



Sintomi

I sintomi delle disfunzioni perineali sono rappresentati soprattutto da alterazioni delle componenti connettivali e muscolari del pavimento pelvico. La paziente può riferire disturbi che possono interessare la sfera genitale e sessuale, come il senso di peso in regione pelvica, l'incontinenza urinaria o fecale, la stipsi o la difficoltà ad avere rapporti sessuali (dispareunia).

Il senso di peso nella regione pelvica e la dispareunia sono spesso causati dalla presenza di prolasso urogenitale, che è una patologia ad andamento progressivo, caratterizzata dallo spostamento verso il basso della vagina (cistocele e rettocele) e dell'utero (isterocele), accompagnato dalla dislocazione dei visceri pelvici adiacenti per cedimento dei loro mezzi di sostegno.

L'incontinenza urinaria e fecale sono caratterizzati dall'involontaria perdita di urina o gas e feci, che determinano un peggioramento della qualità di vita.

Chiaramente l'intensità del sintomo si correla con la gravità della disfunzione e pertanto una buona valutazione clinica e strumentale è necessaria prima di iniziare qualsiasi percorso terapeutico. Una volta individuata e stadiata la disfunzione è possibile personalizzare la terapia, che può essere conservativa o chirurgica.

Corretto stile di vita

È utile ricordare l'importanza della prevenzione dell'incontinenza urinaria, di quella fecale e del prolasso genitale in due momenti particolari nella vita della donna: il parto e la menopausa.

Naturalmente non vanno dimenticati alcuni semplici consigli comportamentali per ridurre o evitare fattori favorevoli le suddette disfunzioni: il fumo di sigaretta (tosse), il sovrappeso (obesità), la regolare funzione intestinale (stipsi), il sollevare pesi superiori ai 10 - 15 Kg e l'esecuzione di lavori pesanti senza determinati ausili.



Durante la gravidanza ed il parto la prevenzione è basata su un'adeguata preparazione della gravida fin dai primi mesi di gestazione e sull'attenta assistenza al parto al fine di ridurre i danni sul pavimento pelvico.

Un obiettivo importante è quello di educare la gravida, facendole prendere coscienza della muscolatura perineale. A tale proposito i corsi di preparazione al parto possono essere un momento importante per la conoscenza dell'utilizzo del pavimento pelvico e del perineo sia in fase di rilassamento che in fase di contrazione muscolare. In tal modo la donna sfrutterà tale tecniche sia durante la gravidanza che durante il parto, nonché per tutta la vita.

I danni perineali dovuti al parto devono inoltre essere prevenuti con una adeguata condotta ostetrica in sala parto, mirata alla protezione del perineo. Nel post-partum, infine, l'obiettivo è di recuperare un perineo anatomicamente e funzionalmente normale.

A tale scopo non si consiglia in modo sistematico una ginnastica addominale, inappropriata finché il perineo non abbia recuperato un tono normale.

Per questo si consiglia alla puerpera una rieducazione perineale e solo in un secondo tempo una ginnastica addominale.

La prevenzione sopradescritta ha tre scopi:

- garantire alla donna una continenza anale e urinaria
- mantenere una vita sessuale soddisfacente
- preservare la statica pelvica.

Durante la menopausa invece, un adeguato trattamento ormonale sostitutivo, una adeguata ginnastica perineale o un automassaggio perineale con prodotti che migliorano la produzione del connettivo perineale possono essere importanti nel rallentare i processi di atrofia dei tessuti dell'apparato genitale.



Piano terapeutico

La programmazione terapeutica della paziente con disfunzioni perineali può seguire due scelte fondamentali in base alla gravità delle disfunzioni stesse: la rieducazione del pavimento pelvico ed il trattamento chirurgico.

Le tecniche riabilitative del pavimento pelvico hanno tutte come obiettivo il miglioramento delle performances perineali in modo da consentire al perineo di esplicare al meglio le sue funzioni di supporto dei visceri pelvici, di rinforzo sfintero-uretrale e di contrasto alle pressioni endoaddominali. Il progetto riabilitativo è un atto complesso che prevede un approccio educazionale e un utilizzo combinato di varie tecniche.

Le tecniche cardine della riabilitazione pelviperineale classica sono rappresentate da:

- Fisiocinesiterapia pelviperineale
- Biofeedbackterapia
- Stimolazione elettrica funzionale

La fisiocinesiterapia pelviperineale ha come obiettivo la presa di coscienza e il rinforzo della muscolatura perineale mediante esercizi specifici da eseguire inizialmente sotto la guida di una terapeuta e successivamente, dopo opportuno training, a domicilio.

La biofeedbackterapia (il termine biofeedback deriva dalla combinazione di due termini inglesi Biological e feedback - retrocontrollo biologico) è una metodica di apprendimento o rieducazione nella quale la paziente è inserita in un circuito a feedback chiuso dove gli vengono fornite informazioni su attività fisiologiche normalmente non coscienti, monitorizzate tramite segnali acustici o visivi.

La stimolazione elettrica funzionale consiste nella stimolazione della contrazione della muscolatura perineale passiva attraverso elettrodi intra-vaginali o intra-anali collegati a stimolatori esterni.

Alla riabilitazione perineale classica, sostenuta da pubblicazioni scientifiche internazionali, si stanno affiancando nuove tecniche di rieducazione del pavimento pelvico che propongono un approccio olistico, con attenzione globale alla donna, ai difetti posturali e agli aspetti psicologici.

Il trattamento chirurgico deve essere differenziato nella terapia anti-incontinenza e nella terapia per prolasso urogenitale.

Il trattamento chirurgico anti-incontinenza è caratterizzato dall'utilizzo di fettucce (sling)



sottouretrali di materiale non riassorbibile. L'approccio è sempre mininvasivo con una piccola incisione vaginale a livello sottouretrale ed il passaggio della sling o a livello retropubico o lateralmente al bacino (via transotturatatoria).

La chirurgia del prolasso urogenitale ha subito negli ultimi venti anni una continua evoluzione grazie alle approfondite conoscenze sulla fisiopatologia pelvi-perineale e ad una strategia terapeutica sempre più attenta al mantenimento dell'integrità anatomica e funzionale e quindi, in definitiva, al miglioramento della qualità di vita.

Sono stati descritti innumerevoli tipi di interventi chirurgici per la correzione del prolasso genitale, associati o meno a problemi minzionali o defecatori. Attualmente possiamo riassumere questi interventi in due tipologie, in base alla modalità di approccio chirurgico, e cioè:

- interventi per via vaginale, che rappresenta la via tradizionale per il trattamento del prolasso genitale
- interventi per via addominale che attualmente vengono eseguiti per via laparoscopica o robotica.

Le tecniche chirurgiche tradizionali per via vaginale prevedono la ricostruzione delle strutture tissutali di sostegno degli organi prolapsati senza ausilio di protesi.

Le tecniche chirurgiche protesiche prevedono l'utilizzo di reti non riassorbibili o riassorbibili introdotte al di sotto della parete vaginale tra il sistema fasciale o legamentoso lesionato ed i visceri coinvolti dal prolasso.

Nel 2011 la Food and Drug Administration, l'ente americana che sovrintende alla sicurezza dei farmaci, ha espresso notevoli preoccupazioni sui rischi associati al trattamento chirurgico con protesi del prolasso pelvico ed emesso una serie di raccomandazioni per regolamentare l'impiego di materiale protesico per via vaginale.

Accanto allo sviluppo delle tecniche chirurgiche per via vaginale, negli ultimi anni si è assistito ad un'evoluzione nel campo della chirurgia addominale. La colposacropepessia / isterosacropepessia laparotomica ha dimostrato negli anni passati ottime percentuali di successo a fronte di un accesso laparotomico che ne ha limitato l'utilizzo per un'invasività non paragonabile rispetto alla via vaginale. Tuttavia, la diffusione della chirurgia laparoscopica e, più recentemente, della chirurgia laparoscopica robot-assistita, ha portato a coniugare i brillanti risultati delle tecniche chirurgiche tradizionali alla minore invasività dell'approccio laparoscopico.

Registrati sul sito www.aiug.it nella sezione dedicata a WWPC oppure invia un'email a segreteria@aiug.eu per poter ricevere direttamente a casa tua, GRATIS, ulteriore materiale informativo sugli argomenti a te cari.



Questo materiale informativo è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di:



WWPC

AIUG, Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico che da anni studia le affezioni che riguardano la sfera uro-genitale e la statica pelvica e sta sviluppando importanti linee guida nella classificazione, nella diagnostica e nel trattamento di questi disturbi, promuove WWPC, World Women Perineal Care, la seconda giornata mondiale dedicata alla salute della donna.

I Centri aderenti all'iniziativa in Italia e all'estero resteranno aperti gratuitamente al pubblico, per una giornata, per fornire informazioni su:

"Il Perineo: prevenzione/educazione e cura".

Il presidente AIUG
Mauro Garaventa



con il patrocinio di



i nostri partner



Cosa è il perineo

Il perineo è quella regione del corpo che si trova nella parte più declive della pelvi e che chiude in basso il bacino costituendo insieme alle componenti ossee, muscolari, fasciali e nervose il pavimento pelvico. In alcuni casi con il termine "perineo" viene definita solo la superficie cutanea che riveste la regione a losanga delimitata in avanti dalla sinfisi pubica, posteriormente dal coccige e lateralmente dalle tuberosità ischiatiche. Tale losanga può essere divisa in due regioni triangolari che formano il diaframma pelvico: il triangolo anteriore o perineo anteriore è il passaggio degli apparati uro-genitali (uretra e vagina) mentre il triangolo posteriore o perineo posteriore è il passaggio dell'ultimo tratto dell'apparato gastro-enterico (il canale anale). In altri casi per "perineo" si intende tutto l'insieme di tessuti cutanei, muscolari, fasciali e legamentosi che contribuiscono alla chiusura in basso della pelvi.

Il pavimento pelvico è l'insieme dei muscoli, dei legamenti e delle fasce che costituiscono il supporto degli organi pelvici. Esso è un "Unicum" anatomofunzionale con finalità contenitive dei visceri pelvici, eietive (a livello del diaframma pelvico sono presenti gli sfinteri urinari ed anoretale), espletamento della attività sessuale ed infine, ma non ultimo è deputato all'espletamento del parto. La sua corretta funzionalità dipende dalla perfetta integrità anatomica e dalla interazione di tutte le strutture che lo costituiscono, la componente muscolare (rappresentata dal Complesso Muscolare dell'Elevatore dell'ano), la componente connettivale, la "Fascia Endopelvica", e la componente nervosa. Il danno di ciascuna delle parti sopraindicate è concausa del deterioramento delle altre, fino a che i meccanismi di compenso funzionale ed anatomico divengono inefficienti inducendo la insorgenza di disfunzioni che inficiano importanti aspetti della qualità di vita della donna. Avendo quindi il pavimento pelvico un ruolo sia di sostegno sia di passaggio, esso dovrà essere nello stesso tempo forte ed elastico.



Fasi di mutamento biologico nel corso della vita di una donna

Nell'evoluzione della specie umana, il passaggio alla stazione eretta ha indotto importanti cambiamenti nell'anatomia e nelle funzioni del pavimento pelvico e del perineo. La pelvi si è venuta a trovare nella parte più declive della cavità addominale, sottoposta al peso dei visceri, alle variazioni della pressione intra-addominale e alla costante convergenza su di essa dei vettori di forza della gravità. Il supporto pelvico si è pertanto irrobustito, rispetto a quello degli altri mammiferi, per poter sorreggere il peso e la pressione degli organi soprastanti dovendo al contempo garantire una sufficiente elasticità, per il corretto espletamento delle funzioni sopra esposte.

Nella vita della donna tra gli eventi che maggiormente influenzano la funzionalità del pavimento pelvico la gravidanza ed il parto sono sicuramente tra i principali "imputatati" per l'insorgenza di disfunzioni pelvi-perineali. La gravidanza sembra avere un ruolo, soprattutto nella insorgenza della incontinenza urinaria ed indipendentemente dalle modalità del parto sia attraverso gli importanti cambiamenti della assetto ormonale, sia mediante la modifica dei vettori di pressione intra-addominale prodotti dall'utero gravidico e dal conseguente riassetto posturale della regione lombo-sacrale (accentuazione della cifosi dorsale e della lordosi lombare). Tutto ciò determina da una parte uno spostamento del vettore pressorio intra-addominale che va esaurendosi soprattutto sul versante anteriore del pavimento pelvico (iato uro-genitale) e dall'altra una situazione profondamente sfavorevole alla capacità di contrazione e/o di rilasciamento muscolare pelvi-perineale (antiversione del bacino). Durante il parto per via vaginale il

pavimento pelvico ed il perineo sono sottoposti a grandi forze di pressione e trazione, i muscoli pelvici sono distesi in direzione longitudinale e spinti lateralmente dalla testa del feto.



La letteratura internazionale è concorde nel confermare che il trauma perineale da parto ha un ruolo rilevante nell'insorgenza di disfunzioni perineali a breve termine (in genere recuperabili entro 12-18 mesi) e di quelle a lungo termine.

Esso rappresenta per le strutture muscolo-fasciali e nervose un importante momento di stress biomeccanico.

La lunga latenza tra "evento parto" e comparsa di prolasso ed altre disfunzioni clinicamente evidenti, rende però conto di altri fattori che ne influenzano l'insorgenza.



L'avvento della menopausa è un altro momento critico per "la salute del pavimento pelvico".

Essa rappresenta una fase di transizione fisiologica nel corso della quale cessa la capacità riproduttiva dovuta al declino della funzione ovarica. L'ipoestrogenismo che ne consegue si ripercuote sia sull'apparato urogenitale a causa della progressiva riduzione della azione trofica degli steroidi ovarici sull'epitelio vaginale con conseguenti modificazioni in termini di elasticità e resistenza sia su tutto il basso tratto delle vie urinarie che è fortemente influenzato dall'azione che su di esso esercitano gli estrogeni; al sopraggiungere del climaterio infatti esso va incontro a modificazioni atrofiche a livello del trigono e dell'uretra.

Il perineo in menopausa viene coinvolto per molti motivi: il modificato clima ormonale, caratterizzato da ingravescente ipoestrogenismo, comporta modificazioni della matrice extracellulare del connettivo con riduzione della sua elasticità, evoluzione cronica dei danni precedentemente riportati durante la gravidanza e il parto la comparsa di patologie sistemiche, come stipsi o bronchite cronica, interferenti sulla pressione addominale e le modifiche del peso e della distribuzione del grasso corporeo.

Disfunzioni perineali

Le indagini epidemiologiche sulla prevalenza delle disfunzioni perineali e sulla loro correlazione con sesso, età, gravidanza e tipologia di parto confermano che l'incontinenza urinaria, l'incontinenza anale (alle feci o ai gas) e il prolasso utero-vaginale, sono le principali alterazioni che affliggono il compartimento pelvico.

Le disfunzioni del pelvi-perineali femminili rappresentano un importante aspetto di salute pubblica sia, in termini di impatto sulla qualità di vita delle donne che, in termini economici.

Il quadro clinico varia, in caso di prolasso genitale dalla sensazione di ingombro vaginale ("...ho la sensazione che "qualcosa stia uscendo") al senso di peso, accompagnato non di rado da dolore, in regione pelvica e/o lombare. Spesso sono presenti disfunzioni sessuali con difficoltà/disagio/dolore durante il coito ed alterazioni della funzione minzionale e/o defecatoria.

L'incontinenza urinaria è uno dei sintomi principali. Essa si manifesta con fughe involontarie di urina, in luoghi e tempi inadeguati. Le disfunzioni urinarie possono presentarsi anche con difficoltà minzionale, costringendo talvolta la donna ad assumere particolari posizioni o, a ridurre manualmente il prolasso, per ottenere un adeguato svuotamento della vescica, sono spesso presenti aumento della frequenza minzionale, nicturia e maggiore suscettibilità alle infezioni urinarie. L'incontinenza urinaria può verificarsi anche durante i rapporti sessuali. Per quanto riguarda le disfunzioni anorettali può essere presente stipsi (con necessità di ridurre manualmente il prolasso per ottenere una adeguata evacuazione), ma anche incontinenza con difficoltà a trattenere aria/feci e/o liquidi.



Il quadro sintomatologico sopra descritto influenza quindi in maniera fortemente negativa aspetti della vita di relazione, la sfera affettiva, l'attività lavorativa ed induce la donna, ad acquisire comportamenti fortemente condizionati per limitare il disagio.

Fattori di rischio

Tutte le disfunzioni perineali presentano una eziopatogenesi multifattoriale. I fattori più strettamente correlati con tali disfunzioni sono rappresentate dall'evento della gravidanza e della menopausa.

La gravidanza comporta modificazioni dei tessuti connettivali e della muscolatura pelvi-perineale, non solo dovuti all'incremento ponderale della madre e del volume dell'utero ma soprattutto per le modificazioni della postura e del tessuto connettivale materno. Infatti i cambiamenti strutturali dei tessuti che costituiscono il pavimento pelvico (l'ipertrofia della muscolatura, l'iperplasia delle fibre elastiche, la riduzione del grasso nella fossa ischio-rettale e soprattutto il "rilassamento" del connettivo) costituiscono il primo fattore di rischio di modificazione del perineo. Inoltre il parto espletato per via vaginale rappresenta ovviamente l'evento più traumatico nell'eziopatogenesi delle lesioni perineali. Durante il parto per via vaginale, infatti, avvengono importanti modificazioni anatomo-topografiche a carico del pavimento pelvico indotte dalla compressione della parte fetale presentata e dall'elevato aumento pressorio intra-addominale legato alle spinte espulsive. Questo comporta un assottigliamento delle strutture di sospensione, fino alla possibile rottura o al distacco della fascia endopelvica, la disinserzione o la lesione di fibre muscolari dell'elevatore dell'ano oltre a lesioni neurologiche.

La menopausa costituisce un processo fisiologico che porta alla perdita di tono ed elasticità dei tessuti con conseguente ipotonia del perineo e comparsa di sintomi quali la secchezza vaginale, il dolore durante i rapporti sessuali, la riduzione del piacere sessuale, la sensazione di pesantezza perineale, l'incontinenza urinaria da sforzo, l'urgenza minzionale, la difficoltà a trattenere le feci e i gas intestinali. Benché il ruolo degli estrogeni sulla funzionalità dell'apparato urogenitale sia ancora oggetto di indagini, è noto che vescica, uretra, vagina e tessuto connettivo del pavimento pelvico siano ricchi di recettori per gli estrogeni. Inoltre il calo degli estrogeni comporta una riduzione del collagene. La riduzione del collagene e l'assottigliamento del calibro delle fibre muscolari rappresentano infatti alcuni dei fattori responsabili delle disfunzioni perineali e del pavimento pelvico (aumentata incidenza di prolasso genitale e dell'incontinenza urinaria in postmenopausa).

