

WWPC World Women Perinatal Care WWBDD World Women Bladder Disorders Day

- INFEZIONI
- INCONTINENZA
- DOLORE
- PROLASSO

Donna = Disagio?

Mai più!



Associazione Italiana di
Urologia Ginecologica e
del Pavimento Pelvico

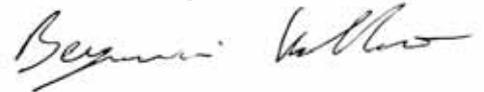


Federazione
Nazionale dei
Collegi delle
Ostetriche

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, insieme a FNCO (Federazione Nazionale Collegi Ostetriche) e Coldiretti Donne Impresa, promuove Donna=Disagio? Mai più!, l'evento dedicato alla salute della donna e che nasce dalla fusione delle vecchie edizioni, denominate WWPC (World Women Perineal Care) e WWBDD (World Women Bladder Disorders Day).

I Centri aderenti all'iniziativa e i mercati con gli stand Coldiretti resteranno aperti gratuitamente al pubblico, per una giornata, per fornire informazioni sul tema dell'incontinenza.

Il presidente AIUG
Bergamini Valentino



INTRODUZIONE ALL'INCONTINENZA

In Italia sono circa 6 milioni le persone affette da incontinenza, di cui il 60% donne con età superiore ai 40 anni. Questa particolare patologia si ripercuote su tutti gli aspetti della vita di una donna:

- psicologico
- sociale
- professionale
- familiare

La vita delle donne risulta condizionata in toto da un disagio che, molto spesso per disinformazione, porta con sé gravi danni relazionali e intimi minati dalla vergogna e dalla reticenza che provano le donne che ne soffrono a parlarne per cercare una soluzione. Infatti sono molte le donne che sottovalutano tali disfunzioni e quindi tardano o non si recano dal medico.

Su questo fronte, non sono da dimenticare i cospicui costi sanitari generati ogni anno dall'incontinenza urinaria in Italia.



Cos'è il perineo

Il **perineo** è quella regione del corpo che si trova nella parte più in pendenza 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 forma di 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 unico nelle sue funzionalità anatomiche: ha finalità contenitive dei visceri pelvici, eiettive (a livello del diaframma pelvico sono presenti gli sfinteri urinari ed anorettale), 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 l'insorgenza di disfunzioni che vanno ad influire su 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.



Nell'evoluzione della specie umana, il passaggio alla posizione 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 "imputati" per l'insorgenza di disfunzioni pelvi-perineali.** La gravidanza sembra avere un ruolo, soprattutto nell'insorgenza dell'incontinenza urinaria ed indipendentemente dalle modalità del parto, sia attraverso gli importanti cambiamenti dell'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 (bassa produzione di estrogeni, i principali ormoni sessuali femminili) che ne consegue si ripercuote sia sull'apparato urogenitale, a causa della progressiva riduzione dell'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 (la cessazione dell'attività delle ghiandole sessuali) 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 prollasso utero-vaginale, sono le principali alterazioni che affliggono il compartimento pelvico.**

Le disfunzioni dell'area pelvi-perineale femminile 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 prollasso 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 (difficoltà ad espellere urina), costringendo talvolta la donna ad assumere particolari posizioni o a ridurre manualmente il prollasso per ottenere un adeguato svuotamento della vescica; sono spesso presenti aumento della frequenza minzionale, nicturia (ripetuto bisogno di urinare durante il riposo notturno) 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 prollasso 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 connettivi 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).



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 studiata la disfunzione è possibile personalizzare la terapia, che può essere conservativa o chirurgica.



Corretto stile di vita

Molto importante è ricordare la **prevenzione** dell'incontinenza urinaria, di quella fecale e del prolasso genitale soprattutto 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 si sconsiglia 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, un'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 educativo e un utilizzo combinato di varie tecniche.

Le tecniche cardine della riabilitazione pelvipерineale classica sono rappresentate da:

- **Fisiochinesiterapia pelvipерineale**
- **Biofeedbackterapia**
- **Stimolazione elettrica funzionale**

La **fisiochinesiterapia pelvipерineale** 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.

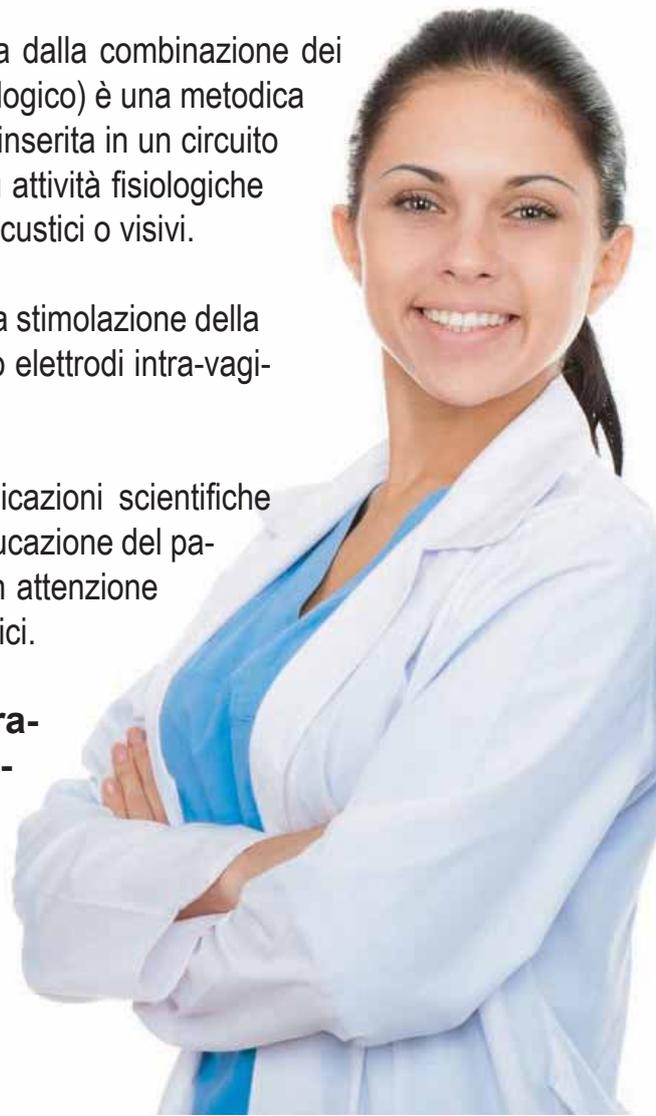
La **biofeedbackterapia** (il termine biofeedback deriva dalla combinazione dei due termini inglesi biological e feedback - retrocontrollo biologico) è una metodica di apprendimento o rieducazione nella quale la paziente è inserita in un circuito a feedback chiuso dove le vengono fornite informazioni 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 transotturatoria).

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.

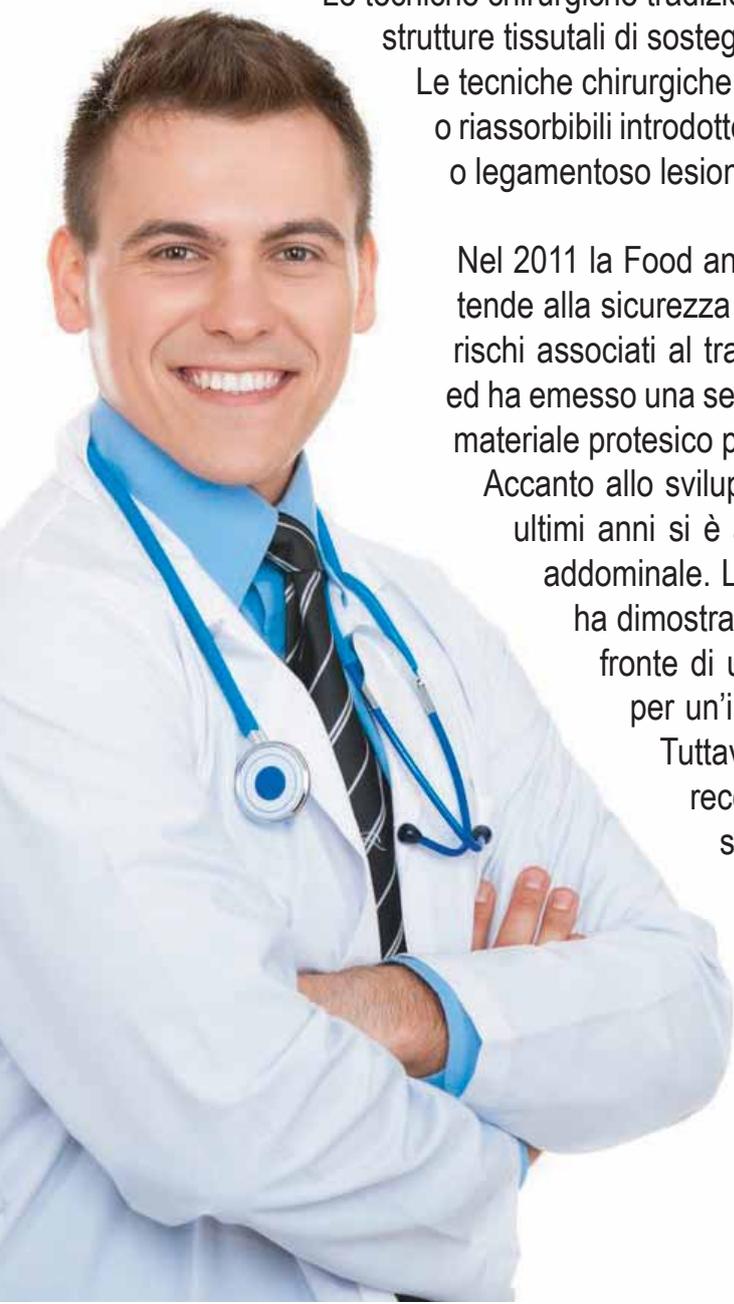
Le tecniche chirurgiche tradizionali per via vaginale prevedono la ricostruzione delle strutture tissutali di sostegno degli organi prollassati senza ausilio di protesi.

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 ha 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 colposacropessia / isterosacropessia 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.





Infezioni alle vie urinarie

COSA SONO?

Sono infezioni molto frequenti e fastidiose che colpiscono soggetti di entrambi i sessi e di ogni età. L'infezione, accompagnata da infiammazione, può interessare tutti gli organi dell'apparato urinario (reni, ureteri, vescica e uretra), ma quelle di gran lunga più comuni sono le cistiti (che si localizzano nella vescica). I batteri maggiormente coinvolti nelle infezioni urinarie diagnosticate in ambulatorio dal medico di medicina generale (85-90%) sono della specie *Escherichia coli*. A seguire si possono trovare anche *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, enterococchi e stafilococchi, ognuno in percentuale del 2-3%.

Il serbatoio di questi germi è l'intestino e per questo motivo i soggetti con disturbi intestinali (sindrome dell'intestino irritabile) sono più esposti al rischio di infezioni urinarie. Soprattutto per il sesso femminile, l'ingresso dei batteri avviene per via ascendente.

Tra le cause dell'infezione si ritrovano altri fattori: rapporti sessuali poco frequenti, incompleto svuotamento della vescica, caratteristiche di acidità delle urine, abitudini igieniche. Infine, le infezioni urinarie sono più frequenti in persone che hanno scarse capacità di difesa (soggetti immunodepressi): bambini, diabetici, anziani cardiopatici e allettati, persone già malate con infezioni croniche. In particolare, proprio in questi soggetti si possono verificare anche infezioni urinarie da funghi (*Candida albicans*) abbastanza difficili da risolvere. In ogni caso, sebbene si tratti di infezioni assolutamente trattabili, se trascurate le infezioni urinarie possono risalire fino ad arrivare a un danno renale sempre attivo e grave.

SINTOMI E DIAGNOSI

I sintomi delle infezioni urinarie (cistiti, uretriti) sono **disuria** (minzione dolorosa e bisogno continuo di urinare) e **pollachiuria** (scarsa quantità di urina a ogni minzione) con o senza febbre. Si possono aggiungere nausea, vomito e febbre, in genere con temperatura non elevata (<38-38,5°C). Nei lattanti e nei bambini piccoli i sintomi (agitazione, inappetenza e dolore addominale basso) possono essere sfumati.

Negli uomini l'infezione e l'infiammazione si possono localizzare alla prostata (prostatiti) e quindi i sintomi possono essere un po' diversi rispetto a quelli delle donne.

La diagnosi, in ogni caso, si fa in laboratorio con l'analisi delle urine e l'urinocoltura (esame batteriologico dell'urina), che vanno completate dall'antibiogramma (l'esame nel quale piccole quantità di urina vengono testate con diverse classi di antibiotici in modo da stabilire quelli più efficaci e risolutivi, verso i quali i germi ritrovati non mostrano resistenza, ma elevata sensibilità).

CURA

La cura migliore è rappresentata dagli antibiotici, per cui è necessario che sia il medico a fare la prescrizione mirata dopo aver preso visione dell'esame delle urine e dell'urinocoltura.

Gli antibiotici più utilizzati in questi casi sono amoxicillina, amoxicillina con acido clavulanico, cotrimoxazolo, fluconazolo (antifungino) e altri (cefalosporine), a seconda del risultato dell'antibiogramma, molti dei quali sono disponibili in forma equivalente. Vi sono poi disinfettanti delle vie urinarie, come la nitrofurantoina, che è molto utilizzata, qualche volta anche troppo, diventando così inefficace. Inoltre, la nitrofurantoina ha un'attività di tipo batteriostatico (ostacola la crescita dei batteri e ne blocca la moltiplicazione, ma non li uccide) e non battericida (uccide i batteri presenti) come quella degli antibiotici.

Contemporaneamente alla cura antibiotica è utile tenere pulito l'intestino con probiotici a base di fermenti lattici, che ripristinano la flora intestinale benefica a scapito dei germi che potrebbero andare a riaccendere l'infezione urinaria.

PREVENZIONE E STILE DI VITA

Esistono alcune regole semplici da rispettare per evitare che l'infezione delle vie urinarie si ripeta o si complichino. Si può fare una buona prevenzione in bagno e a tavola. Ecco come:

Le bambine vanno educate a un'igiene costante e il metodo migliore è quello di pulirsi con un movimento della mano dall'avanti all'indietro e non viceversa.

L'utilizzo di spugne o lo strofinamento troppo energico vanno sempre evitati.

Sia durante le mestruazioni sia dopo l'attività sessuale, le misure igieniche vanno rispettate e intensificate. Per esempio, chi fa uso di assorbenti interni deve rinnovarli spesso durante il giorno e utilizzare quelli esterni durante la notte. Infatti tutto ciò che ristagna nella zona genitale può favorire il proliferare dei germi. Per i lavaggi intimi bastano acqua e poco sapone neutro, mentre si dovrebbe limitare l'uso frequente di detergenti troppo drastici (o di spermicidi) o di lavande vaginali medicate (che contengono antibatterici), ricordando che il pH (grado di acidità) della zona genitale esterna va mantenuto vicino all'acidità e che costituisce una barriera protettiva naturale per lo sviluppo di germi.

Incontinenza urinaria femminile: Come sconfiggerla

L'incontinenza urinaria femminile è un problema largamente diffuso, particolarmente nell'età avanzata, ed ha un impatto severo sulla qualità di vita di molte pazienti.

La diagnosi di incontinenza urinaria si basa sullo studio di sintomi, di segni e di osservazioni urodinamiche.

- I sintomi sono indicatori soggettivi di una patologia
- I segni sono osservati dal medico attraverso semplici strumenti (stress-test, diario minzionale, pad test e questionari sulla qualità della vita)
- Le osservazioni urodinamiche sono determinazioni fatte durante lo studio urodinamico (basato sulle rilevazioni dei gradienti pressori endovesicali, endouretrali e endorettali e sulle modalità del flusso urinario).

Esistono 3 forme "standard" di Incontinenza:

- **Incontinenza da urgenza:** perdita di urina accompagnata da urgenza e provocata da contrazioni anomale della vescica
- **Incontinenza da sforzo:** perdita di urina provocata da un aumento improvviso della pressione addominale (riso, sforzo, tosse, starnuto)
- **Incontinenza mista:** una combinazione fra le due forme precedenti

La paziente affetta da incontinenza mette in atto una serie di atteggiamenti per nascondere questa patologia (mapping dei bagni, minzione difensiva, uso di assorbenti e pannolini, assunzione limitata di liquidi, ecc..). Quasi 2/3 delle pazienti sono sintomatiche per 2 anni prima di consultare un medico, circa il 30% di questi pazienti non viene studiato e l'80% non viene neppure esaminato ("fa parte del normale invecchiamento, non è una malattia grave, il trattamento non serve a niente", ecc..).

Come combattere l'incontinenza:

Migliorare la coscienza della paziente (incoraggiare le pazienti a parlarne: ruolo dei medici, delle associazioni dei pazienti, dei mass media) assicurandole che non si tratta di un processo ineluttabile ed incurabile ed illustrando tutte le possibili opzioni terapeutiche a disposizione, ovvero trattamento conservativo, medico o chirurgico.

Ad oggi le terapie farmacologiche possibili per contrastare i problemi legati all'incontinenza urinaria possono essere basate sull'assunzione di farmaci a base di molecole che agiscono sulla vescica impedendo la fuoriuscita accidentale di urina.

La riabilitazione del pavimento pelvico consiste in un insieme di tecniche atte a favorire il ripristino funzionale dei muscoli dell'elevatore dell'ano e delle sue aponeurosi.

La terapia riabilitativa dell'incontinenza si basa su tre tecniche principali:

- CHINESI-TERAPIA
- BIOFEEDBACK
- ELETTROSTIMOLAZIONE

LA CHINESI-TERAPIA

Viene attuata mediante tecniche endovaginali di messa in tensione e stiramento del muscolo pubo-coccigeo.

Questa manovra interessa sia la componente elastica del muscolo, sia il muscolo vero e proprio stimolando il riflesso miotattico da stiramento.

BIOFEEDBACK

(Biological feedback - retroazione biologica)

È un sistema in grado di registrare alcune attività fisiologiche non apprezzabili a livello cosciente in condizioni normali.

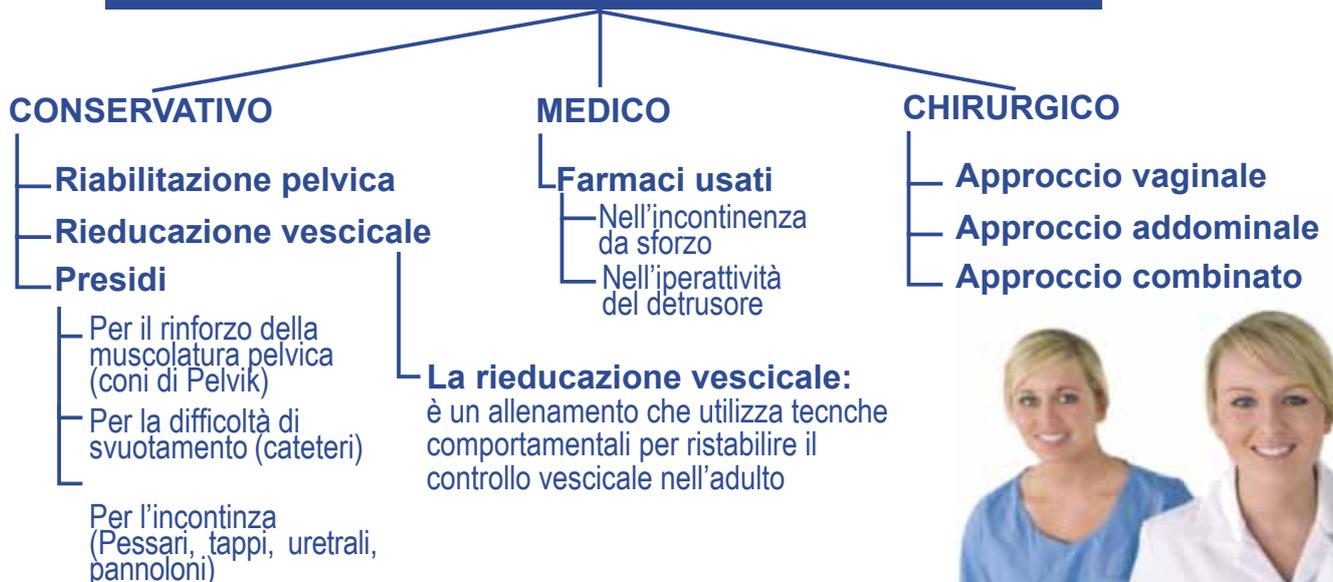
Il principio generale è quello di trasformare il segnale biologico in un segnale luminoso facilmente interpretabile dalla paziente.

LA STIMOLAZIONE ELETTRICA FUNZIONALE

Viene attuata mediante sonde endovaginali o anali dotate di anelli conduttori posizionate a livello del muscolo elevatore dell'ano e che inviano impulsi elettrici ad intensità sub dolorifica e a bassa frequenza.

Presupposto principale per la riabilitazione uroginecologica è l'accettazione della terapia da parte della paziente: deve essere collaborante, assidua, motivata e istruita dal punto di vista terapeutico. Il training deve continuare anche a domicilio.

TRATTAMENTO DELL'INCONTINENZA URINARIA



Inoltre esistono trattamenti che sfruttano l'emissione di una luce laser che, grazie al suo effetto foto-termico, determina il ringiovanimento dei tessuti vaginali trattati, agendo in maniera efficace sull'incontinenza da sforzo.

È ormai dimostrato che l'incontinenza urinaria non



è da subire, nè da accettare con rassegnazione, ma è curabile.

La terapia medica è la terapia di prima scelta nell'incontinenza da urgenza e complementare invece alla chirurgia nell'incontinenza da stress. Il trattamento medico ha sicuramente un ruolo fondamentale nella cura dell'incontinenza, ma non sempre permette una "guarigione completa". Sino ad oggi la ricerca farmacologica non ha permesso di disporre del "farmaco ideale" per il trattamento dell'incontinenza urinaria, perché ancora ignota ed oscura è la neurofisiologia del ciclo minzionale, sia fisiologico sia di conseguenza anomalo.

INCONTINENZA URINARIA: COSA FARE?

Sintomi - impatto sulla qualità di vita

"Perdo urina con gli starnuti"

"Non riesco a trattenere l'urina quando sento lo stimolo improvviso di urinare"

"Vado solo in posti in cui so che c'è un bagno"

"Mi alzo di notte in continuazione per urinare"

"Evito i rapporti perchè perdo urina"

Consapevolezza: l'incontinenza si può curare!

Call for help - cercare aiuto: medico di famiglia - urologico

Diagnosi:

(storia personale, esame obiettivo, diario minzionale, prove urodinamiche)

incontinenza da sforzo:
(stress incontinence)

incontinenza da urgenza:
(urge incontinence)

incontinenza mista:
(mixed incontinence)

TERAPIA

Riabilitazione:
terapia medica/chirurgica?

Il trattamento giusto può essere consigliato solo da personale specializzato e i **SANITARI COINVOLTI NEL TRATTAMENTO DI SOGGETTI AFFETTI DA INCONTINENZA URINARIA:**

Medici di Medicina generale, Urologi, Ginecologi, Geriatri, Neurologi, Fisioterapisti, Pediatri, Personale infermieristico specializzato, Psicologi.



Il dolore pelvico cronico/Cistite Interstiziale



Il dolore pelvico cronico è una condizione di dolore costante oppure ciclico a localizzazione pelvica che dura da più di sei mesi, più frequente nel sesso femminile.

In circa 1/3 dei casi, a tale dolore si associa una sintomatologia simile alla cistite, cioè necessità di urinare spesso e con urgenza, e bruciore durante la minzione. A differenza di ciò che accade nelle forme di cistite classica, in queste pazienti l'urinocoltura mostra un'assenza di batteri.

Questo è il motivo per cui gli antibiotici che curano le cistiti batteriche non hanno effetto in queste pazienti. Queste forme di cistiti non batteriche vanno sotto il nome di Cistite Interstiziale.

L'evoluzione della malattia è lenta ma destinata a peggiorare velocemente attraverso un deterioramento della funzione vescicale: ciò conduce ad un peggioramento della sintomatologia e soprattutto del dolore. Tutto ciò determina un drammatico impatto sulla qualità della vita delle pazienti, con pesanti ripercussioni sulla vita personale e sui rapporti lavorativi e di coppia.

Con Decreto Ministeriale n. 279 del 18/05/2001 tale malattia è stata riconosciuta dal Ministero della Salute tra le "Malattie Rare", per le quali è previsto il riconoscimento di Invalidità e l'esenzione totale per le spese mediche. Tale requisito va accertato mediante diagnosi fatta in uno dei centri di riferimento per tale patologia diffusi su tutto il territorio nazionale.

Cause della Cistite Interstiziale

Numerose ipotesi sono state postulate per spiegare l'insorgenza di tale patologia. La più accreditata afferma essa sia causata da una riduzione di un rivestimento delle pareti vescicali costruito da glicosaminoglicani, che protegge i tessuti sottostanti dalle sostanze irritanti contenute nelle urine. Essendo deficitario questo stato protettivo, tali sostanze aggrediscono le pareti vescicali innescando un processo infiammatorio che coinvolge non solo la vescica ma anche i nervi che raggiungono le pareti vescicali. Tale coinvolgimento nervoso spiegherebbe l'insorgenza del dolore.

Come si fa la diagnosi

In primo luogo si escludono altre patologie vescicali che presentino una sintomatologia simile (cistiti ed uretriti batteriche, calcoli vescicali, neoplasie vescicali ecc) mediante opportuni esami delle urine (urino coltura, citologia urinaria, ricerca del BK nelle urine, ecc.) ed ecografie dell'apparato urinario.

Utile è una visita specialistica uroginecologica che valuta la sintomatologia ed identifica la localizzazione e l'intensità del dolore. L'esame urodinamico è utile per valutare la funzionalità della vescica. L'uretrocistoscopia in narcosi con distensione della vescica è invece un esame che permette di valutare le alterazioni che tale malattia determina a livello delle pareti vescicali e, nei casi più avanzati, la presenza di caratteristiche ulcere, chiamate ulcere di Hunner dal nome dello studioso che per primo le ha descritte. Infine, la biopsia della vescica, cioè il prelievo in anestesia di un frammento della parete vescicale, consente, mediante un esame istologico mirato, di valutare la presenza ed il grado di infiammazione, nonché l'estensione di tale processo infiammatorio.

Quale terapia

Numerose sono le terapie proposte per il trattamento di questa patologia: orali, endovesicali, terapia del dolore e nuovi trattamenti che consistono nell'applicazione di pace maker vescicali per il controllo del dolore e della frequenza urinaria e, in casi selezionati, infiltrazione endovesicale con tossina botulinica.

È necessario, per evitare che la malattia progredisca e produca danni non più reversibili, effettuare una diagnosi il più possibile precoce per instaurare al più presto una terapia idonea, in grado di bloccare l'evoluitività.

ALCUNI CONSIGLI: La postura

L'importanza della postura per il corretto funzionamento del pavimento pelvico.

La postura può essere definita come la posizione del corpo nello spazio ambiente e delinea anche il nostro modo interiore di relazionarci con il mondo (fig. 1).

Essa è condizionata da tre fattori principali:

- fattore neuromuscolare
- fattore biochimico e viscerale
- fattore emotivo

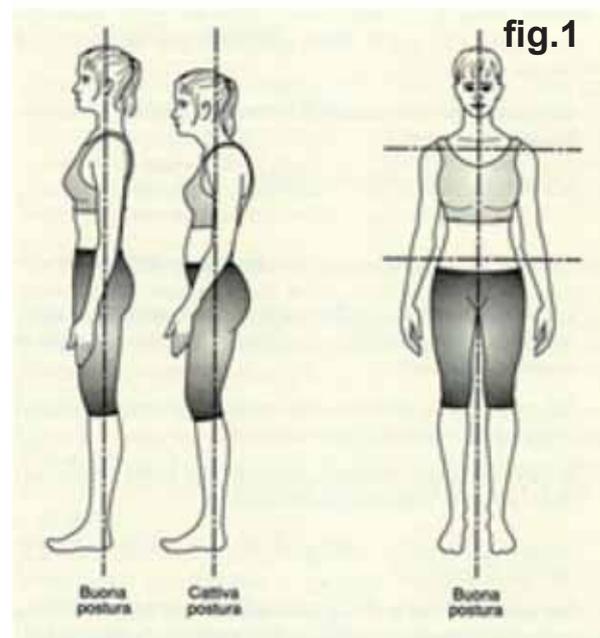
Ricordiamo inoltre che per buona postura si intende un allineamento corretto verticale del corpo. Il pavimento pelvico agisce attraverso le catene muscolari, per questo sono i muscoli che attraverso la loro tonicità e sinergia, garantiscono una corretta postura.

Vari sono i metodi per allenare i muscoli pelvici attraverso esercizi.

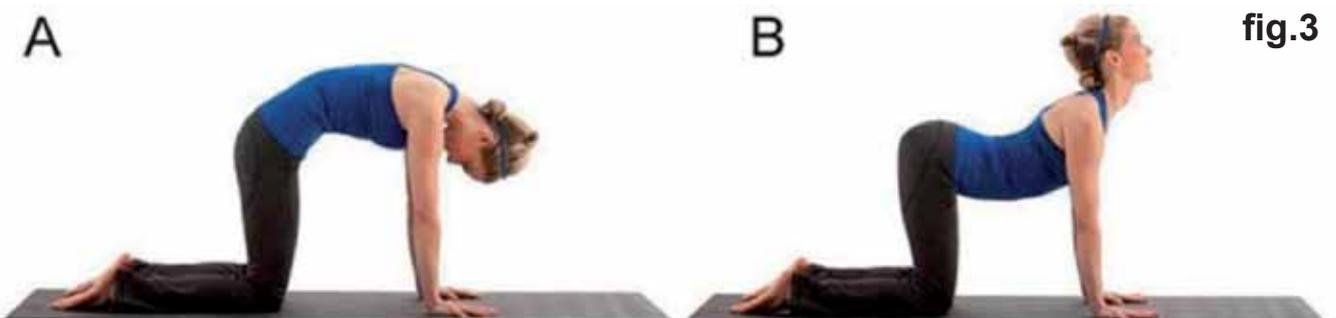
- Molto importante è il rapporto con il diaframma, che lavora in sinergia con il pavimento pelvico e con il muscolo trasverso profondo dell'addome.



Quindi fondamentale è una ginnastica che faccia leva sulla respirazione diaframmatica e sul lavoro di coordinazione tra pavimento pelvico e diaframma. (fig. 2)



Attraverso la combinazione di questi due movimenti, presenti nella fig. 3, si effettua un vero e proprio stretching della schiena e del collo, stimolando i nervi spinali, allineando le vertebre e favorendo il flusso del sangue. Svolgendo questo esercizio molta pressione verrà effettuata attraverso gli Ischi (ossa delle natiche) e porterà vantaggi per un corretto funzionamento del pavimento pelvico.



• L'esercizio dell'orologio.

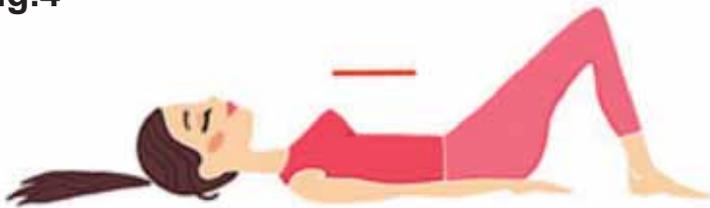
Stendersi a terra con le gambe piegate e le piante dei piedi poggiate per terra.

Immagina di avere sotto il bacino un orologio, sotto il sacro ci sono le 12, sotto il coccige ci sono le 6, posizionato sotto il fianco sinistro ci sono le 15, quello destro le 9. Ora durante un'espirazione porta il tuo sacro verso le 6, inspirando porta il tuo coccige alle 12, ripeti questo movimento alcune volte sino a quando non diviene fluido.

Poi aggiungi i movimenti laterali, il sacro verso le 15 e poi verso le 9.

Quando anche questi movimenti sono diventati fluidi esegui il giro completo dell'orologio.

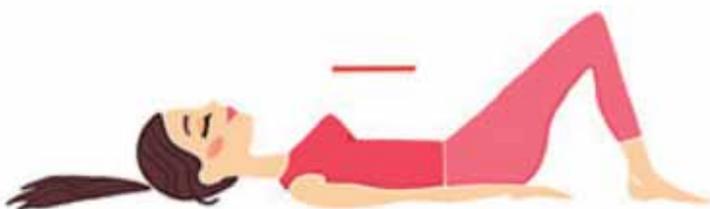
fig.4



Schiena a terra, ginocchia piegate e piedi in appoggio al suolo. Braccia rilassate ai lati del corpo. Se la posizione provoca fastidio alla regione cervicale è possibile mettere un cuscino sotto la testa



Inspirare e poi espirando profondamente tirare in dietro il più possibile l'ombelico. Contemporaneamente eseguire una piccola retroversione del bacino sollevando da terra l'osso sacro e poi la colonna.



*Inspirando, tornare nella posizione di partenza.
20 ripetizioni.*

• L'esercizio della perla.

Grazie a questo esercizio si ottiene la contrazione del pavimento pelvico immaginando di trattenere in vagina una perla. Attraverso questo metodo tutti i muscoli pelvici si contraggono, chiudendo la perla all'interno della vagina e successivamente facendola scivolare fuori una volta rilassati i muscoli. Questo esercizio è tratto dal libro "la ginnastica intima" di Simona Oberhammer.

Uno dei momenti più rischiosi per il pavimento pelvico è certamente il parto.

Per mantenere inalterate le funzioni del pavimento pelvico ma soprattutto per una rieducazione vescicale post partum, fondamentali sono alcuni esercizi da svolgere comodamente a casa e in breve tempo.

Un esempio di uno di questi semplici esercizi si può vedere dalla scheda illustrata (fig. 4).

Prevenzione e sicurezza attraverso una buona e sana alimentazione

La vita della donna è contrassegnata da varie fasi, si pensi alla pubertà, alla fertilità ma soprattutto alla gravidanza e alla menopausa. Questi processi di cambiamento biologico costituiscono campanelli d'allarme per quanto riguarda le problematiche uroginecologiche e quindi con tutto ciò che concerne il perineo e le eventuali alterazioni anatomico-funzionali che possono ripercuotersi sulla sfera genito-urinaria-sessuale.

Per questo motivo, oltre al lavoro di tonicità ed elasticità muscolare tramite il movimento fisico, si dovrebbe fare molta attenzione alla scelta dell'alimentazione, educando il nostro corpo al cibo adeguato alla prevenzione.

Un consiglio per iniziare a prevenire anche attraverso l'alimentazione è certamente una dieta ricca di fibre e cereali integrali. La fibra infatti ha la capacità di ritardare e ridurre l'assorbimento degli zuccheri introdotti con il pasto. Le fibre infatti sono essenziali per la normale regolarità e non apportano calorie al nostro organismo ma allo stesso tempo danno un effetto saziante. Una dieta ricca di fibre ha dimostrato di essere quindi una prevenzione anche per alcune malattie dell'intestino, come la diverticolosi e alcuni tumori. Regolando l'assorbimento di zuccheri e grassi, queste fibre tendono anche a ridurre il rischio di diabete e di malattie dell'apparato cardiovascolare. I legumi e la frutta sono ricchi di fibre, infatti per raggiungere il fabbisogno giornaliero è necessario seguire ciò che riporta una semplice dieta mediterranea: consumare almeno 3 porzioni di frutta e 2 di verdura al giorno. Inoltre ricordiamo che la fibra è uno dei pochi elementi che resiste alla cottura senza perdere le sue proprietà benefiche. Questa particolare tipo di dieta è anche chiamata dieta "verde".



Molto importante è tenere a mente il calendario della frutta e verdura di stagione, sia per il gusto stesso dei prodotti ma soprattutto perché è molto più salutare portare in tavola cibi che non hanno avuto bisogno di “trucchi” per poter crescere e infine, non da meno il prezzo che, ovviamente, verrà aumentato se sono state necessarie spese di trasporto per portare lo stesso nel nostro paese. Per questo vi proponiamo un calendario stagionale che potrà essere utile per la vostra salute e per acquistare sempre frutta e verdura a chilometro zero:

	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC
FRUTTA	Arence Clementine Kiwi Limoni Mandarini Mela Pera Pompelini	Arence Clementine Kiwi Limoni Mandarini Mela Pera Pompelini	Arence Kiwi Limoni Mela Pompelini	Arence Fragole Kiwi Limoni Mela Nespole Pera Pompelini	Ciliegie Fragole Kiwi Lamponi Mela Meloni Nespole Pera Pompelini	Albicocche Amarene Ciliegie Fichi Fragole Lamponi Meloni Pesche Susine	Albicocche Amarene Angurie Ciliegie Fichi Fragole Lamponi Meloni Mirtilli Pesche Prugne Susine	Angurie Fichi Fragole Lamponi Mela Meloni Mirtilli Pera Pesche Prugne Susine Uva	Fichi Lamponi Mela Meloni Mirtilli Pera Pesche Prugne Susine Uva	Castagne Clementine Kaki Lamponi Limoni Mela Pera Uva	Arence Castagne Clementine Kaki Kiwi Limoni Mandarini Mela Pera Pompelini Uva	Arence Castagne Clementine Kaki Kiwi Limoni Mandarini Mela Pera Pompelini Uva
VERDURA	Bietole da coste Carciofi Carote Broccoli Cavolfiori Cavoli Cicorie Finocechi Patate Radicchie Rape Spinaci Zucche	Bietole da coste Carciofi Carote Broccoli Cavolfiori Cavoli Cicorie Finocechi Patate Radicchie Rape Sedano Spinaci Zucche	Asparagi Bietole da coste Carciofi Carote Broccoli Cavolfiori Cavoli Cicorie Finocechi Cipolline Fave Insalate Patate Radicchie Rape Sedano Spinaci	Aglio Asparagi Bietole da coste Carciofi Carote Cavoli Cicorie Cipolline Fagioli Fave Finocechi Insalate Patate Piselli Pomodori Ravanelli Sedano Spinaci	Aglio Asparagi Bietole da coste Carciofi Carote Cavoli Cicorie Cipolline Fagioli Fave Insalate Melanzane Patate Pomodori Radicchie Ravanelli Sedano Zucchini	Aglio Bietole da coste Carote Cavoli Cicorie Fagioli Fagiolini Fave Insalate Melanzane Patate Peperoni Pomodori Radicchie Ravanelli Sedano Zucchini	Aglio Bietole da coste Carote Cavoli Cicorie Fagioli Fagiolini Insalate Melanzane Patate Peperoni Pomodori Radicchie Ravanelli Sedano Zucchini	Aglio Bietole da coste Carote Cavoli Cavolfiori Cavoli Cicorie Finocechi Insalate Melanzane Patate Peperoni Pomodori Radicchie Ravanelli Sedano Spinaci Zucchini	Aglio Bietole da coste Carote Cavoli Cavolfiori Cavoli Cicorie Finocechi Insalate Patate Radicchie Rape Sedano Spinaci Zucche	Aglio Bietole da coste Carote Carciofi Cavolfiori Cavoli Cicorie Finocechi Insalate Patate Radicchie Rape Sedano Spinaci Zucche	Bietole da coste Carote Broccoli Cavolfiori Cavoli Cicorie Finocechi Insalate Patate Radicchie Rape Spinaci Zucche	

Il dott. Nicola Sorrentino, uno dei massimi esperti italiani in dietologia, Medico Chirurgo e docente nell'Università degli Studi di Pavia, attraverso i suoi numerosi libri e articoli a carattere scientifico e divulgativo, ha tracciato la Dieta Sorrentino che prende appunto il suo nome non avendo una vera e propria rigidità in merito alla quantità di cibo da assumere ma privilegia il giusto apporto tra l'attività fisica e quantità di verdura, fibre e una giusta quantità di carne da consumare giornalmente per ridurre il rischio di patologie.

Da non dimenticare, come afferma Elisabetta Bernardi, nutrizionista e autrice del libro “Oggi cosa mangio”, “La carne, spesso oggetto di pregiudizi, è uno degli alimenti che contribuisce al perfetto equilibrio nutrizionale garantito dalla dieta mediterranea e rappresenta una buona fonte di proteine e aminoacidi essenziali da consumare almeno due volte a settimana”, un'adeguata as-



sunzione di carne è necessaria per una sana alimentazione.

Inoltre, alimenti come aglio, carota, cipolla, agrumi, mirtillo, arachidi, pesce, soia, tè verde, yogurt e verdure verdi dovrebbero essere alla base di una corretta alimentazione all'insegna della salute e quindi del benessere.

Per concludere possiamo sicuramente dire che ciò che fa male sono le quantità ed in merito a questo possiamo catalogare un altro elemento fondamentale: il vino. Si dovrebbe tornare alle vecchie abitudini dei nonni che, in tavola, non facevano mai mancare un bicchiere di buon vino, infatti soprattutto il vino rosso grazie al suo alto contenuto di polifenoli elimina i radicali liberi e protegge il cuore.

Quanto detto finora può essere valutato come uno spunto per trovare il giusto compromesso tra attività fisica e alimentazione in modo da mantenere un corpo tonico e tenersi in forma evitando di essere in sovrappeso soprattutto nelle fasi più delicate della vita di una donna ovvero la gravidanza e la menopausa ed in questo modo prevenire anche problemi uroginecologici.

