). Previous studies have also shown that UI after RP can be also due to the coexistence bladder dysfunction, as demonstrated on urodynamic studies[11], and that it is important detrusor function and bladder compliance before surgery, which can be impaired by a concomitant bladder outlet obstruction.
Along time, several surgical techniques modifications have been developed in order to prevent UI: prostatic fascia preservation, bladder neck preservation, pubo-urethral ligaments preservation, urethral lenght preservation (> 12 mm), and particularly, nerve-sparing (monolateral and bilateral) surgical technique[12]. Overall, it seems that a major key to the maintenance of continence is represented by a careful apical dissection.
Treatment of UI after RP. Antimuscarinic drugs, phosphodiesterase inhibitors, duloxetine, and a-adrenergic drugs have been proposed as medical treatments for UI after RP. Pharmacological agents, alone or in combination with pelvic floor muscle rehabilitation programs are useful for mild forms of stress or mixed UI. Development of new surgical techniques, new surgical tools, and materials, such as male slings, has provided an improvement of outcomes for more severe stress UI. Finally, the artificial urinary sphincter remains the last choice for stabilized, severe UI when previous therapeutic strategies have failed[13].

Sexual problems after Radical Prostatectomy

Traditionally, the sexual problem that has received the most focus was ED, thus penile rehabilitation programs have been established. In recent years, there has been an increased focus on previously neglected sexual side effects: loss of libido, ejaculatory dysfunction (EjD), orgasmic dysfunction, penile shortening, and Peyronie Disease[14]. Furthermore, the importance of psychological issues and partner considerations are gaining recognition as factors in sexuality after RP.
The incidence of ED varies between 15 and 95%. Meta-analysis of RARP trials showed a 10-46% rates of ED at 12 months, and 6-37% at 24 months: the majority of patients achieve a recovery of erectile function (EF) between 2 years but fails to achieve baseline erectile conditions. [15] Factors which influence post-operative EF are represented by: nerve-sparing status, patients age, pre-operative EF, comorbidities, surgical technique (RARP better than open RRP?), surgical tools (cautery?) and surgeon experience. [16]
To avoid ED after RP, it appears to be important preservation of hypogastric and pelvic plexus and preservation of cavernous nerves and dorsal nerve. The hypogastric plexus origins from T11 and L2 spinal segments. Parasympathetic nerves derive from S2-S4 spinal cord segments, continue caudally to the pelvic plexus, where they join the sympathetic nerves. Together, these nerves then join to form a network of nervous tissue that passes along the lateral and posterior aspect of the prostate to create the cavernous nerves. In addition, sensory receptors in the penile skin and glans need to be considered, as they are unique in the human body. Free nerve endings coalesce into the dorsal nerve of the penis, which ultimately forms the pudendal nerve (somatic nerves)[17]. Thus, in the pathophysiology of ED after RP, a cavernous nerve injury is followed by neuropraxia, as induced by increase of cytokines and ROS. This is followed by the loss of nocturnal erections and reduced/absent libido. Concomitant cavernous hypoxia is responsible for local collagen accumulation, smooth muscle apoptosis and fibrosis phenomena. The resultant condition is a veno-occlusive dysfunction which, in turn, increases cavernous hypoxia and injury. A spontaneous recovery of EF will happen in the following months after surgery[17]. To date it appears that following RARP, patients undergo a fast recovery of EF but it is not clear whether sexual function in the long term follow up is better after RARP than after traditional open RRP[18].

Orgasmic dysfunction after RP

Few studies investigated orgasmic dysfunction after prostate surgery; published data showed that absent ability to achieve orgasm is present in 20-74% of patients[18]. The problem is more common in older patients and after non nerve sparing technique. Usually, we need to consider pre-operative orgasmic status, eventual loss of sexual desire and presence of concomitant urinary incontinence. Of noting, between 3-19% of cases complain of dysorgasmia, which is pain during sexual intercourse lasting for less than 60 seconds. Pain can be felt in penis, rectum, testis, and it appears to be more common after open RRP. Intensity and frequency of pain usually decrease during follow-up. It has been reported that only 15% of patients are aware of the risk of change of the nature of orgasm after RP[19].

Treatment of erectile dysfunction after RP

There is no uniform, objective treatment program for ED after RP. Current treatment regimens are based on the use of phosphodiesterase 5 inhibitors as a first-line therapy, with vacuum erection devices and intraurethral suppositories of alprostadil as possible combination options. In non-responders, alternative treatments

are represented by intracavernosal injections of prostaglandins. The highly invasive penile prosthesis implantation is reserved to non-respondent, well-motivated patients.

References
1. Moore K.C. and Lucas M.G. management of male urinary incontinence. Indian J Urol 2010; 26:236-244.
2. Ferlay J., Soerjomataram I., Dikshit R., et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer 2015; 136:359-86.
3. Bill-Axelson A., Holmberg L., Ruutu M., et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. N Engl J Med. 2011; 364:1708-17.
4. Ficarra V., Novara G,, Rosen R.C. et al. Systematic review and meta-analysis of studies reporting urinary continence recovery after robot-assisted radical prostatectomy. Eur Urol. 2012; 62:405-17.
5. Steineck G., Helgesen F., Adolfsson J. et al. Quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting. N Engl J Med. 2002; 347:790-6.
6. Nyberg M., Hugosson J., Wiklund P., et al. Functional and Oncologic Outcomes Between Open and Robotic Radical Prostatectomy at 24-month Follow-up in the Swedish LAPPRO Trial. Eur Urol Oncol. 2018; 1:353-360.
7. Eastham J.A., Kattan M.W., Rogers E., et al. Risk factors for urinary incontinence after radical prostatectomy. J Urol. 1996; 156:1707-13.
8. Salter C.A., Tin A.L., Bernie H.L. et al. Predictors of Worsening Erectile Function in Men with Functional Erections Early After Radical Prostatectomy. J Sex Med. 2022; 19:1790-1796.
9. Koraitim MM. The male urethral sphincter complex revisited: an anatomical concept and its physiological correlate. J Urol. 2008; 179:1683-9.
10. Bessede T, Sooriakumaran P, Takenaka A, Tewari A. Neural supply of the male urethral sphincter: comprehensive anatomical review and implications for continence recovery after radical prostatectomy. World J Urol. 2017; 35:549-565.
11. Kim M., Park M., Shim M. et al. Effect of preoperative urodynamic detrusor overactivity on post-prostatectomy incontinence: a systematic review and meta-analysis. Int Urol Nephrol. 2016; 48:53-63.
12. Kumar A., Samavedi S., Bates A.S. et al. Safety of selective nerve sparing in high risk prostate cancer during robot-assisted radical prostatectomy. J Robot Surg. 2017; 11:129-138.
13. Sandhu J.S., Breyer B., Comiter C. et al. Incontinence after Prostate Treatment: AUA/SUFU Guideline. J Urol. 2019; 202:369-378.
14. Frey A.U., Sønksen J., Fode M. Neglected side effects after radical prostatectomy: a systematic review. J Sex Med. 2014; 11:374-85.
15. Mulhall JP. Defining and Reporting Erectile Function Outcomes After Radical Prostatectomy: Challenges and Misconceptions. J Urol 2009; 181: 462-471.
16. Weber MF, Smith DP, O'Connell DL, Patel MI, et al. Risk factors for erectile dysfunction in a cohort of 108 477 Australian men. Med J Aust. 2013; 199:107-11.
17. Keegan K.A. and Penson D.F.: Vasculogenic erectile dysfunction. Search Engine; published on 21.06.2015; chapt 28-
18. Capogrosso P, Salonia A, Briganti A, Montorsi F. Postprostatectomy Erectile Dysfunction: A Review. World J Mens Health. 2016; 34:73-88.
19. Fode M. Sexuality Following Radical Prostatectomy: Is Restoration of Erectile Function Enough? Sexual Medicine Reviews 2017; 1: 110–119

Corrispondenza
a.giannantoni@asl.rieti.it

L'approccio riabilitativo per un graduale recupero della funzione minzionale e sessuale dopo interventi sulla prostata

STELLA DE CHINO
Fisioterapista, educatrice, consulente sessuale. Schio (VI)

La presa in carico di un paziente operato alla prostata si differenzia a seconda del grado di gravità dell'incontinenza urinaria e della disfunzione erettile ma anche dei bisogni e vissuti del paziente.
Il primo passo viene strutturato sulla base dell'invasività dell'intervento ricevuto, della sensibilità locale, del tempo trascorso con il catetere, del tipo di cicatrice e dell'eventuale edema.
Una ***turp,*** ad esempio, fatta per ipertrofia prostatica benigna, non sempre risolve la sintomatologia urinaria (pollachiuria) e sessuale (disfunzione erettile e /o dolore eiaculatorio) per la quale magari i pazienti si erano rivolti all'urologo.
Quindi, se dopo l'intervento il paziente non recupera, arriva alla riabilitazione come ultima spiaggia, a volte disilluso e scettico. In questo caso vanno valutati con grande attenzione non solo i muscoli del pavimento pelvico ma anche la muscolatura circostante e ad esso associata, la mobilità dell'articolazione coxo-femorale, del bacino, le eventuali dissinergie pelviche. E non solo. La *componente emotiva* spesso è presente come innesco del sintomo. Il massaggio reflessogeno del connettivo è un ottimo strumento per trattare pollachiuria e ritenzione urinaria.
Nel caso invece di una ***prostatectomia radicale*** per un carcinoma prostatico le due problematiche da affrontare saranno: incontinenza urinaria e *insufficienza erettile*.
L'*incontinenza* soprattutto nei primi mesi può essere importante. Temi come la scelta del pannolino più adatto, la quantificazione delle fughe attraverso di diario minzionale e la pesata del pannolino vanno affrontati anche per motivare il paziente. Notare che, col passare del tempo, la quantità di urina perduta diminuisce ed è estremamente rincuorante per un paziente costantemente a rischio di depressione postchirurgica.
Gli esercizi di Kegel fatti percepire anche appoggiando le dita sul perineo sono fondamentali per spostare l'attenzione dalla zona anale (spesso indicata, scorrettamente, come la parte da contrarre) al trasverso profondo del perineo, vero muscolo della minzione.
Per quanto riguarda la *funzione sessuale* andranno spiegati gli effetti dell'intervento: l'eiaculazione retrograda, la perdita di erezione e, a volte, un cambiamento nella percezione orgasmica. L'*alterazione del desiderio* invece è legata allo stato di demoralizzazione nel quale il paziente cade. Bagnarsi mentre si fa l'amore non è certo una cosa accettabile. Su tutto questo si può lavorare in consulenza sessuale.
L'utilizzo della terapia VED (Vacuum Erection Device) può essere utile nella disfunzione erettile su base vascolare e fibrosi dei corpi cavernosi dopo prostatectomia radicale associata ad un anello alla base del pene. Alcuni pazienti riescono, grazie a questi ausili, a penetrare nuovamente la partner.
Andrebbe comunque escluso in pazienti con problematiche di coagulazione in quanto possono verificarsi ematomi.
Il recupero della graduale funzione minzionale e sessuale richiede quindi un lavoro di presa di coscienza, un training muscolare perineale in posture diverse, l'integrazione nella vita quotidiana di questa muscolatura, l'utilizzo di strumenti e farmaci per mantenere la compliance dei corpi cavernosi ma anche un lavoro integrato con il sessuologo e il coinvolgimento del partner.

Bibliografia
1. De Chino S, Bruno M. Pelviperineologia 2017; 36:9-10 Prostatectomia radicale: indicazioni riabilitative per gli operatori coinvolti nella presa in carico del paziente

Corrispondenza
stelladechino@gmail.com

Quando e perché la prostatectomia può indurre una sindrome depressiva? Una nuova sessualità

BIANCA PESCATORI
Psicoterapeuta, Insegnante Mindfulness, www.biancapescatori.it

La successiva difficoltà ad avere una erezione dopo un intervento alla prostata può essere vissuta in modo molto ansioso. Tanto ansioso che a volte è la stessa ansia ad impedire una riabilitazione della funzionalità sessuale. Il paziente può vivere l'eventuale fallimento nei primi tentativi di avere rapporti sessuali come un vero e proprio lutto della sua mascolinità. Ed allora un aiuto psicologico che può essere efficace è accompagnarlo lungo questo iniziale lutto, verso una nuova rinascita della sua sessualità.
Con alcuni miei pazienti mi è stato utile, naturalmente adattandolo al contesto, tenere a mente le cinque fasi del dolore o del lutto che vennero descritte nel 1969 da Elizabeth Kübler-Ross: **diniego, rabbia, contrattazione, depressione, accettazione.** In un primo momento ci sarà uno stato di negazione dell'evento Questo aiuta la persona colpita da una perdita importante (che sia recuperabile o meno) ad avere il tempo necessario per potersi confrontare con la realtà. Quando lo stato mentale della persona è in grado di entrare in relazione ed esprimere i suoi sentimenti, sarà la rabbia che incontrerà. Vivere ed esprimere la rabbia gli permetterà anche di recuperare una vitalità e una connessione con i propri sentimenti. Entrerà poi in uno stato di contrattazione: "si va bene ma se faccio questo le cose torneranno a funzionare". Ma sarà il tempo e il modo nel quale questo tempo necessario si vive che porterà ad una trasformazione. Stare, attendere. Non è facile. E' un tempo di attesa vissuto spesso come depressione. E poi, dopo l'attesa ci sarà l'incontro con un modo diverso di vivere. Il lasciare andare il passato e il portare lo sguardo al presente. L'accettazione di quello che c'è. Il guardare avanti.
Nel nostro caso, si spera, il ritorno di una possibilità di vivere nuovamente una nuova e gratificante sessualità.

Corrispondenza
bianca.pescatori@gmail.com

Emozioni post intervento di prostatectomia radicale

STELLA DE CHINO
Fisioterapista, educatrice, consulente sessuale. Schio (VI)

Un uomo che subisce un intervento di prostatectomia radicale deve affrontare numerose problematiche fisiche ed emozionali. Spesso non è stato messo al corrente di quelle che sono le principali conseguenze di questo tipo di intervento: incontinenza urinaria ed impotenza.
Se della prima qualche medico accenna, sulla seconda spesso si evita di affrontare l'argomento perché "la vita è più importante" e "se hai un cancro di certo non pensi al sesso". Questi sono luoghi comuni, il pensiero corrente, che, se non esplicitato, rischia di condizionare sia l'approccio medico che riabilitativo.
La sessualità, in un uomo che è nella sua "estate", o, più spesso in questa patologia, nella fine dell'estate, è uno dei bisogni primari e fonte di gioia, relazione e piacere più grande di questa stagione della vita.
Attraverso il sesso, che con gli anni diviene sempre meno momento di sfogo pulsionale e sempre più un momento di "intimità" con il partner, ci si incontra e si entra in contatto profondo.
Quindi nel momento in cui, dopo alcuni giorni dall'intervento, ci si scopre incontinenti, oltre al senso di vergogna per una problematica che è associata agli anziani o ai bambini, e che limita fortemente la propria vita sociale per ovvi motivi, si aggiunge la paura di non poter più avere una relazione intima con la propria compagna. Questo shock porta alcuni uomini a cercare immediatamente aiuto, ma altri si chiudono nel loro dolore e prendono la strada che porta verso uno stato depressivo.
Spesso chi reagisce e si rivolge ad un terapeuta ha un atteggiamento resiliente e proattivo per cui chiede, si informa e cerca soluzioni veloci.
Ma la velocità non appartiene a questo tipo di processo di recupero che richiede da sei mesi ad un anno per dare risultati soddisfacenti.
Come deve interfacciarsi il *terapeuta* sia esso medico, psicologo, fisioterapista?
La prima cosa da fare è aiutare a far emergere il problema. Spesso si glissa sulle domande "intime" che vanno invece fatte in modo esplicito e al contempo delicato.
Il *medico di base* in primis deve chiedere "Perde urina?" e rassicurare "È piuttosto normale dopo questo tipo di intervento". Medico di base e urologo devono saper indirizzare alle figure riabilitative preposte alla riabilitazione funzionale e a quella sessuologica.
Risulta essenziale quindi la presa in carico completa del paziente sia da un punto di vista medico che psicologico e riabilitativo. L'integrazione e la collaborazione delle varie figure sanitarie e non, secondo una visione bio-psico-sociale, è un tassello essenziale per il successo dell'intervento che non consiste ovviamente solo nell'asportazione del cancro. Il *modello biopsicosociale* infatti è una strategia di approccio alla persona, che attribuisce il risultato della malattia, così come della salute, all'interazione intricata e variabile di fattori biologici (genetici, biochimici, ecc.), fattori psicologici (umore, personalità, comportamento, ecc.). Questo tipo di approccio permette di evitare l'isolamento e superare le difficoltà umane ed emotive conseguenti all'intervento.

Corrispondenza
stelladechino@gmail.com

PNEI (psico neuro endocrino immunologia) e lesioni occulte in pelviperineologia

Iceberg e PNEI: le cause occulte delle patologie di anoretto e pavimento pelvico. Una nuova frontiera diagnostica e terapeutica

MARIO PESCATORI
Unità di Colonproctologia Cliniche Parioli e Cobellis, Roma e Vallo della Lucania www.ucp-club.it ucpclub@virgilio.it

Il diagramma dell'Iceberg per la ostruita defecazione (OD) (Pescatori et al, Colorect Dis 2006 e Surgery 2022) e il sistema PNEI per un approccio olistico al paziente proctologico (Pescatori et al, Tech Coloproctol 2015) rappresentano, come si vedrà nei seguenti paragrafi, una nuova frontiera diagnostica e terapeutica.
Occorre considerare le cause occulte della patologia di cui soffre il paziente che si ha di fronte. In caso di OD, ad esempio, lesioni evidenti (= molto facili da diagnosticare) e quasi sempre presenti, sono il prolasso mucoso interno del retto e il rettocele. Ma quasi mai esse rappresentano le cause principali dei disturbi. Per cui spesso è inutile operarli e aspettarsi la guarigione. Tutti i pazienti con OD hanno almeno 2 cause occulte. Tra quelle funzionali le più frequenti sono l'ansia-depressione,l'anismo e la iposensibilità rettale. Tra le organiche l'enterocele nelle isterectomizzate, la invaginazione retto-rettale e il colpo-cistocele. Quest'ultimo deve indurre il medico, anche se proctologo, a esaminare il compartimento medio e anteriore, anche con una semplice proctoscopia in vagina. L'ansia-depressione, per essere diagnosticata, richiede una psicodiagnosi da parte di uno psicologo ma anche il proctologo può fare in pochi minuti una diagnosi orientativa con il test grafico reattivo del "disegno della famiglia" che usiamo da decenni (Miliacca et al, Colorect Dis 2010). L'ansia-depressione sono un fattore prognostico negativo in caso di chirurgia. Il past president dell'ASCRS (chirurghi colorettali americani) ha scritto su Dis Colon Rectum:"non opero mai una donna con OD da invaginazione retto-rettale senza prima farle fare una psicodiagnosi". Non esiste quasi piu' il "goldstandard" ovvero l'intervento migliore (ecco perché ho usato il termine "nuova frontiera"). Madbouly ha studiato i suoi operati per OD (tutti con la STARR) e ha visto che dopo 4 anni solo il 40% non avevano stipsi (World J Surg 2010), mentre, con un approccio "eclettico" cioè intervento "su misura" basato sull'Iceberg, noi abbiamo avuto il 67% di successi a 6 anni (Surgery, 2022).
Lo stesso vale per la PNEI, raffigurata con un rombo ai cui vertici stanno le lettere P=psiche, N=nervi, E=endocrino e I=immunità. Al centro del rombo il "nostro" organo o apparato (anoretto e pavimento pelvico). Un esempio eclatante di "nuova frontiera" diagnostico-terapeutica: la sepsi anale. Nell'84% dei casi i nostri pazienti con fistola-ascesso anale hanno avuto uno stress (causa occulta) con caduta delle difese immunitarie prima che comparisse la malattia (Cioli et al, Int J Colorect Dis 2015). I germi patogeni che "attaccano" le ghiandole anali non hanno trovato adeguate difese immunitarie e si è formato l'ascesso intersfinterico. Questo significa che, per guarire il paziente, non basta un intervento ben scelto e ben eseguito, ma (ecco la nuova frontiera) il proctologo deve studiare il pattern immunitario del paziente con diversi esami (un esempio: lo studio delle sottopopolazioni linfocitarie) e, se necessario, aumentare le difese con vitamine, echinacea, propoli ecc. Ancora un esempio di causa occulta PNEI, questa volta in un paziente con stipsi: escludere che vi sia un ipotiroidismo. O, caso più sofisticato, in una paziente debilitata da mesi di diarrea e ipokaliemia dopo colectomia e ileo-retto-anastomosi per grave stipsi cronica da rallentato transito. Causa occulta: il RIA test ha mostrato una assenza di rialzo postprandiale dell'ormone peptide tirosina-tirosina, detto anche "ileal brake" perché frena la gittata del chimo ileale nel cieco. La paziente era stitica da anni, non occorreva quindi "frenare la gittata ileale". Ma una volta asportato il colon, la gittata ileale, non più frenata dall'ormone "dormiente" , si è manifestata con clamoroso e debilitante risvolto clinico. Per rimediare abbiamo dovuto costruire un reservoir ileale "frenante"a monte della ileo-retto.
In conclusone quindi, dall'esame di alcune cause occulte si evince la necessità di basare il nostro inquadramento diagnostico e terapeutico su nuove e più complesse basi. Una "nuova frontiera" appunto. Che implica diverse novità: il chirurgo di ano-retto-pavimento pelvico deve 1) conoscere e saper diagnosticare le cause occulte delle patologie che ha di fronte 2) avere nozioni di psicologia, immunologia ed altro. 3) poter contare sulla collaborazione di una equipe con uro-ginecologo e altri specialisti. 4) sapere che spesso non esiste l'intervento gold-standard, ovvero il migliore, ma l'operazione va fatta "su misura" al singolo paziente.

Corrispondenza
ucpclub@virgilio.it

The urological iceberg

ANTONELLA GIANNANTONI
Responsabile UOS: Diagnosi e cura delle patologie pelvi-perineali
Unità Operativa Complessa di Urologia, Azienda Ospedaliera, Ospedale San Camillo De Lellis, Rieti

Epidemiological studies have reported significantly high rates of erectile dysfunction (ED) prevalence. In a previous study conducted in 1994 in United States, the rate of ED was 52% in noninstitutionalised men 40–70 years old[1]. Frequency of ED has been more recently investigated in a retrospective cross-sectional study, conducted in eight different countries (Brazil, China, France, Germany, Italy, Spain, the United Kingdom, and the United States) in males older than 18 years. Prevalence of ED ranged from 35% (Brazil) to 48% (Italy) and it was linked not specifically to BPH but to other comorbidities[2]. Although epidemiological studies show high ED prevalence rates, impotence is not easy declared from men attending an outpatient clinic. In a recent study aimed to document the rates of declared and hidden ED at urology outpatient clinic, the number of patients who indicated ED as their primary or secondary symptom was nearly 20% of study population and the majority of the patients would not seek help for their ED until the clinician directly or indirectly questioned them[3]. Diagnosing and treating ED is important not only to improve quality of life of affected patients and their partners. Indeed, it is now clear that ED may represent the clinical manifestation of a disease affecting penile circulation as a part of a more generalized vascular disorder and it is considered as a marker of ischemic heart disease[4].
Another tip of the iceberg is nocturia. According to the International Continence Society (ICS) Definition [5], nocturia is voiding during (nocturnal) sleep time preceded and followed by sleep. Normal nocturia is defined as 1 voiding per night (preceded and followed by sleep. Although nocturia awake-

nings has been traditionally linked to bladder problems (e.g., Overactive Bladder, lower urinary tract symptoms in benign prostatic enlargement), it is now clear that this symptom is a bothersome, multifactorial condition with many underlying causes and contributing factors. Nocturnal polyuria (NP; overproduction of urine at night) is a frequent component. The ICS defines NP as a nighttime urine volume (NUV) that is greater than 20% of total daily urine output in young people and more than 33% of total daily urine output in elderly people (>65 years of age)[5]. In addition, nocturia is highly prevalent in patients with neurological diseases; aetiology and treatments are similar to those in the general population but are poorly studied in neurological patients[6].

It has been observed that NP is responsible for most cases with nocturia, particularly in the elderly[7]. Disruptive nocturia (more than 1 awakening per night) is the leading cause of sleep disturbances in older adults[8], and it significantly reduces quality of life in affected patients[9]. In addition, nocturia with consequent sleep disruption, is associated with increased mortality, as it greatly impairs health (including hypertension, glucose homeostasis, immunity)[9]. Potential factors underlying nocturia are: impaired circadian rhythm of AVP secretion, congestive heart failure, renal insufficiency, excessive evening fluid/caffeine intake, diuretic medication, oestrogen deficiency, sleep apnoea, venous insufficiency, hypoalbuminemia oedema[10]. Thus, in the initial assessment and management of patients with nocturia, it is of great importance the use of the frequency-volume chart or bladder diary, in order to establish the underlying mechanism and identifying the specific aetiology of nocturia. In nocturia with mixed aetiology (e.g. in men with BPE), the use of desmopressin in combination with alpha-blockers may be of help. In cases with isolated NP, the suggestion is to consider behavioural measures alone (dietary and fluid restriction, medication timing, evening leg elevation, improving daily physical activity) or in combination with desmopressin[11].

References

1. Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, D. G., et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. The Journal of Urology 1994; 54–61.
2. Goldstein I., Goren A., Li V.W., et al. Epidemiology Update of Erectile Dysfunction in Eight Countries with High Burden. Sex Med Rev. 2020; 8:48-58.
3. Akgül M., Yazıcı C, Doğan C, et al. Erectile dysfunction iceberg in an urology outpatient clinic: How can we encourage our patients to be more forthcoming? Andrologia 2021; 53, Issue 9.
4. Montorsi P., Montorsi F., Schulman CC. Is Erectile Dysfunction the "Tip of the Iceberg" of a Systemic Vascular Disorder? Eur Urol 2003; 44: 352-354.
5. Van Kerrebroeck P., Abrams P., Chaikin D., et al. The standardization of terminology in nocturia: report from the standardization subcommittee of the International Continence Society. BJU Int 2002; 90: 11-5.
6. Haddad R., Denys P., Giannantoni A., et al. Nocturia and Nocturnal Polyuria in Neurological Patients: From Epidemiology to Treatment. A Systematic Review of the Literature. Eur Urol Focus 2020; 6: 922-934.
7. Bosch J.L, Weiss J.P. The prevalence and causes of nocturia. J Urol 2013; 189 (1 Suppl): S86-S92.
8. Hernández C., Estivill E., Prieto M., Badia X. Nocturia in Spanish patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia (LUTS/BPH). Curr Med Res Opin 2008; 24: 1033-38.
9. Bliwise D.L., Wagg A., and Sand PK. Nocturia: A Highly Prevalent Disorder With Multifaceted Consequences. Urology 133: 3−13, 2019.
10. van Doorn B., Kok E.T., Blanker M.H., et al. Determinants of nocturia: the Krimpen study. J Urol. 2014; 191:1034-9.
11. Cornu J-N, Abrams P., Chapple CR., et al. A Contemporary Assessment of Nocturia: Definition, Epidemiology, Pathophysiology, and Management—a Systematic Review and Meta-analysis. Eur Urol 2012; 62: 877-890.

Corrispondenza
a.giannantoni@asl.rieti.it

Quel che non appare ma a cui bisogna pensare in alcune forme di dolore

GIULIO DE MATTEIS
Centro di medicina Pelvica e Chirurgia Funzionale e Riproduttiva Casa di Cura Santa Famiglia, Roma

Il dolore è fisiologico, un sintomo vitale/esistenziale, un sistema di difesa, quando rappresenta un segnale d'allarme per una lesione tissutale, essenziale per evitare un danno. In campo medico, infatti il dolore rappresenta un importante sintomo che può indirizzare il medico verso una specifica diagnosi. Responsabili della percezione del dolore sono alcuni piccoli organelli disseminati nei tessuti che vengono definiti nocicettori. Questi organelli sono in grado per l'appunto di registrare stimoli nocivi per l'organismo e. di conseguenza inviare impulsi nervosi, attraverso un circuito composto da 3 neuroni, fino alla formazione reticolare e alla corteccia cerebrale. Dall'elaborazione di questi impulsi nascono poi le possibili reazioni al danno potenziale o reale che sta subendo l'organismo.

In campo ginecologico il dolore è un sintomo caratteristico di molte affezioni che colpiscono gli organi genitali e la pelvi in generale. Ne sono un esempio il dolore legato a patologie infettive (vaginiti, endometriti, salpingiti, ascessi tubo-ovarici, PID), la dismenorrea, la rottura tubarica in conseguenza ad una gravidanza extrauterina, la torsione ovarica, l'endometriosi, la dispareunia, etc..

In alcune situazioni e col protrarsi del tempo, il dolore può acquisire la capacità di automantenersi, non necessitando pertanto dello stimolo nocicettivo e perdendo il significato iniziale. Il dolore che diventa cronico, associato a profonde modificazioni della personalità e dello stile di vita della paziente che costituiscono fattori di mantenimento indipendenti dall'azione dei nocicettori e acquisendo a sua volta la connotazione di malattia o sindrome dolorosa. Questo tipo di dolore costituisce un elemento caratteristico di alcune patologie uroginecologiche e del pavimento pelvico che comporta spesso una notevole compromissione della qualità di vita.

Tra queste patologie ricordiamo:

- la cistite interstiziale *(bladder pain syndrome)*: si tratta di un'infiammazione non infettiva della vescica che genera dolore (sovrapubico, pelvico e addominale), pollachiuria e urgenza con incontinenza. È inizialmente asintomatica, ma i sintomi compaiono e si aggravano nel corso degli anni, a mano a mano che la parete vescicale si altera finché subentra anche la componente neuropatica del dolore. La diagnosi è data sia dall'anamnesi con l'esclusione di altre malattie sia clinicamente che mediante cistoscopia e biopsia. Con il trattamento, la maggior parte dei pazienti migliora, ma la guarigione è rara. Il trattamento varia, ma comprende modificazioni dietetiche, ginnastica vescicale, farmaci (p. es., sodio pentosan polisolfato, antidepressivi triciclici, FANS) e terapie intravescicali (instillazione di ac. ialuronico);
- il *dolore pelvico cronico*: è comunemente definito come dolore intermittente o continuo nell'addome inferiore, nel bacino o nelle strutture intrapelviche, della durata di almeno 3-6 mesi. Si stima che circa il 25% delle donne in età riproduttiva manifesti questo sintomo. L'eziologia del dolore pelvico cronico può essere difficile e complessa da stabilire. Non esiste, infatti, sempre un'unica causa specifica e potrebbe non essere immediata l'identificazione di una serie di problemi che possono causare sintomi indicativi e indirizzare la diagnosi. Il dolore pelvico cronico può dipendere da uno o più apparati (gastrointestinale, urinario, ginecologico, muscolo-scheletrico, neurologico e sistema endocrino) o patologie e può avere molteplici fattori che contribuiscono. Il dolore pelvico cronico può anche essere influenzato da fattori psicologici e quasi sempre è caratterizzato da una componente neuropatica del dolore. La terapia si basa

su: Analgesici orali e altri farmaci (antidepressivi), riabilitazione del pavimento pelvico, terapie di stimolazione nervosa, strategie cognitive, tecniche di rilassamento, fisioterapia ed esrcizi di Kegel;
- la *vulvodinia*: è una percezione dolorosa a livello vulvare che in Italia colpisce circa il 15% delle donne. Non ha un target specifico. Si presenta soprattutto in età fertile, ma può presentarsi anche in altri periodi della vita di una donna, dalla pubertà alla menopausa. Si distingue tra vulvodinia spontanea, quando il dolore e fastidio sono avvertiti anche in assenza di stimolazione e provocata, quando i sintomi si presentano a seguito di una stimolazione, come una penetrazione vaginale o anche un semplice contatto. Le pazienti in genere riferiscono: bruciore, irritazione, secchezza, sensazione di abrasione a livello vulvare, tensione, sensazione simile a punture di spillo, disepitelizzazione, percezione di avere tagli sulla mucosa e gonfiore senza che in genere siano accompagnati da traumi fisici visibili a occhio nudo. Le cause della vulvodinia sono varie e possono corrispondere a: infezioni batteriche o micotiche vaginali e vescicali, predisposizione genetica alle infiammazioni, lesioni del nervo pudendo dovute al parto a o traumi, ipercontrattilità vulvo-perineale, alterazioni genetiche, traumi derivanti da rapporti sessuali, visite o interventi chirurgici ginecologici. In generale la sua presenza può generare nelle donne che ne sono colpite: irritabilità, depressione e frustrazione che vanno a incidere nei rapporti con gli altri e nella sfera sessuale. La terapia prevede diversi approcci, in primis la terapia comportamentale alla quale si può affiancare la riabilitazione del pavimento pelvico, le terapia fisiche (TENS, radiofrequenza, intraporazione..), farmaci antidolorifici, anestetici locali, antidepressivi, terapie ormonali locali e quasi sempre una terapia psicologica di sostegno.
Ancora oggi queste patologie costituiscono purtroppo un problema di difficile inquadramento e risoluzione. Molte donne, infatti, preferiscono non parlare di queste problematiche che riguardano una sfera altamente personale come quella genitale o sessuale. Spesso si instaura in loro anche la convinzione che tali disturbi non abbiano rimedio e quindi decidono di conviverci. In queste situazioni il ginecologo ha l'obbligo, durante la visita e raccolta anamnestica, di porre attenzione ad alcuni aspetti e di cogliere ogni minimo indizio che possano aiutarlo ad arrivare ad una diagnosi. Ad esempio, al riscontro di un notevole ipertono del pavimento pelvico, va sempre tenuta in considerazione la vulvodinia, o ancora, se si avverte una certa difficoltà nelle risposte quando si effettua l'anamnesi minzionale, va sempre tenuta in considerazione ed indagata la possibilità di una cistite interstiziale. Spesso dopo una piccola reticenza iniziale, la paziente comprende che a questa sua sofferenza può trovare un rimedio e si affida. Nelle mani di medici specializzati infatti è possibile seguire un percorso che permette un corretto inquadramento della problematica e di conseguenza una terapia efficace.

Corrispondenza
giuliodematteis@yahoo.it

Aspetti psicologici nell'iceberg pelvi perineale

NOEMI DE ANGELIS
Unità di Colonproctologia, Clinica Parioli, Roma

"Curare il sintomo e non la causa", che potrebbe anche essere collocata in una parte del corpo lontana da quella in cui sentiamo il dolore acuto. Per alcune patologie c'è una maggiore consapevolezza in questo senso, favorita da una voluminosa ricerca scientifica negli anni. Per altre questo approfondimento è purtroppo ancora lacunoso.
Servirebbe uno sforzo investigativo che vada oltre il sintomo. Eppure ancora oggi chirurghi di anoretto e pavimento pelvico, gastroenterologi e neurologi , di fronte a un paziente con dolore rettale non associato a causa organica, tendono a sottovalutare la componente psicosomatica. Al tempo stesso, secondo la mia esperienza, i pazienti che soffrono di proctalgia, restano perplessi se il medico scrupoloso li indirizza ad uno psicoterapeuta. E non di rado reagiscono con un senso di rifiuto, almeno inizialmente, perché non si sentono creduti.
Illuminante su questo collegamento è lo studio del 2000 pubblicato da Renzi e Pescatori su Diseases of the Colon and Rectum[1]. Venti pazienti con proctalgia sono stati sottoposti ai test dell'ansia e della personalità, al Rorscahch e al test grafico "disegna-una-persona". E' stata valutata sia l'ansia di TRATTO (ovvero quella di cui il paziente eventualmente soffre fin dalla giovane età, che è cioè un tratto della sua personalità) sia l'ansia di STATO (che è quella di cui soffre in dipendenza della patologia che lo affligge, in questo caso la proctalgia).
Nello studio citato, la maggior parte dei pazienti esaminati ha mostrato segni di depressione, ansia e disordini della personalità. Ciò a conferma che esiste una componente psicosomatica nei pazienti con proctalgia. L'intervento dello(a) psicologo(a) può dunque essere utile per curare il sintomo ab origine.
La terapia neuropsichiatrica dei pazienti con proctalgia è basata su farmaci antidolorifici e antidepressivi, che vanno "maneggiati" con cautela: Gabapentin, Cybalta, Lyrica. Anche l'IPNOSI può essere utile in alcuni casi.
Si potrebbe quindi concludere con un frase in lingua inglese, riportata in una "correspondence" sempre su Diseases of the Colon and Rectum, che sintetizza il messaggio dato dal presente abstract. E cioè: ANAL PAIN? CHECK THE BRAIN! Che, per mantenere la rima in italiano, potremmo tradurre come: "dolore rettale? E se la causa fosse cerebrale?" e la proctalgia che non risponde a trattamenti localizzati e diretti, potendo avere radice nella sfera psichica può essere curabile con interventi sulla gestione dell'ansia.

Bibliografia
1. Renzi C, Pescatori M. Diseases of the Colon and Rectum 2000; 43:535-39

Corrispondenza
psicologadeangelis@gmail.com

La defecazione ostruita: il ruolo del fisioterapista

MAURA MANNUCCI
Fisioterapista – Osteopata D.O. Roma, www.mauramannucci.it

Negli anni la figura del fisioterapista ha assunto un ruolo sempre più importante nel trattamento delle sindromi da ostruita defecazione (ODS) in quanto si è notato che, anche nei quadri più complessi in cui vi era un'associazione tra cause funzionali ed anatomiche, la riabilitazione conservativa aiutava a restringere il campo operatorio ai soli pazienti che risultavano refrattari al trattamento fisioterapico.
Inoltre la fisioterapia è risultata essere anche un valido aiuto nel postoperatorio al fine di limitare il rischio di recidive in quanto, andando ad eliminare le cause funzionali alla base della ODS, aiuta a ridurre e a gestire correttamente le iperpressioni addominali che si sviluppano nell'atto della defecazione le quali sono responsabili del cedimento del sistema di sospensione e dell'indebolimento del sistema di sostegno degli organi.

Il fisioterapista, a seguito di un'attenta anamnesi e ad un accurato esame obiettivo imposterà il programma riabilitativo più idoneo per ogni paziente.
Poiché l'ODS è caratterizzata da un complesso quadro multifattoriale sarà molto importante che il fisioterapista agisca sulla problematica utilizzando un *approccio sia specifico che globale*.
A livello *specifico* agirà innanzitutto facendo prendere coscienza al paziente del proprio pavimento pelvico e successivamente, in base a quanto riscontrato nell'esame obiettivo *(•Aumentato tono anale •Aumentato tono del Pubo Rettale (PR). •Presenza di tender point. •Alla richiesta di contrazione e rilassamento perineale: incapacità di reclutare il muscolo PR o incapacità di rilassamento del PR; presenza di sinergie di contrazione. •Alla richiesta di simulazione del ponzamento: bulging addominale; discesa perineale; mancato rilasciamento della fionda del PR con o senza contrazione paradossa dello Sfintere Anale Esterno (SAE). •Al test del palloncino il paziente avvertirà lo stimolo a volumi di riempimento alti: prima sensazione di stimolo FS >60, desiderio defecatorio DDV >160, massimo volume tollerato MTV> 270 cc*) imposterà il programma riabilitativo scegliendo tra le tecniche riabilitative a sua disposizione: esercizi di rilassamento o di rinforzo muscolare, tecniche endocavitarie di stretching e di inibizione dei tender point, esercizi di coordinazione per il ponzamento (corretta respirazione e corretto uso del torchio addominale), massaggio colico (utile nel ridurre la stipsi ed il dolore addominale aumentando i movimenti intestinali), utilizzo di dispositivi dilatatori (es: sonda di silicone per rilassare il pubo rettale o dilatatori anali), rieducazione volumetrica (per migliorare la sensibilità rettale), biofeedback (BFB), ed elettrostimolazione (ES).
A livello *globale* il fisioterapista agirà sia insegando al paziente le corrette abitudini comportamentali (compresa la corretta postura per la defecazione) sia andando a lavorare sulle varie tensioni muscolo-fasciali indotte da una postura scorretta, da pregressi traumi o da interventi chirurgici (cicatrici) in quanto potranno andare a perturbare la sfera sacro-iliaca.
Al fine di stabilizzare il lavoro effettuato sulle tensioni muscolo fasciali sarà importante associare un lavoro posturale. Questo lavoro sarà inoltre utile poiché una postura scorretta, facendo variare i lati del "cuboide immaginario" descritto da Brusciano[1], sarà responsabile della genesi di una iperpressione addominale costante che a sua volta causerà un'alterazione della motilità diaframmatica, addominale e perineale con conseguente rischio di genesi di perineo disceso/discendente, prolassi, dissinergia del pubo-rettale.

Bibliografia

1. L Brusciano e coll. An imaginary cuboid: chest, abdomen, vertebral column and perineum, different parts of the same whole in the harmonic functioning of the pelvic floor. Tech Coloproctol 2019;23:603-605

Corrispondenza:
info@mauramannucci.it

L'occulto in pelviperineologia. Il punto L: il piacere "occulto" nel maschio

ELISABETTA LESLIE LEONELLI
Sociologa, psicoterapeuta, Roma

Ho scoperto il "Punto L", il corrispondente maschile del "Punto G" femminile (meglio che mettere il nome a una stella). La verità è che questi punti non esistono. Esistono tuttavia aree mai prese in considerazione dalla fisiologia sessuologica a causa di un'ignoranza sull'anatomia. Vi ricordate com'è o com'era rappresentata la clitoride sul Netter? Una robina, una sorta di scheggia marziana sopra l'uretra che però, si sapeva, provoca piacere a molte donne?
Essendomi imbattuta in un libello di femministe americane che invece usava una mappa anatomica illustrata in modo diverso e complesso, mi è venuto il dubbio di un'interferenza diciamo "di parte", che mi ha indotta ad un confronto con un anatomista dell'Università di Roma. Questo Prof anatomista mi ha confermato la verità descritta a parole su alcuni testi universitari. E poiché era anche generoso mi ha fatto una lezione sui meccanismi della percezione.
Di lì mi è nata l'illuminazione: se nella donna i corpi cavernosi si dividono circondando la vagina, il pene affonda anch'esso, ma nessuno ha mai parlato di orgasmo maschile esterno o interno.
Insomma siamo tutti cresciuti tutti pensando al femminile "tuttodentro" o al maschile "tuttofuori".
Ed è così che ci siamo persi moltissimo piacere, sia noi donne che gli uomini. La buona notizia è che ci sono nuove risorse e nuove avventure che possiamo scoprire e godere, perché ci sono nuovi continenti per ogni stagione della vita.

Corrispondenza
leslieleonelli@gmail.com

Sessione pratica

La diastasi della sinfisi pubica

MAURA MANNUCCI
Fisioterapista – Osteopata D.O. Roma www.mauramannucci.it

La sinfisi pubica è un articolazione semimobile formata dal ramo pubico di destra ed dal ramo pubico di sinistra a cui è interposto un disco fibrocartilagineo.
Fisiologicamente la distanza tra questi due rami è di 4-5 mm ma in gravidanza, a causa della lassità legamentosa indotta dai cambiamenti ormonali, è da considerarsi fisiologico un allontanamento di circa 2-3 mm.
Nel caso in cui questo divario dovesse permanere anche dopo il parto si parlerà di diastasi fisiologica della sinfisi pubica.
La diastasi sarà invece considerata patologica nel caso in cui il divario post parto dovesse essere superiore ai 10 mm.
E' difficile stabilire con certezza quali siano i fattori predisponenti di questa diastasi patologica in quanto, essendo una complicanza rara del post parto (la sua incidenza varia da 1 su 300 a 1 su 30.000), i dati ottenuti dai vari studi non sono risultati essere statisticamente validi.
Attualmente, i fattori predisponenti tenuti maggiormente in considerazione, sono: la multiparietà; il tipo di parto; la macrosomia; la sproporzione cefalo-pelvica; la rapida progressione del 2° stadio del travaglio e la rapida discesa della parte presentata; l'anestesia epidurale; un trauma precedente nella regione pelvica.
La diagnosi è essenzialmente clinica (sintomi e segni clinici) anche se può avvalersi di conferma radiografica.
Il sintomo clinico più comune è rappresentato dal dolore alla sinfisi pubica e alle articolazioni sacro-iliache che può irra-

diarsi alla zona lombare, addominale, inguinale ed agli arti inferiori.
In caso di grande instabilità del bacino e/o forte dolore, il segno clinico di più comune riscontro è il Trendelemburg.
Il trattamento proposto per questa patologia è prevalentemente di tipo conservativo, si riserva l'intervento chirurgico ai rarissimi casi di diastasi superiore ai 4 cm associati a lesione dell'articolazione sacro iliaca ed instabilità dell'anello pelvico in cui il trattamento conservativo è risultato fallimentare.
Il trattamento conservativo prevede una prima fase caratterizzata da riposo a letto in decubito laterale e somministrazione di farmaci per controllare il dolore, a cui seguirà una seconda fase caratterizzata da fisioterapia con esercizi stabilizzanti (rinforzo dei muscoli del bacino e del tronco) ed utilizzo di fasce stabilizzanti il bacino.
La sintomatologia, pur regredendo velocemente, può perdurare fino a 6 mesi/ 1 anno dal parto.

Corrispondenza
info@mauramannucci.it

Pruriti perineali e mentali

Lichen simplex cronico – neurodermiti

PIETRO LIPPA
Responsabile servizi di dermatologia AIED Roma

Nell'area genitale maschile e femminile possono manifestarsi disturbi dermatologici la cui origine deriva da fonti di stress psicofisico, ansia e altri disturbi emotivi.
Il lichen Simplex cronico è la malattia dermatologica della regione vulvo-perineo-anale che rappresenta in pieno l'origine del disturbo psicosomatico-
Attraverso il prurito, intenso nelle ore serali, continuativo o ricorrente, la successiva fase del grattamento induce modificazioni (lichenificazioni o ispessimento del tratto di cute coinvolto).
L'aspetto clinico è rappresentato da cambiamento di colore, spesso più chiaro, con placche lichenificate.
Nella fase inveterata si assiste alla pigmentazione delle stesse con estese aree brunastre, le lesioni sono asimmetriche e si presentano anche nell'area perianale.
La diagnosi solitamente è clinica ma talvolta necessita dell'esame istologico per escludere altre malattie come il morbo di Paget, psoriasi o eczemi cronici.
Terapia: impiego di emollienti e corticosteroidi topici, antistaminici, ansiolitici e induttori del sonno.

Corrispondenza
dermatologopietrolippa@gmail.com

Prurito negli organi genitali femminili

GIULIO DE MATTEIS
Urologia Ginecologica Università di Roma Tor Vergata, Centro di medicina Pelvica e Chirurgia Funzionale e Riproduttiva Casa di Cura Santa Famiglia, Roma

Il prurito è una sensazione piuttosto sgradevole caratterizzata da pizzicore più o meno insistente che provoca il desiderio di grattarsi. In campo ginecologico, il prurito è uno dei sintomi che con maggior frequenza le donne riferiscono durante la visita. Molte sono infatti le affezioni degli organi genitali femminili che si manifestano con questo sintomo. Ad esempio, in menopausa, il prurito colpisce frequentemente a livello vulvo-vaginale a causa di fenomeni distrofici della cute o della mucosa. In età fertile invece la più frequente causa di prurito sono le infezioni sessualmente trasmesse (vaginiti micotiche e batteriche) o l'ipersensibilità nei confronti dei componenti di detergenti o lubrificanti. In alcune circostanze, il prurito raggiunge un'intensità tale da costringere le pazienti a visite urgenti.
Per quanto riguarda le affezioni del pavimento pelvico, il prurito è spesso sintomo caratterizzante il prolasso degli organi pelvici, l'ipertono del pavimento pelvico e la *sindrome genito-urinaria*.
Nel prolasso, il prurito è uno dei sintomi precoci, insieme a dolore pelvico o perineale, difficoltà o il dolore nei rapporti sessuali, senso di pesantezza pelvico o rettale e bruciori, che si manifestano negli stadi iniziali. Una particolare attenzione a tali sintomi, prurito compreso, durante una visita ginecologica può portare ad una attenta valutazione della statica pelvica e quindi all'identificazione precoce del prolasso con conseguente ricorso a terapie meno invasive rispetto alla chirurgia. Nelle forme avanzate di prolasso, il prurito può altresì presentarsi ma come conseguenza dell'irritazione della mucosa vaginale che si trova spesso a contatto con superfici esterne (slip, proteggislip…).
Nelle donne affette da ipertono del pavimento pelvico invece, il prurito si può presentare come conseguenza di fenomeni distrofici che colpiscono mucosa e cute. L'eccessiva contrazione della muscolatura fa sì che si riduca il flusso sanguigno che irrora questi tessuti portando ad una condizione di atrofia vulvo-vaginale che contribuisce ad inasprire ulteriormente il dolore soprattutto durante i rapporti.
Nella sindrome genitourinaria, condizione tipicamente presente nelle donne in menopausa (ma anche in donne sottoposte a chemioterapia o in gravidanza/allattamento), la carenza di estrogeni colpisce le mucose genitali e delle vie urinarie generando fenomeni distrofici. Questi fenomeni predispongono ad infezioni ricorrenti sia a livello vescicale che vaginale. L'atrofia e le frequenti vaginiti si manifestano spesso con un intenso prurito.
Il prurito pertanto è un importante sintomo che non andrebbe mai sottovalutato. Non di rado, infatti, si tende a trattare empiricamente tali stati ricorrendo a lavande od unguenti con effetto lenitivo. Sarebbe invece sempre opportuno andare ad indagare le cause di tale sintomo soprattutto alla luce delle numerose patologie che possono esserne causa.

Corrispondenza
giuliodematteis@yahoo.it

Problemi psicologici nei pazienti con prurito anale

BIANCA PESCATORI
Psicoterapeuta, Insegnante Mindfulness, www.biancapescatori.it

Il prurito anale, pur essendo considerato un sintomo che non corrisponde a importanti o pericolose patologie, può costituire un problema estremamente fastidioso. E' in genere diurno, ma puo' pure essere notturno, nel qual caso debilita il paziente per la carenza di sonno. Se il prurito è presente la notte, ma non sveglia il paziente, lo induce tuttavia a grattarsi nella regione anale e perianale, il che porta a fastidiose escoriazioni. Queste e la sensazione continua o intermittente di prurito provocano anche disturbi psicologici, come ansia e depressione, soprattutto se il soggetto non viene rapidamente sottoposto a una *cura efficace*. Per effettuar la quale occorre tener presente la patogenesi del prurito, che può essere legato a un prolasso mucoso interno del retto. Il muco che origina dalla mucosa discende alla cute perianale la notte; lo sfintere interno, che potrebbe trattenerlo, fisiologicamente si rilascia e il muco irrita la regione perianale e provoca il prurito. In questo caso può essere di giovamento una prolassectomia transanale. Altra possibilità è che terminazioni nervose del *nervo pudendo*, che si "sfiocca" nella regione perisfinteriale e perianale, "portino" al cervello la sensazione di prurito. In questo caso era un tempo consigliato di necrotizzare queste fibre nervose iniettando blu di metilene. Il prurito da muco che defluisce sulla cute perineale può anche essere dovuto a un incremento dei rilasciamenti spontanei dello sfintere interno, diagnosticatile con la manometria anorettale a lunga durata.

E' evidente che queste situazione causino ansia. Potrà essere utile sottoporre il paziente a un test dell'ansia, con i questionari *State-Trait Anxiety Inventory* (*STAI*-Y 1e 2) con i quali si rileva sia l'ansia di tratto (ovvero il soggetto è per sua natura ansioso) che l'ansia di stato (ovvero il soggetto è ansioso a causa dei suoi disturbi, ossia del prurito anale stesso). Anche test grafici reattivi, come "il disegno della famiglia" o "disegna una persona" o "disegna una persona sotto la poggia", come pure il test di Rorschach possono essere utili per una psicodiagnosi. Un aiuto per oggettivare la situazione e aiutare a non mettere in atto in modo immediato una reazione automatica al fastidio del prurito (aumentando così il fastidio) ci viene da una antica e "neutra" modalità di osservazione: la pratica di mindfulness (consapevolezza). Secondo i testi buddisti antichi: "l'uomo quando viene toccato da una sensazione dolorosa soffre, si affligge, si lamenta, piange battendosi il petto, entra in uno stato di grande confusione. Sperimenta due tipi di sofferenza: una sofferenza fisica ed una sofferenza mentale. E' come se fosse colpito da una freccia e subito dopo fosse colpito da un'altra freccia cosicché percepirebbe i dolori di due frecce" . Praticando la meditazione di mindfulness, ci si può rendere conto di quanto non sia tanto il fastidio del prurito (prima freccia) quanto il "non volere" quel fastidio (seconda freccia) che amplifica il fastidio stesso. Così, lasciando andare il rifiuto e accogliendo e osservando in modo neutro questa concatenazione, si riesce ad accogliere il fastidio fisico e diminuirne notevolmente il dolore.

In *conclusione* il prurito anale può derivare o essere la causa di uno stato psicologico alterato. In genere si accompagna ad ansia, più di rado a depressione. Per meglio risolverlo, a parte cure mediche o chirurgiche mini-invasive, si può ricorrere alla *mindfulness* con l'aiuto di uno psicologo che "governi" le reazioni istintive del soggetto al problema.

Corrispondenza
bianca.pescatori@gmail.com

INDICE AUTORI

G. Bazzocchi 80
S. Colicchia 67, 79, 84
N. De Angelis 71, 83, 91
S. De Chino 71, 79, 87, 88
G. De Matteis 77, 82, 90, 93
F. Deltetto 73
G. Dodi 67, 70, 74
A. Giannantoni 68, 72, 81, 85, 89
L. La Torre 67, 74, 83
E.L. Leonelli 92
P. Lippa 93
M. Mannucci 91, 92
U. Nardi 85
F. Pallotti 76
B. Pescatori 78, 88, 94
M. Pescatori 67, 70, 89
V. Piloni 76
P. Vicini 77

Pelvishop

LA PELVI SICURA

Pelvishop tutto per la cura e il benessere del pavimento pelvico e non solo

Pelvishop nasce con l'idea di diventare un punto di riferimento sia per le *persone* con sintomi riferibili ai diversi comparti del pavimento pelvico che per i *professionisti* che si occupano di riabilitazione, cura e benessere della pelvi.

Pelvishop attraverso l'*e-commerce* offre una vasta gamma di prodotti che spaziano dalla nutraceutica ai dispositivi medici, dalla cosmeceutica e cosmetica ai dispositivi per l'igiene personale.

Emoraus
trattamento delle emorroidi

Venocircolaus
per la funzionalità del microcircolo

Pulsaclis
clisma a getto pulsante per la TAI

Perausetta
peretta evacuativa

Igiet
dispositivo per l'igiene personale

Pelvishop dedica uno spazio all'approfondimento di eventuali problematiche personali attraverso *l'esperto risponde* in cui uno staff di specialisti è sempre pronto a dare una risposta.

Pelvishop con pubblicazioni e informazioni di carattere scientifico rappresenta anche una piattaforma in evoluzione, grazie alle *nuove tecnologie*, per il confronto di opinioni tra *specialisti* in ambito uro-ginecologico, proctologico e fisiatrico al servizio dei *pazienti*.

www.pelvishop.com

Detergente intimo
con aloe vera e cappero,
ad azione lenitiva e idratante.
Ideale per tutta la famiglia.

naturale nell'intimo

sapimed S.p.A.

Alessandria - Italy
info@sapimed.com • www.sapimed.com

In farmacia e su shop.sapitech.it

/Sapimedspa