

RIEDUCAZIONE E RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO: DALLA VALUTAZIONE DEL DANNO AL PRIMO APPROCCIO RIABILITATIVO



Valdagno 11 aprile 2014
Palazzo Festari

Mirella Tess

Obiettivi del corso

Il corso si propone di fornire una preparazione di base comune relativamente al percorso rieducativo e riabilitativo delle pazienti con disturbi del pavimento pelvico, che coinvolga i diversi professionisti della salute, cercando allo stesso tempo di favorire il dialogo tra le diverse figure professionali



MULTIDISCIPLINARIETA'

INFERMIERI

OSTETRICHE

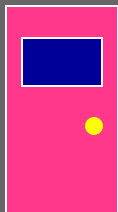
FISIOTERAPISTI

Disturbi della minzione e alvo

- ✓ Incontinenza urinaria
- ✓ Ritenzione urinaria
- ✓ Incontinenza anale
- ✓ Stipsi



GINECOLOGO

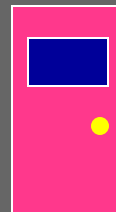


Prolasso genitale e ano-rettale

- ✓ Colpocele anteriore
- ✓ Isterocele
- ✓ Enterocele
- ✓ Colpocele posteriore
- ✓ Prolasso emorroidario
- ✓ Prolasso mucoso del retto
- ✓ Intussuscezione e prolasso rettale



UROLOGO

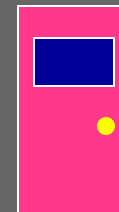


Dolore addomino-pelvico-perineale

- ✓ Dolore perineale con localizzazione dal pube al coccige
- ✓ Dolore pelvico
- ✓ Dolore addominale



COLOPROCTOLOGO

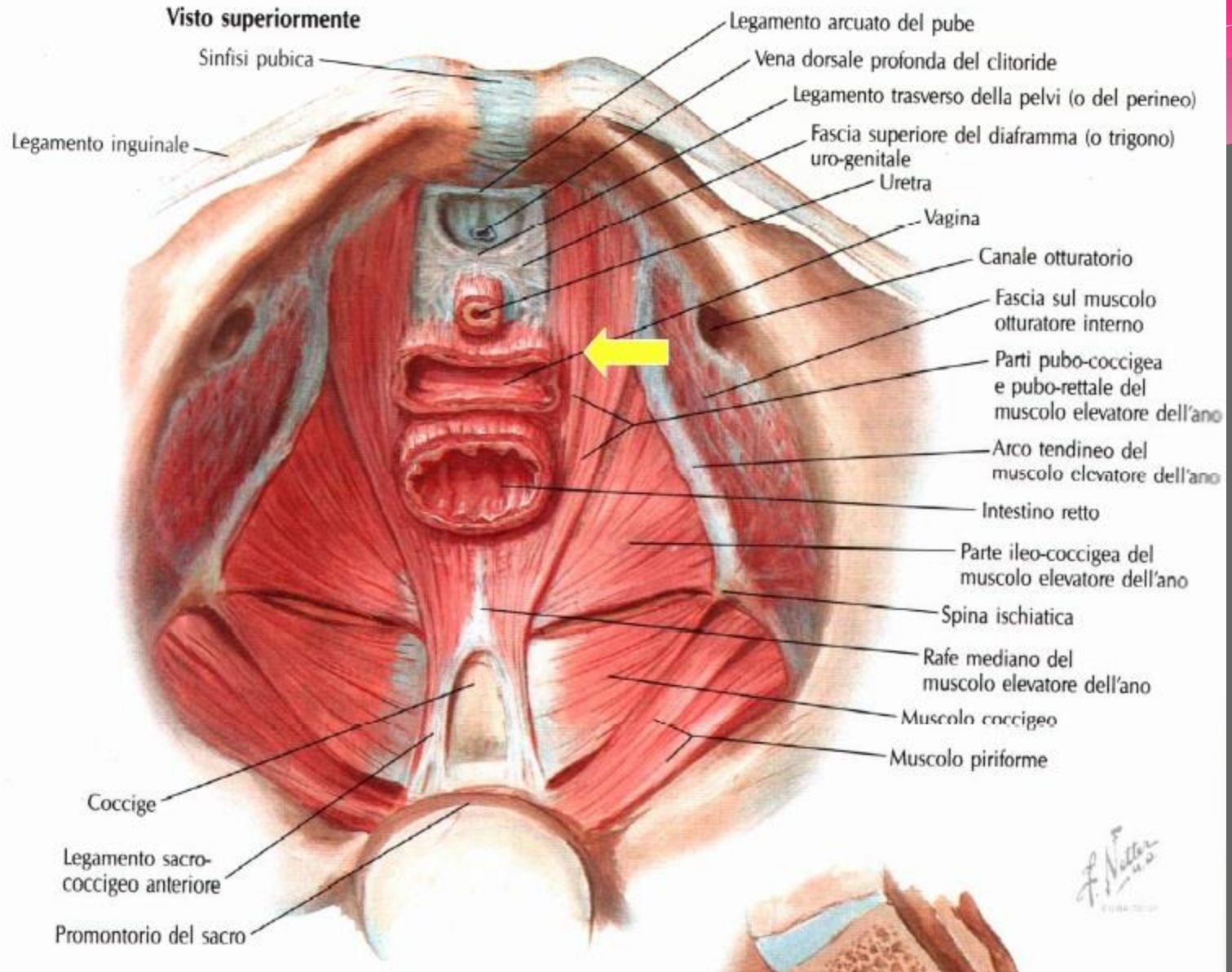


RIABILITAZIONE PERINEALE

La RPP costituisce ormai da oltre un ventennio un riconosciuto approccio a molteplici disfunzioni uro-ginecologiche, fra le quali vanno sicuramente segnalate l'incontinenza urinaria, il prolasso genitale, la stipsi, l'incontinenza fecale e le sindromi dolorose perineali (Visco e Figuers, 1991)

Pavimento pelvico: è un insieme di muscoli che si intrecciano tra di loro e chiudono verso il basso il bacino; abbracciano l'apparato urinario e vaginale, formando il pavimento pelvico anteriore, fino a coinvolgere l'apparato ano-rettale costituendo così il pavimento pelvico posteriore.

Rieducare/Riabilitare: utilizzare un insieme di tecniche specifiche di tipo conservativo che hanno come obiettivo la correzione di molteplici funzioni



GRAVIDANZA E PARTO

da sempre 2 momenti chiave per lo sviluppo di alterazioni della statica pelvica e per l'instaurarsi di turbe vescico-sfinteriche

INCONTINENZA URINARIA

obbiettivo principale della RPP nel puerperio è di rendere la donna capace di produrre una forza contrattile degli elevatori dell'ano tale da poter controbilanciare le situazioni di stress perineale conseguenti agli aumenti pressori addominali (Di Benedetto, 1995)

International Continence Society (ICS)

IL RIABILITATORE DEVE ESSERE ORIENTATO A
VALORIZZARE
L'ANAMNESI E L'ESAME OBIETTIVO,
DUE DEGLI ASPETTI MENO COSTOSI MA PIU'
PREZIOSI, DELL'ESAME DEL SOGGETTO, PER
POTER ESPRIMERE UN GIUDIZIO CLINICO
PROGNOSTICO E DI
VALUTAZIONE DEI RISULTATI.

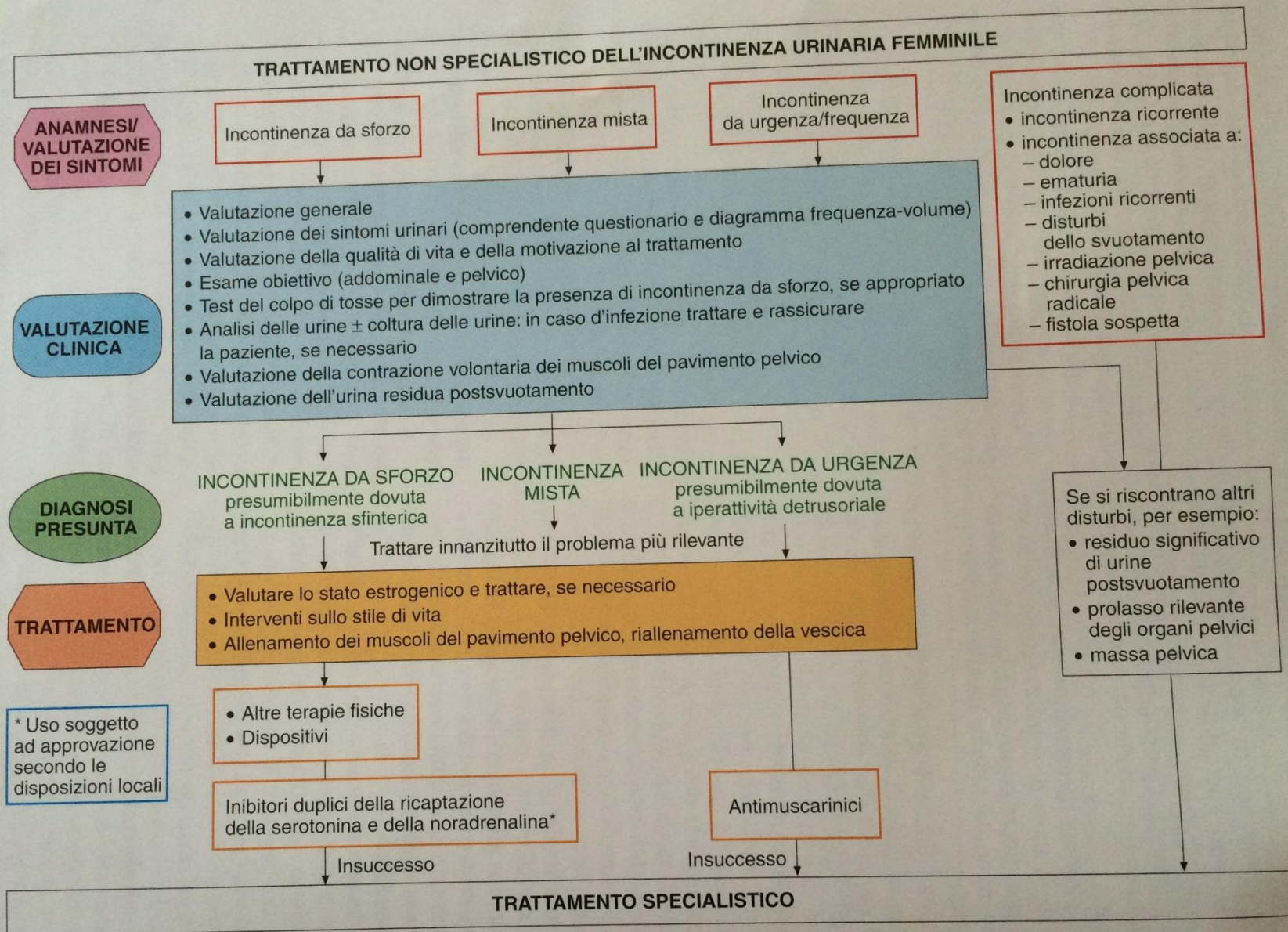


Figura 1.11 Flow-chart per il trattamento non specialistico dell'incontinenza urinaria femminile (modificata da Abrams P et al.³⁰).

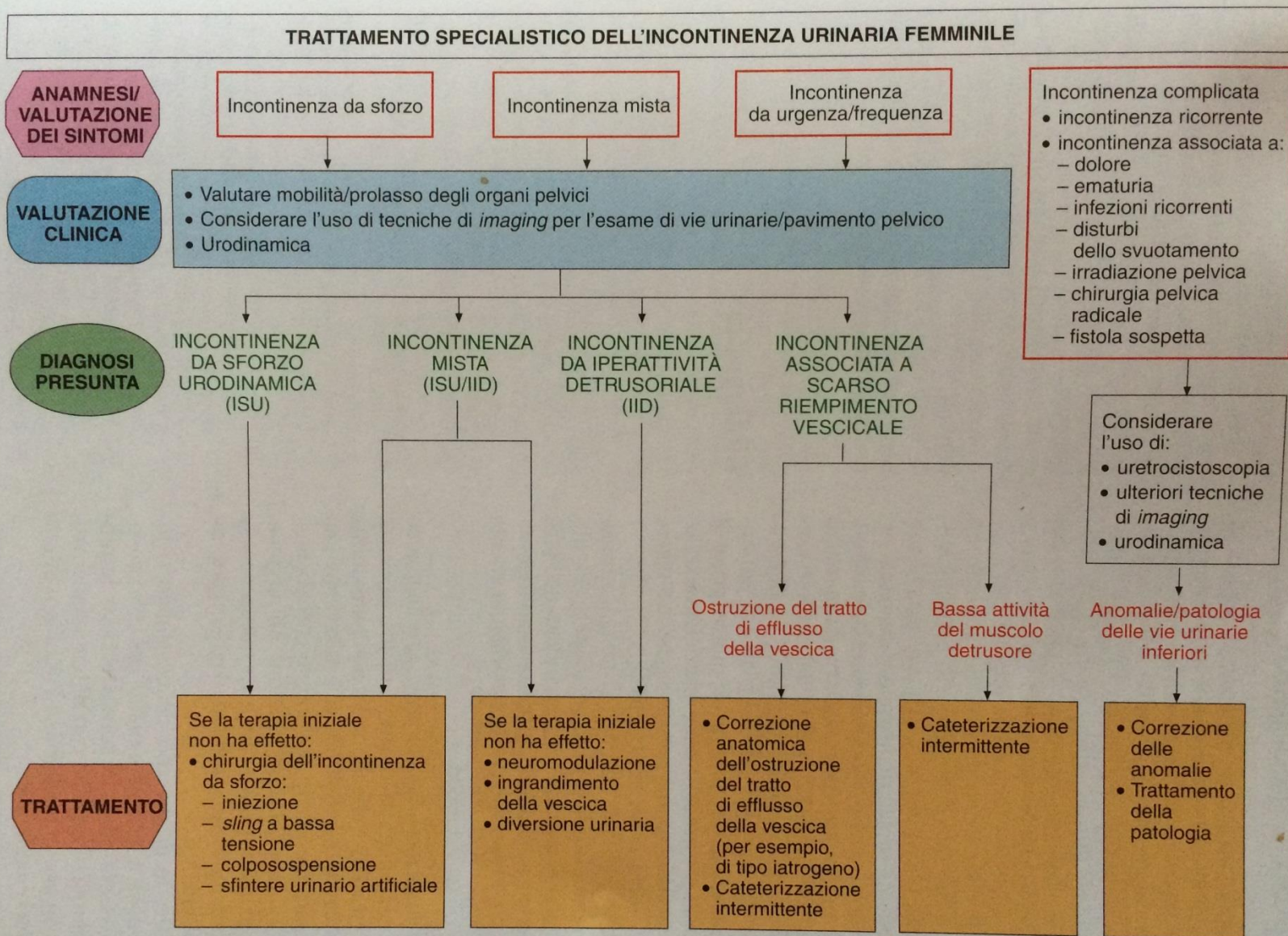


Figura 1.12 Flow-chart per il trattamento specialistico dell'incontinenza urinaria femminile (modificata da Abrams P et al.³⁰).

RIABILITAZIONE URO-GINECOLOGICA



BIOFEEDBACK



STIMOLAZIONE
ELETTRICA
FUNZIONALE



CHINESITERAPIA
PELVI-PERINEALE

BIOFEEDBACK (BFB)

- Facilita l'apprendimento motorio attraverso dei dispositivi che danno un'informazione semplificata, immediata, precisa ed obiettiva di attività motorie di cui la paziente ha poco o nulla consapevolezza in condizioni normali
- Permette l'acquisizione di un miglior controllo volontario della muscolatura striata del pavimento pelvico, la cui insufficienza è spesso alla base dell'incontinenza urinaria femminile
- BFB con Elettrodi di superficie
- BFB con Sonde endocavitarie

ELETTROSTIMOLAZIONE

Stimolazione del
complesso
neuro-muscolare

Analgesia

SEF produce a livello del nervo periferico una depolarizzazione di membrana che si traduce nella nascita di un impulso nervoso e, conseguentemente, nella contrazione di un muscolo (stimolazione indiretta);

Se la variazione di intensità di corrente è applicata direttamente su un muscolo si osserva ugualmente una depolarizzazione della sua membrana ed una successiva contrazione (stimolazione diretta).

L'aumento della forza muscolare indotta dalla SEF riconosce gli stessi meccanismi alla base del rinforzo muscolare indotto dall'esercizio terapeutico.

CHINESITERAPIA PELVI-PERINEALE

OBBIETTIVO GINECOLOGICO (prevenzione e/o trattamento delle turbe della statica pelvica)

OBBIETTIVO URO-GINECOLOGICO (prevenzione e/o trattamento dell'incontinenza urinaria)

OBBIETTIVO COLON-PROCTOLOGICO (prevenzione e/o trattamento dell'incontinenza fecale)

OBT SESSUOLOGICO (miglioramento della qualità della vita sessuale)



Tutte quelle tecniche che si rivolgono alla elettiva utilizzazione del gruppo muscolare dell'elevatore dell'ano

ESAME PELVI-PERINEALE PER LA VALUTAZIONE DELL'I.U.:

- Anamnesi generale e sintomo-specifica
- Diario minzionale
- Questionari QoL
- Esame obiettivo (generale, pelvi-perineale, neurologico, posturale)
- Stress test
- Q-tip test
- Residuo post-minzionale
- Pad test o test del pannolino

ESAME PELVI-PERINEALE PER LA VALUTAZIONE DELL'I.U.:

- Urinocoltura
- Esame urodinamico (in caso di incontinenza complicata)

ESAME OBIETTIVO

ISPEZIONE

- Presenza di flogosi
- Valutazione trofismo
- Distanza ano-vulvare
- Beanza vulvare
- Cicatrici
- Lacerazioni da parto

ISPEZIONE al colpo di tosse

- Protrusione dell'addome
- Protrusione del pavimento pelvico

ISPEZIONE alla contrazione

- Richiesta di contrazione
- Richiesta di rilassamento
- Valutazione del P.C.
- Inversione di comando
- Addominali, glutei e adduttori
- Pattern respiratorio

ISPEZIONE in posizione eretta

- Valutazione delle modificazioni dovute all'ortostatismo

ESAME OBIETTIVO

PALPAZIONE A RIPOSO

- Nucleo fibroso centrale
- Fasci del pubo coccigeo
- Fasci dell'ileococcigeo
- Punti trigger

PALPAZIONE ALLA CONTRAZIONE

- Testing perineale
- Inversione del comando
- Valutazione asimmetrie
- Valutazione componente tonica e fasica
- Pattern respiratorio

VALUTAZIONE NEUROLOGICA

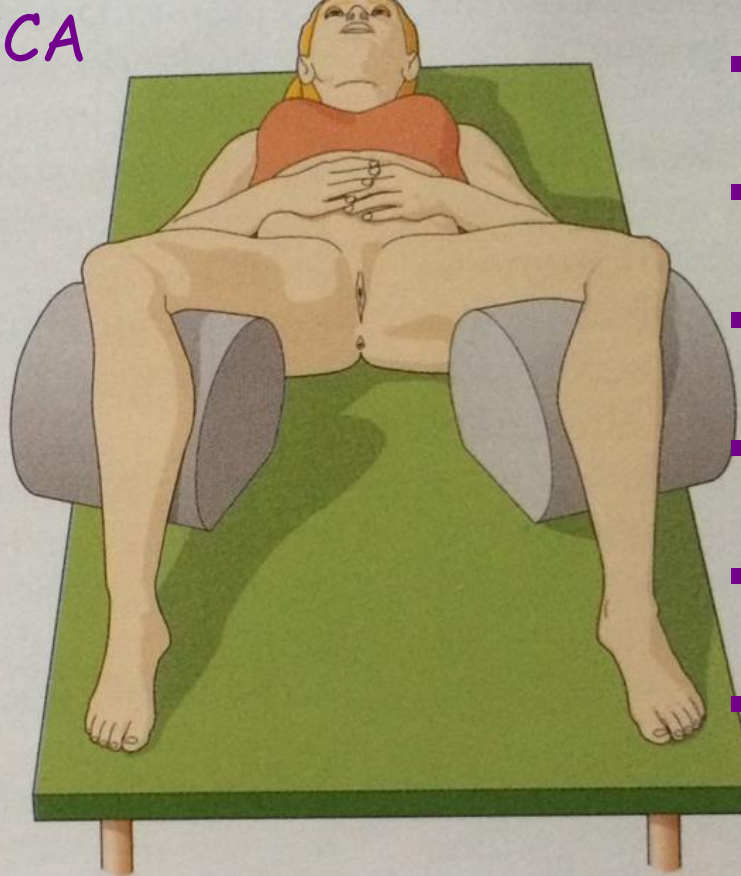
- Riflesso bulbospongioso (anoclitorideo o anopenieno)
- Riflesso anale
- Riflesso ano-cutaneo (nocicettivo anale o anale superficiale)
- Riflesso perineale al colpo di tosse (guarding reflex)

VALUTAZIONE POSTURALE DEL BACINO

- Da essa si possono determinare la lunghezza delle diverse componenti muscolari del pavimento pelvico e la direzione dei vettori di forza delle pressioni intraaddominali
- Conoscere la lunghezza delle fibre muscolari e il loro stato di tensione permette di scegliere la posizione migliore per gli esercizi
- Esempio: per enfatizzare e facilitare il reclutamento muscolare
- Esempio: per mettere il muscolo in condizione di diminuire il suo tono e rilassarsi con maggior facilità in situazioni di pavimento pelvico in ipertono e doloroso

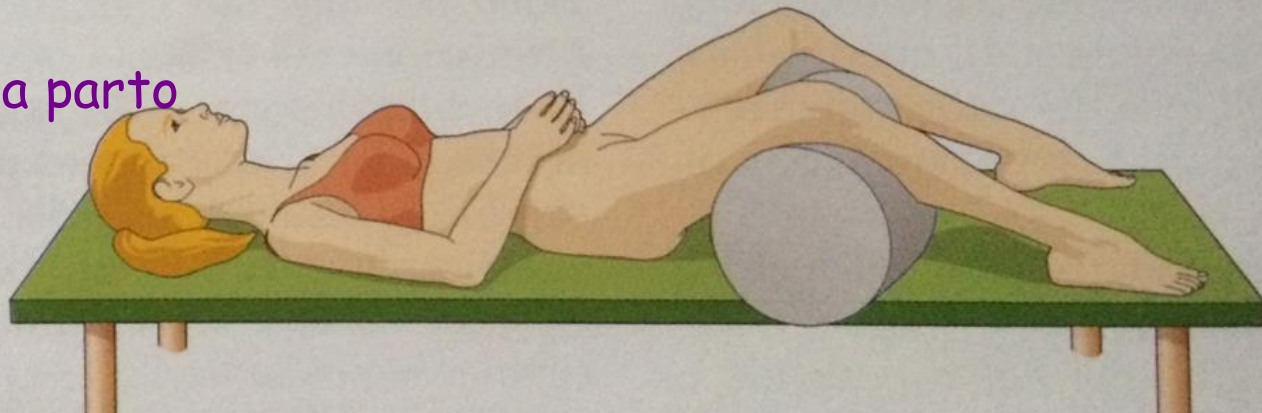
ESAME IN PRATICA

Posizione litotomica modificata: supina con anche flesse e abdotte, ginocchia flesse e appoggiate su cuscini e piedi appoggiati sul lettino



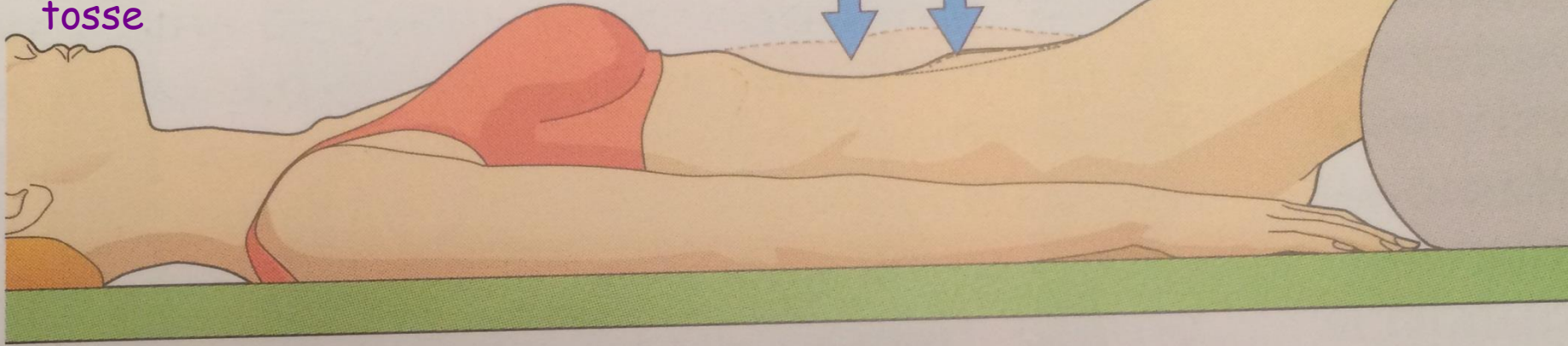
- Richiesta di contrazione
- Richiesta di rilassamento
- Inversione di comando
- Addominali, glutei e adduttori
- Pattern respiratorio
- Bombement addomiinale

- Presenza di flogosi
- Valutazione trofismo
- Distanza ano-vulvare^a
- Beansa vulvare
- Cicatrici
- Lacerazioni da parto

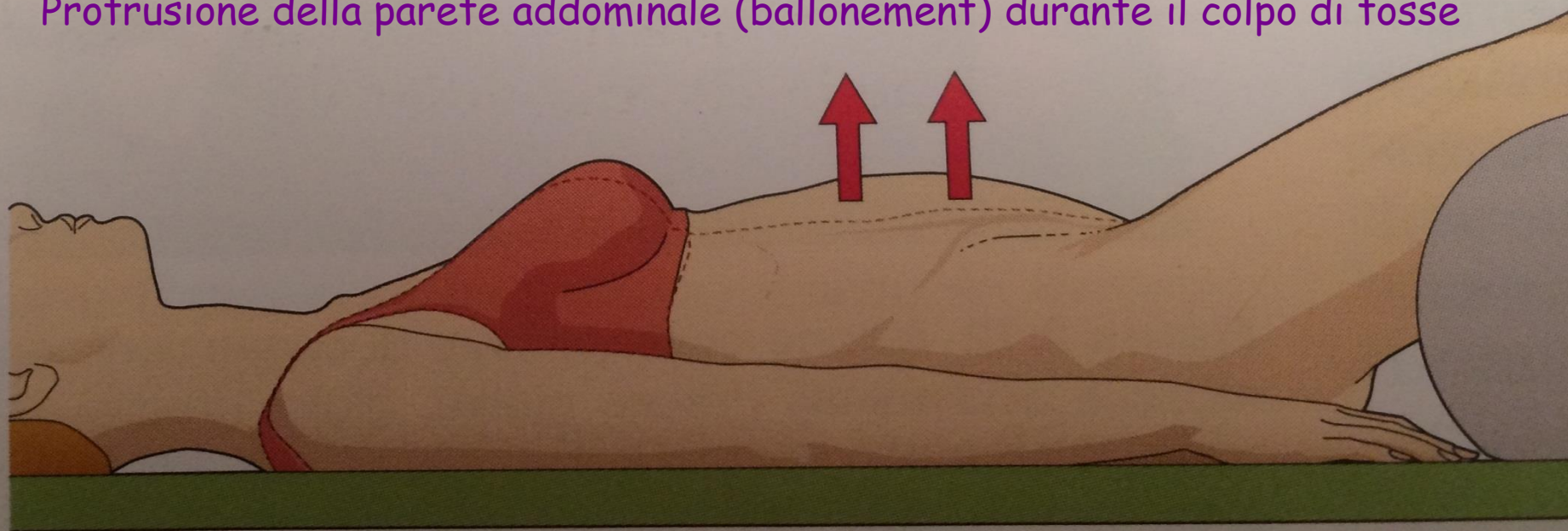


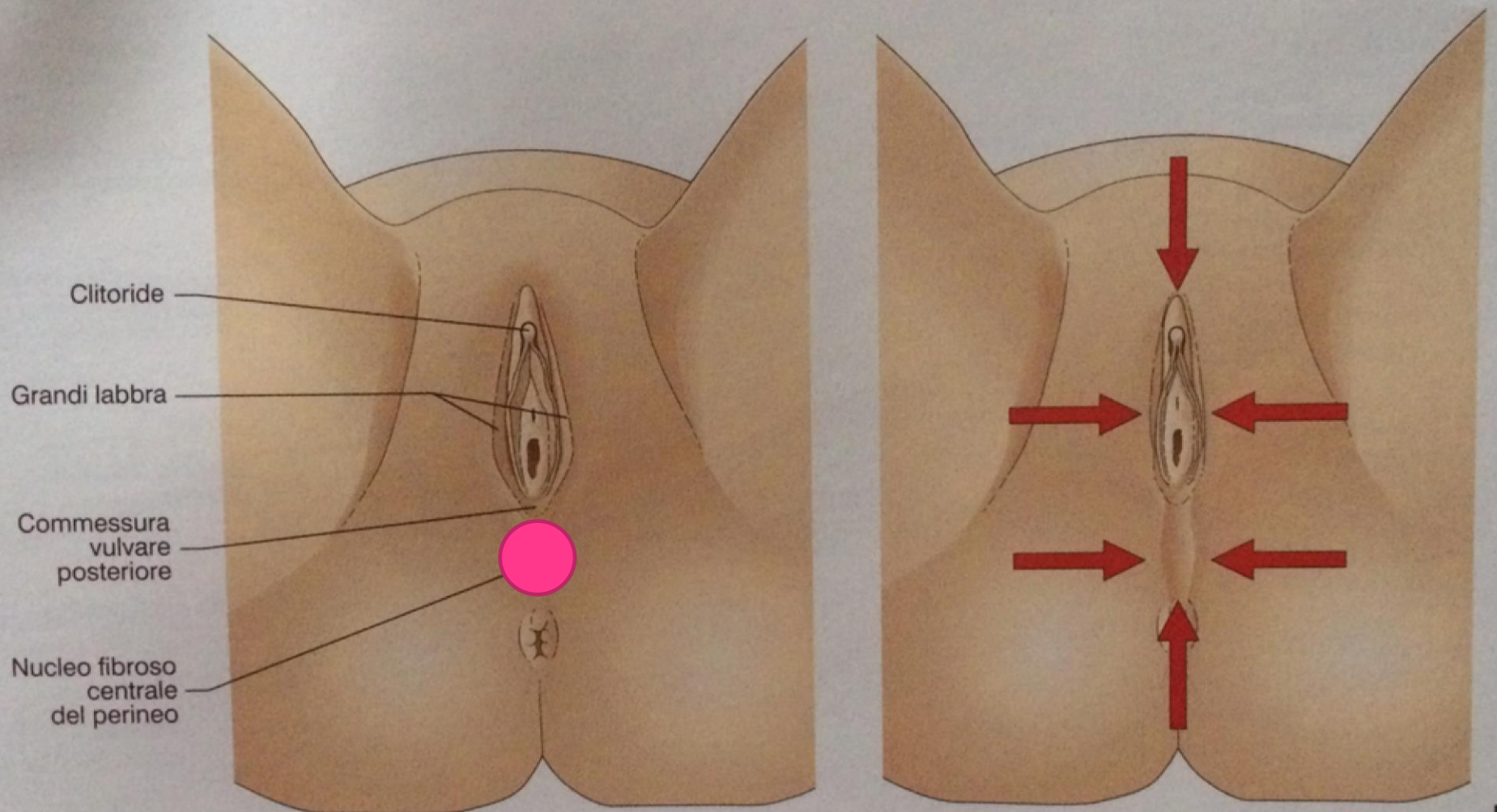
Bombement addominale

Grado normale d'introflessione della parete addominale durante il colpo di tosse



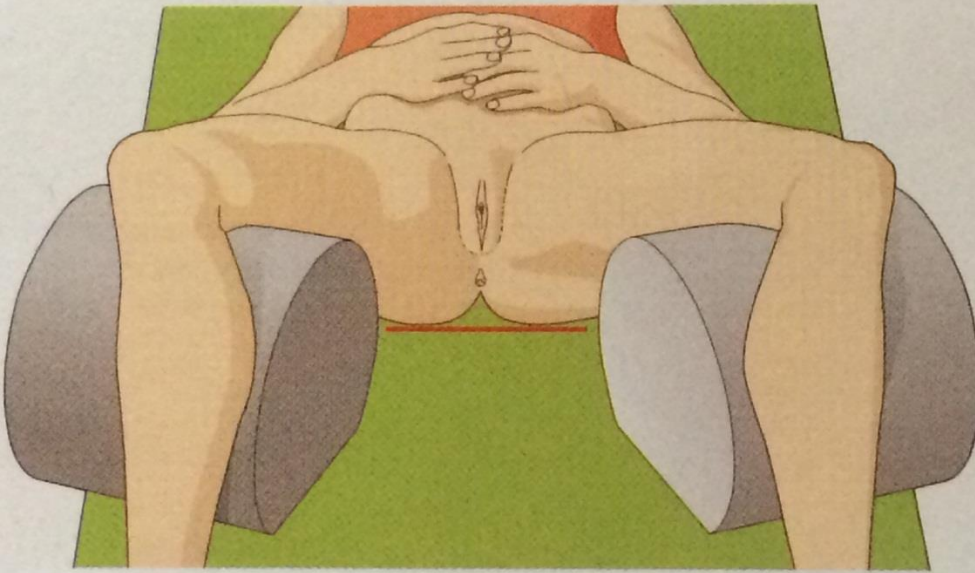
Protrusione della parete addominale (ballonement) durante il colpo di tosse



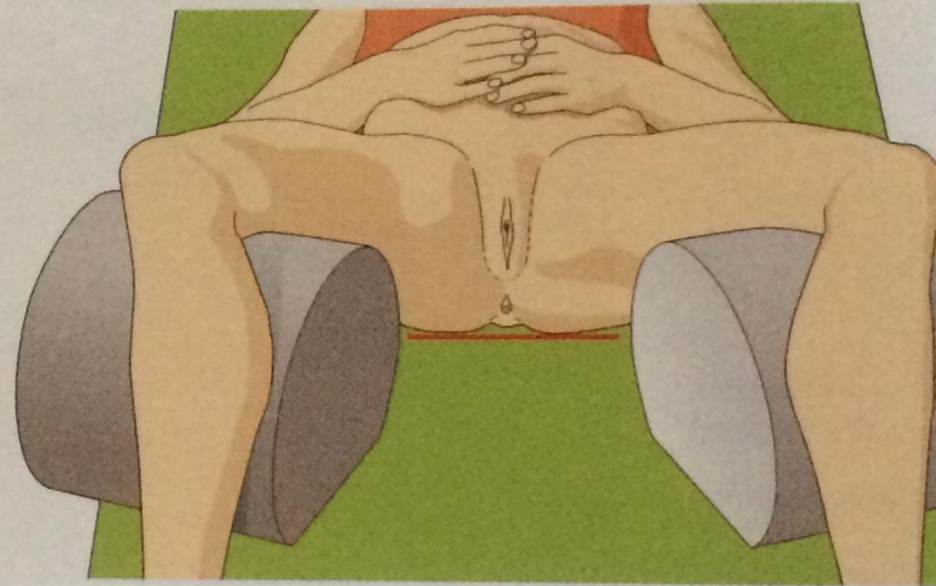


Valutazione della zona pelvi-perineale in seguito al reclutamento volontario della muscolatura p.p.: si osservano introflessione del nucleo fibroso centrale del perineo, avvicinamento delle grandi labbra e lieve abbassamento del clitoride, con riduzione della sua distanza dalla commessura vulvare posteriore

Valutazione del tono del nucleo fibroso centrale del perineo

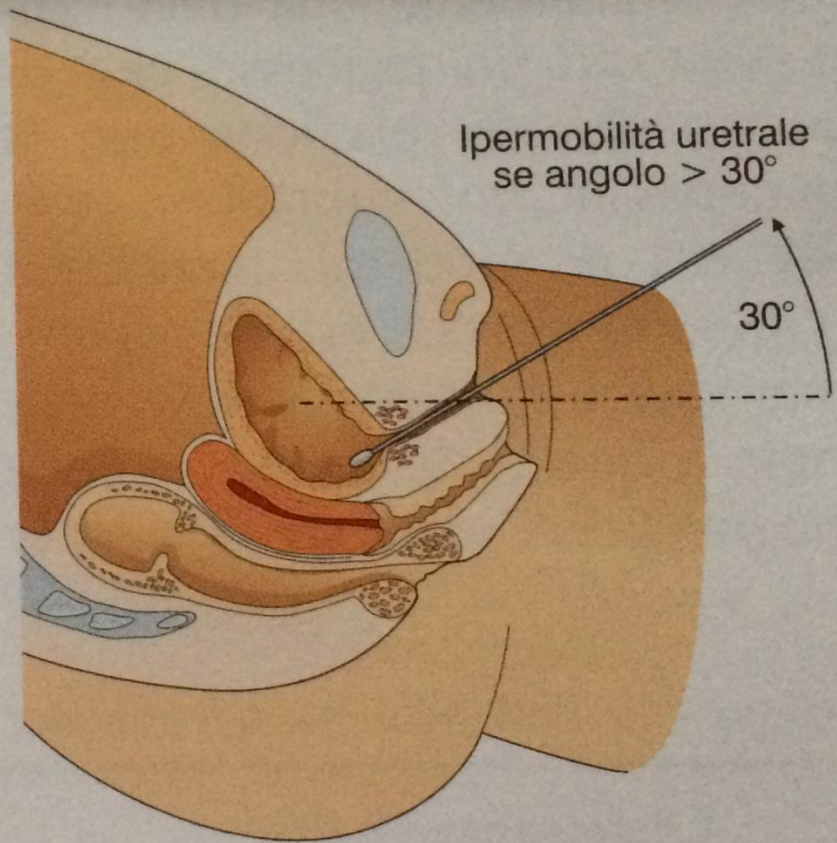
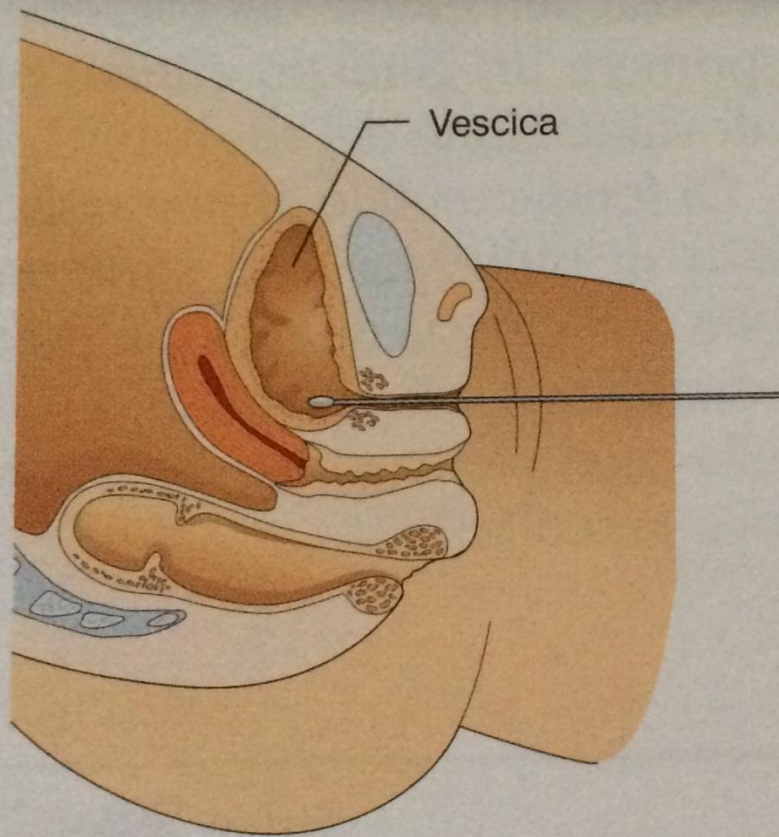


tono normale

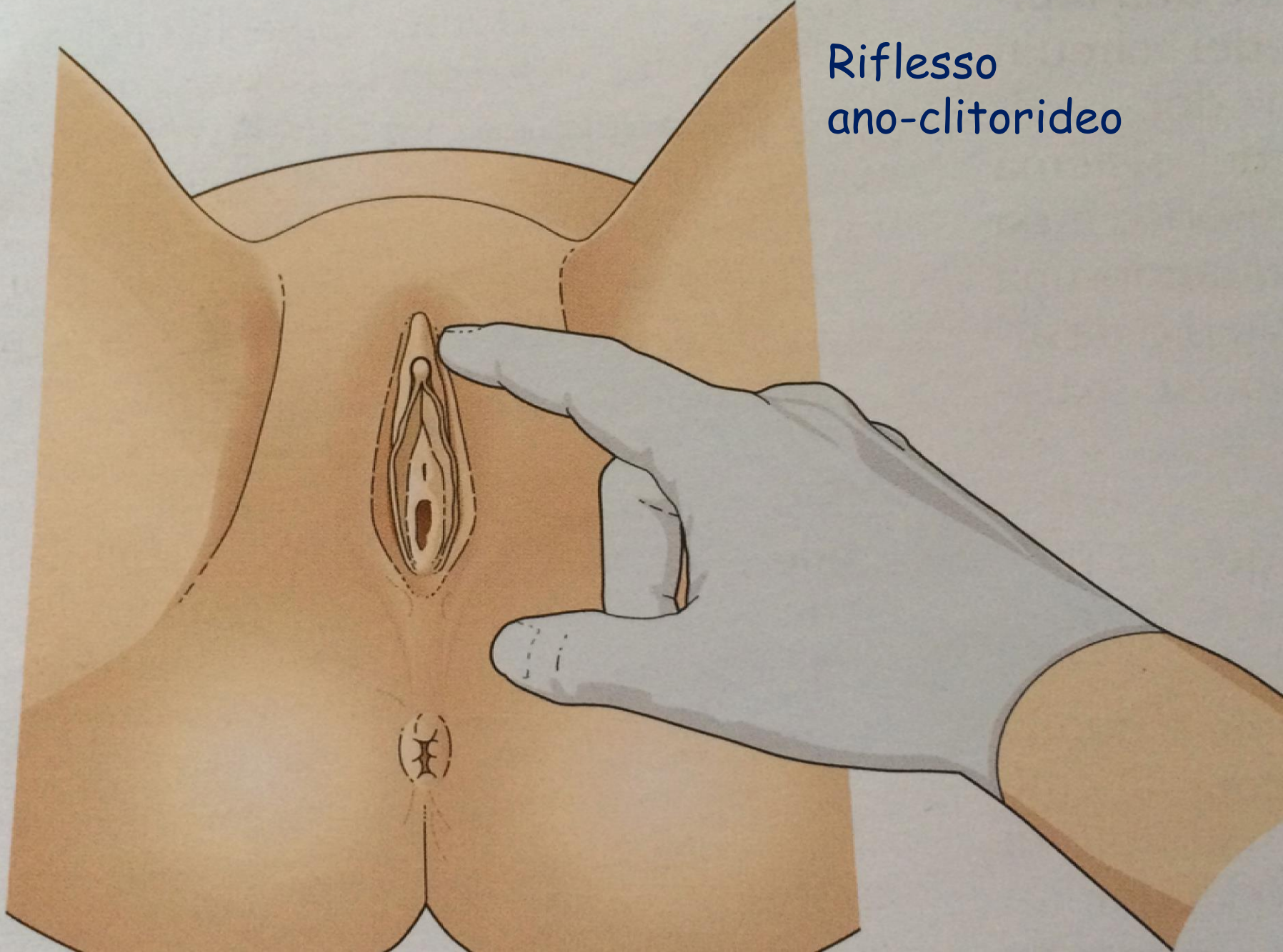


discesa del p.p., con avvicinamento del nucleo fibroso centrale alla linea che unisce le 2 spine ischiatiche= ipotonia

Q tip-test

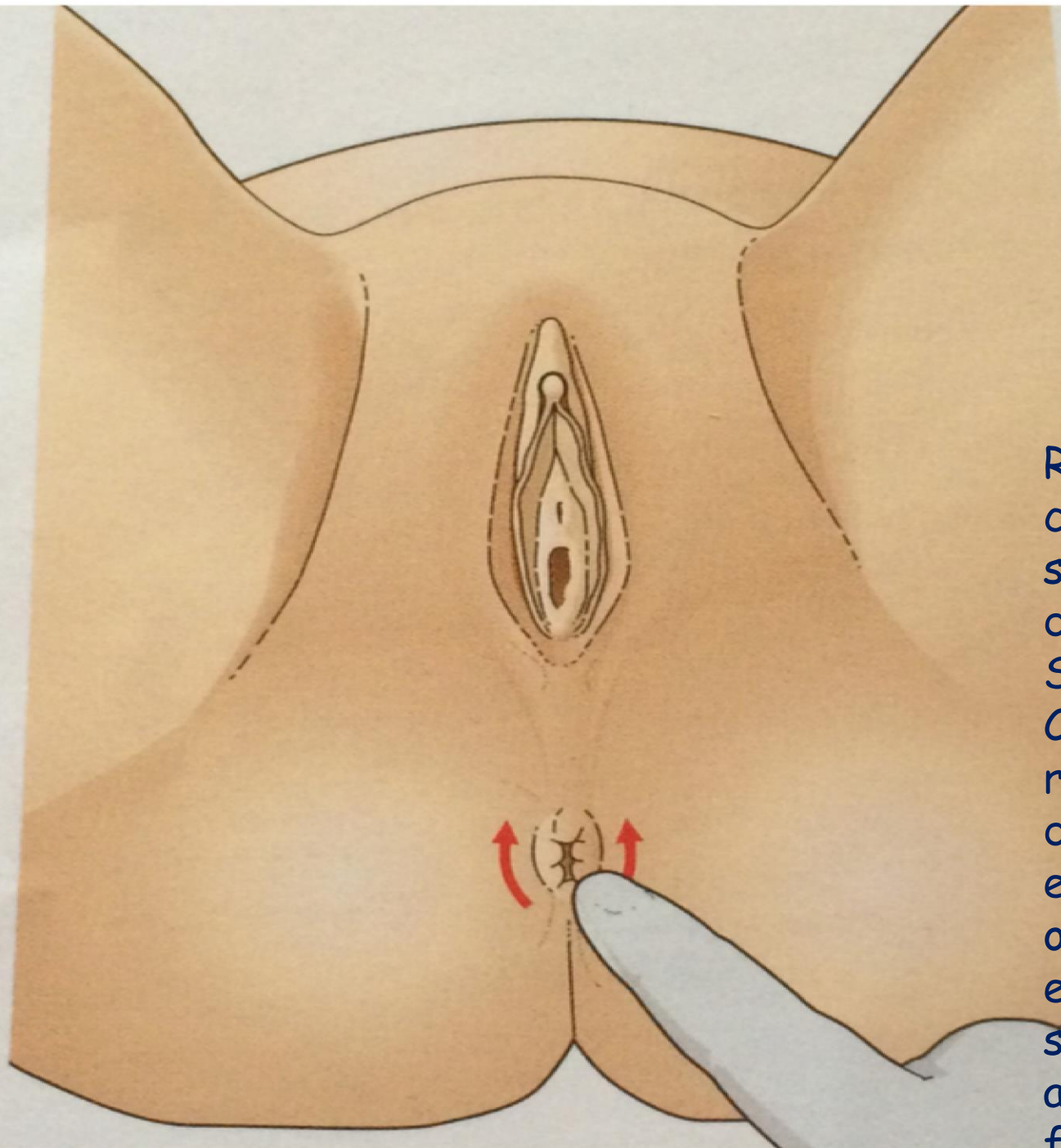


Riflesso
ano-clitorideo



Riflesso anale:
introducendo un
dito nell'ano si
verifica una
contrazione
riflessa

Riflesso ano-
cutaneo:
si valuta l'integrità
del nervo pudendo
S4-S5.
Contrazione
riflessa
dello sfintere anale
esterno
omolateralmente,
evocato dalla
stimolazione con
ago o dito o cotton
fiocc.



Anamnesi

Minzione spontanea + RPM

Ispezione a riposo:

- Cicatrici
- Distanza Ano vulvare (normale se $> 2,5 - 3$ cm, se $<$ alterazione del tono)
- Atrofia vulvovaginale
- Beanza vulvare
- Dolorabilità all'ispezione
- Episiotomia
- Stato dei margini anali
- Emorroidi e ragadi
- Nucleo fibroso centrale (se normale o ipototonico)

TEST ELEVATORE DELL'ANO

FORZA (componente fasica) 0 1 2 3 4

0= assenza di contrazione rilevabile clinicamente

1= accenno di contrazione, appena percettibile

2= contrazione di entità modesta, indubbiamente presente, ma si evidenzia movimento solo se non viene opposta resistenza

3= contrazione di entità media: si evidenzia movimento anche contro modesta resistenza

4= contrazione di entità importante: si evidenzia movimento anche contro forte resistenza

ENDURANCE DELLA CONTRAZIONE PELVI-PERINEALE (durata):

- Durata della contrazione < a 5 secondi
- Durata della contrazione tra 5 e 10 secondi
- Durata della contrazione > a 10 secondi

La lentezza e la difficoltà di decontrazione sono segni d'incapacità di rilassamento e presenza di ipertono

ISOLABILITA' DELLA MUSCOLATURA PELVI-PERINEALE:

0= buona selettività al testing perineale

1= reclutamento non completamente selettivo del pavimento pelvico

2= incapacità di reclutare selettivamente il pavimento pelvico: al testing perineale è presente attività di altri distretti muscolari non richiesti

specificare se addominali - adduttori - glutei o altri

VALUTAZIONE DEL BOMBEMENT ADDOMINALE

- 1 contrazione addominale isotonica; l'addome rientra correttamente
- 0 contrazione addominale isometrica; lieve spinta dell'addome percepibile sotto la mano, seguita comunque da un rientro
- 1 netta e percepibile spinta dell'addome sotto la mano, con distinguibile aumento della pressione intraddominale
- 2 spinta sotto la mano non controllabile
- 3 bombement addominale accompagnato da iperlordosi e/o fuga di urina e/o incontinenza ai gas

SEDUTA DI FASE PRELIMINARE:

- Premesse di anatomia-fisiologia vescico-sfintero-perineale con tavole anatomiche o slide;
- Apprendimento di una buona sinergia respiratoria, ottenibile solo dopo aver raggiunto un'ottimale grado di concentrazione e rilassamento;
- Apprendimento del concetto di contrazione e rilasciamento muscolare;

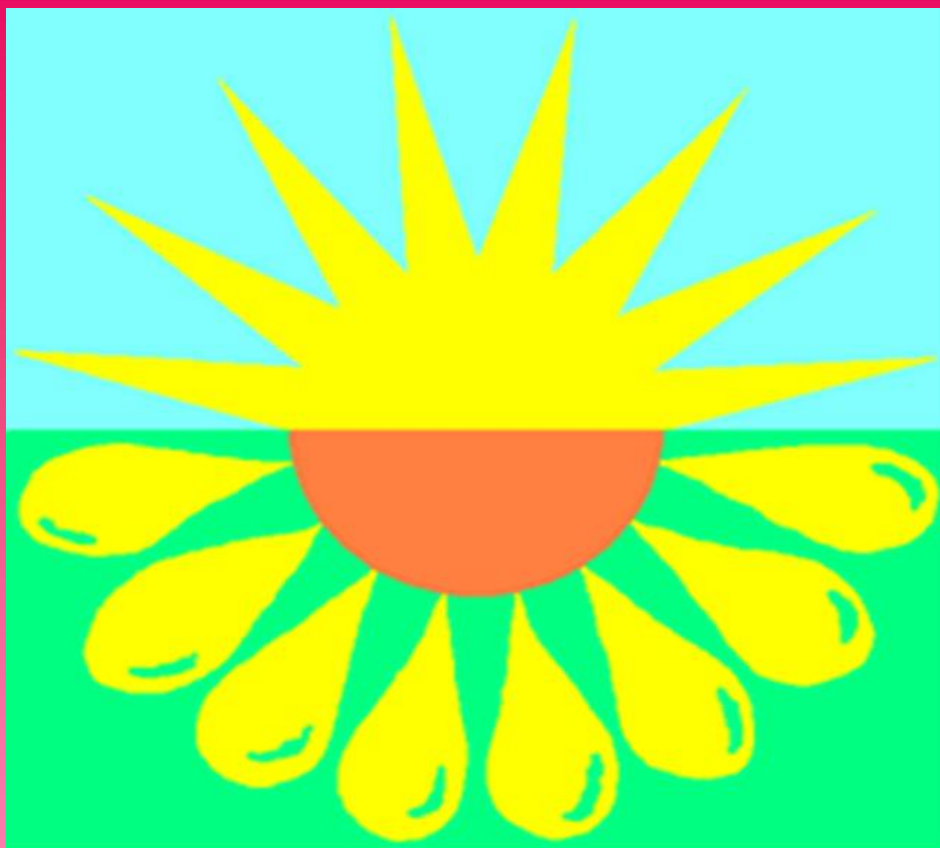
SEDUTA :

- Presa di coscienza della regione perineale e dell'attività muscolare dell'elevatore dell'ano;
- Consensuale eliminazione delle sinergie agoniste e antagoniste;
- «training» muscolare dell'elevatore dell'ano;
- Automatizzazione dell'attività muscolare perineale in concomitanza agli stress delle attività della vita quotidiana

Previa rivalutazione, si inizia

L'AUTO-TRAINING PERINEALE DOMICILIARE
O
ATTIVITA' IN GRUPPO

- UN MUSCOLO SE NON VIENE UTILIZZATO PERDE LA SUA FUNZIONE!
- RIABILITARE E SEMPRE MEGLIO CHE NON RIABILITARE!
- OGNI DONNA INCONTINENTE NON TRATTATA O INADEGUATAMENTE TRATTATA E' ESPRESSIONE DI INSUFFICIENZA DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO E NON DI INCURABILITA' DEL SINTOMO!



Grazie a tutti e arrivederci!

Mirella Tess