

FERRARA, 21 NOVEMBRE 2015

HOTEL CARLTON

NUOVE ACQUISIZIONI IN TEMA DI
RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO E
DIAGNOSI PRENATALE



RICHIESTO ACCREDITAMENTO ECM PER LA FIGURA
PROFESSIONALE DI OSTETRICA



CLASSIFICAZIONE E DIAGNOSI DELLE DISFUNZIONI PERINEALI



DOTT.SSA CLAUDIA GUARALDI
U.O.C. OSTETRICA E GINECOLOGIA
VALDAGNO (VI)

CENNI DI ANATOMIA

Lo scavo pelvico rappresenta la porzione inferiore della cavità addomino-pelvica. La pelvi femminile accoglie gli organi dell'apparato genitale, le basse vie urinarie e la parte terminale dell'intestino.

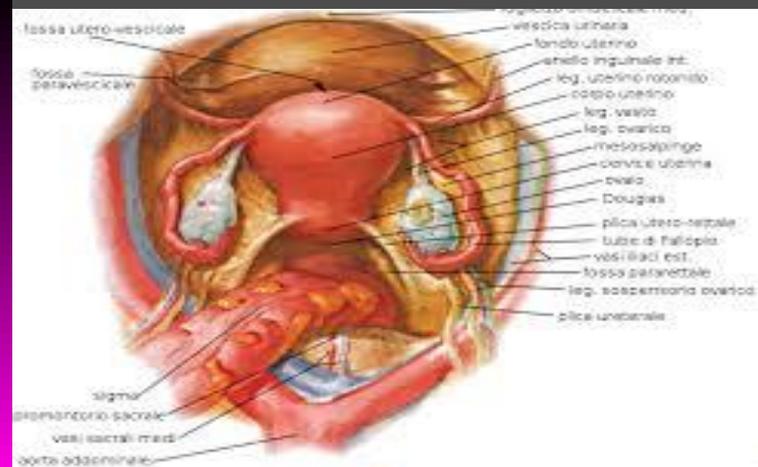
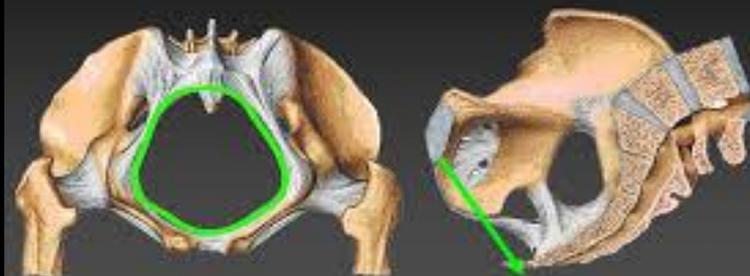
Le due cavità sono separate da un piano obliquo che unisce il margine superiore del pube all'angolo vertebro sacrale. Questo piano viene descritto anche come **stretto superiore del bacino**

Inferiormente la pelvi è delimitata da un altro piano ad orientamento irregolare, denominato anche **stretto inferiore della pelvi** che passa dall'apice coccigeo, si porta verso le tuberosità ischiatiche e le branche ischio pubiche e termina verso la parte inferiore della sinfisi pubica

Stretto superiore del bacino



Stretto inferiore del bacino



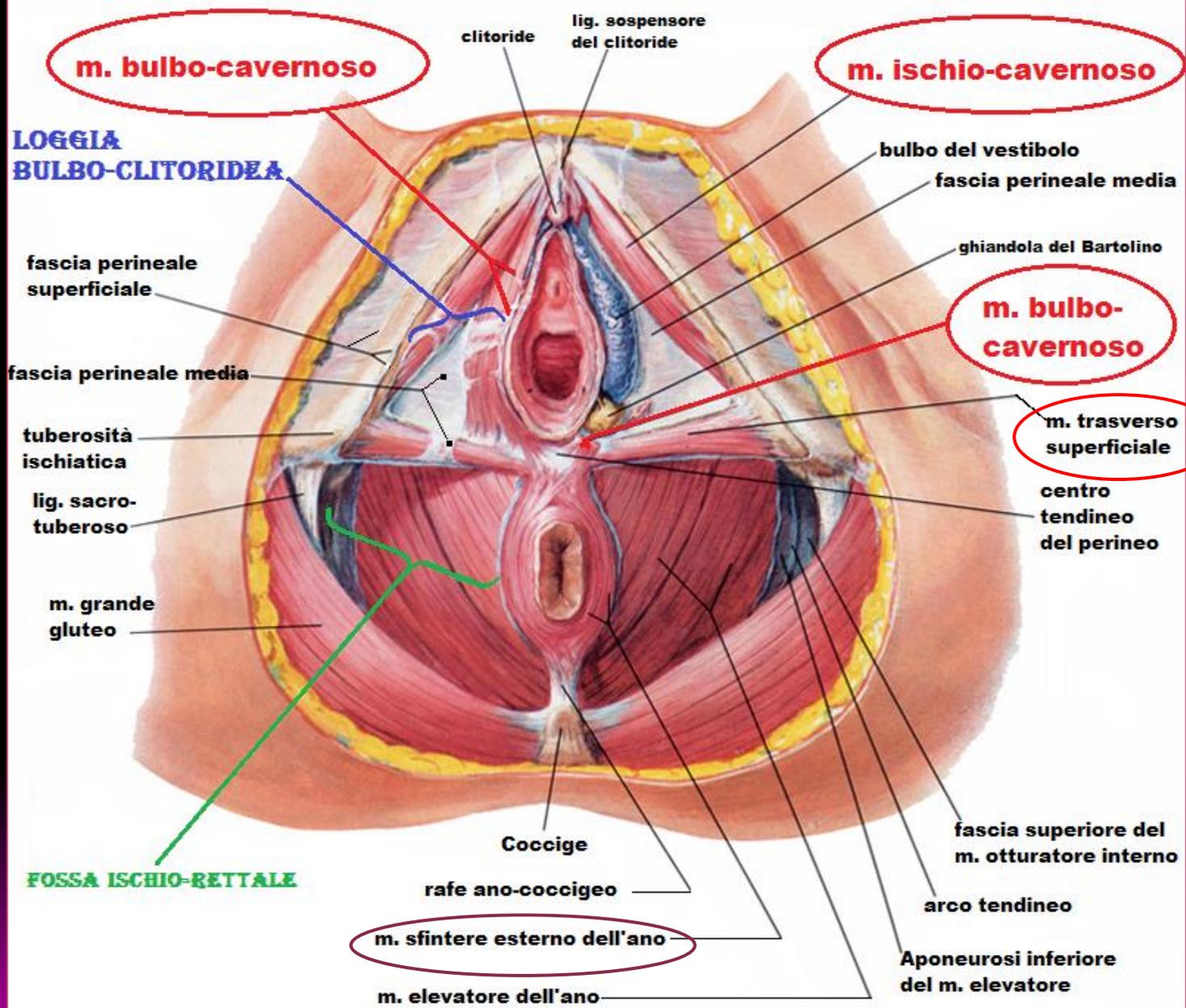
PERINEO

SPAZIO ANATOMICO DELIMITATO IN ALTO DALLA SINFISI PUBICA, IN BASSO DAL COCCIGE E LATERALMENTE DALLE DUE TUBEROSITÀ ISCHIATICHE. HA FORMA DI LOSANGA E COMPRENDE:

- **DIAFRAMMA PELVICO** (PIANO PERINEALE PROFONDO)
- **TRIGONO URO-GENITALE** (PIANO PERINEALE MEDIO)
- **PIANO SUPERFICIALE DEL PERINEO**

PAVIMENTO PELVICO

- COSTITUISCE IL FONDO DELLA CAVITA' ADDOMINOPELVICA SU CUI GRAVA IL RUOLO DI SUPPORTO DEI VISCERI E DI CONTROLLO DELLA CONTINENZA
- E' COSTITUITO
 - PELVI OSSEA,
 - STRUTTURE MUSCOLARI,
 - STRUTTURE FASCIALI,
 - STRUTTURE DI SOSTEGNO DI VAGINA ED UTERO



SUPPORTO MUSCOLARE DEL PAVIMENTO PELVICO

- DIAFRAMMA PELVICO
- MEMBRANA PERINEALE
- CORPO PERINEALE

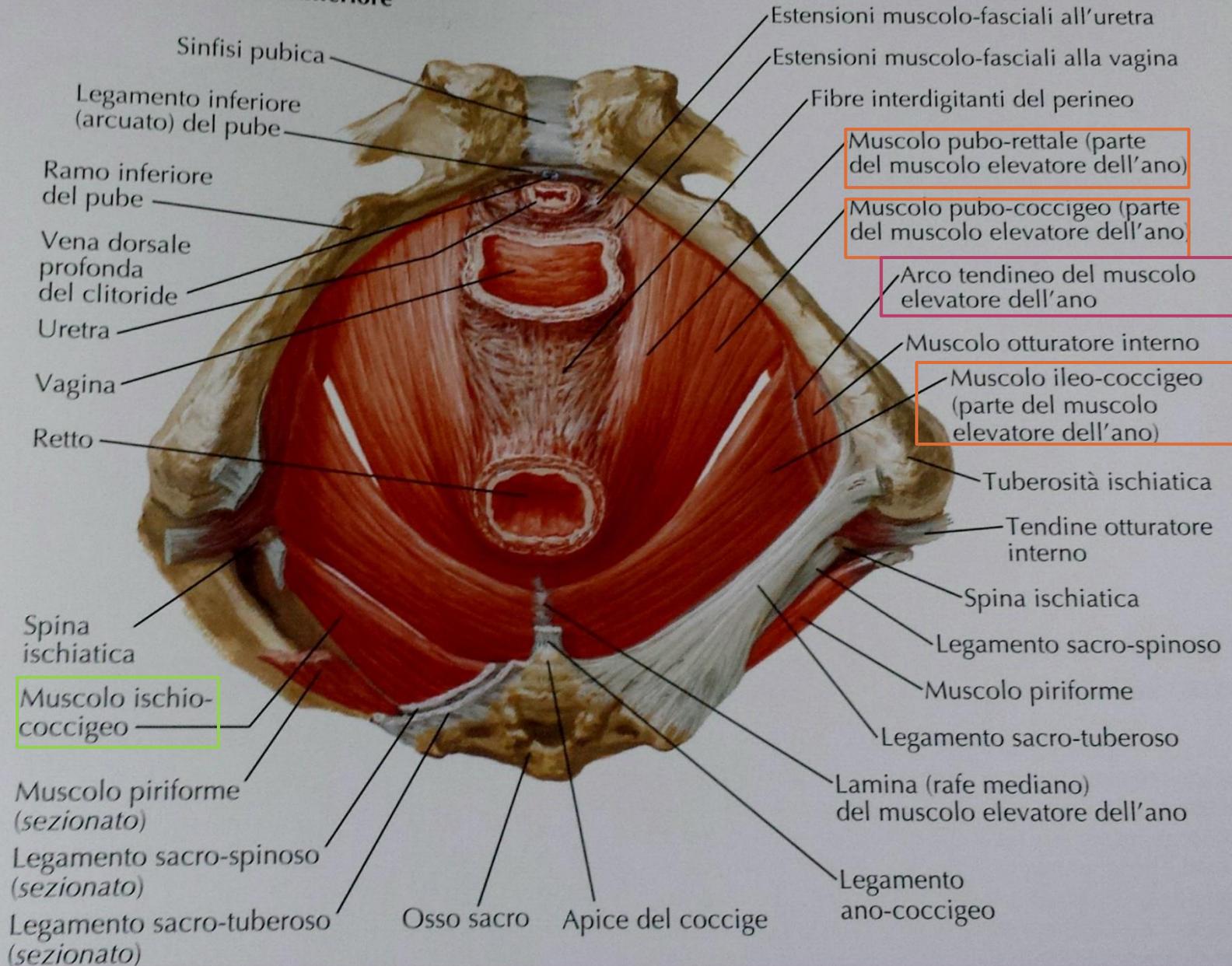
DIAFRAMMA PELVICO

- **Complesso di muscolatura striata e tessuto connettivale (fascia endopelvica e relativi legamenti) con funzione di sostegno degli organi pelvici**
- Nella sua componente muscolare è costituito dal **muscolo elevatore dell'ano** (muscolo pubococcigeo, puborettale anteriormente e posteriormente muscolo ileo coccigeo) e dal **muscolo ischio coccigeo**

FUNZIONI

- ▣ IL MUSCOLO ELEVATORE DELL'ANO E LE FASCE ENDOPELVICHE HANNO UN RUOLO INTERATTIVO NEL MANTENIMENTO DELLA CONTINENZA E DEL SUPPORTO PELVICO

Veduta inferiore



Sinfisi pubica

Legamento inferiore (arcuato) del pube

Ramo inferiore del pube

Vena dorsale profonda del clitoride

Uretra

Vagina

Retto

Spina ischiatica

Muscolo ischio-coccigeo

Muscolo piriforme (sezionato)

Legamento sacro-spinoso (sezionato)

Legamento sacro-tuberoso (sezionato)

Osso sacro

Apice del coccige

Estensioni muscolo-fasciali all'uretra

Estensioni muscolo-fasciali alla vagina

Fibre interdigittanti del perineo

Muscolo pubo-rettale (parte del muscolo elevatore dell'ano)

Muscolo pubo-coccigeo (parte del muscolo elevatore dell'ano)

Arco tendineo del muscolo elevatore dell'ano

Muscolo otturatore interno

Muscolo ileo-coccigeo (parte del muscolo elevatore dell'ano)

Tuberosità ischiatica

Tendine otturatore interno

Spina ischiatica

Legamento sacro-spinoso

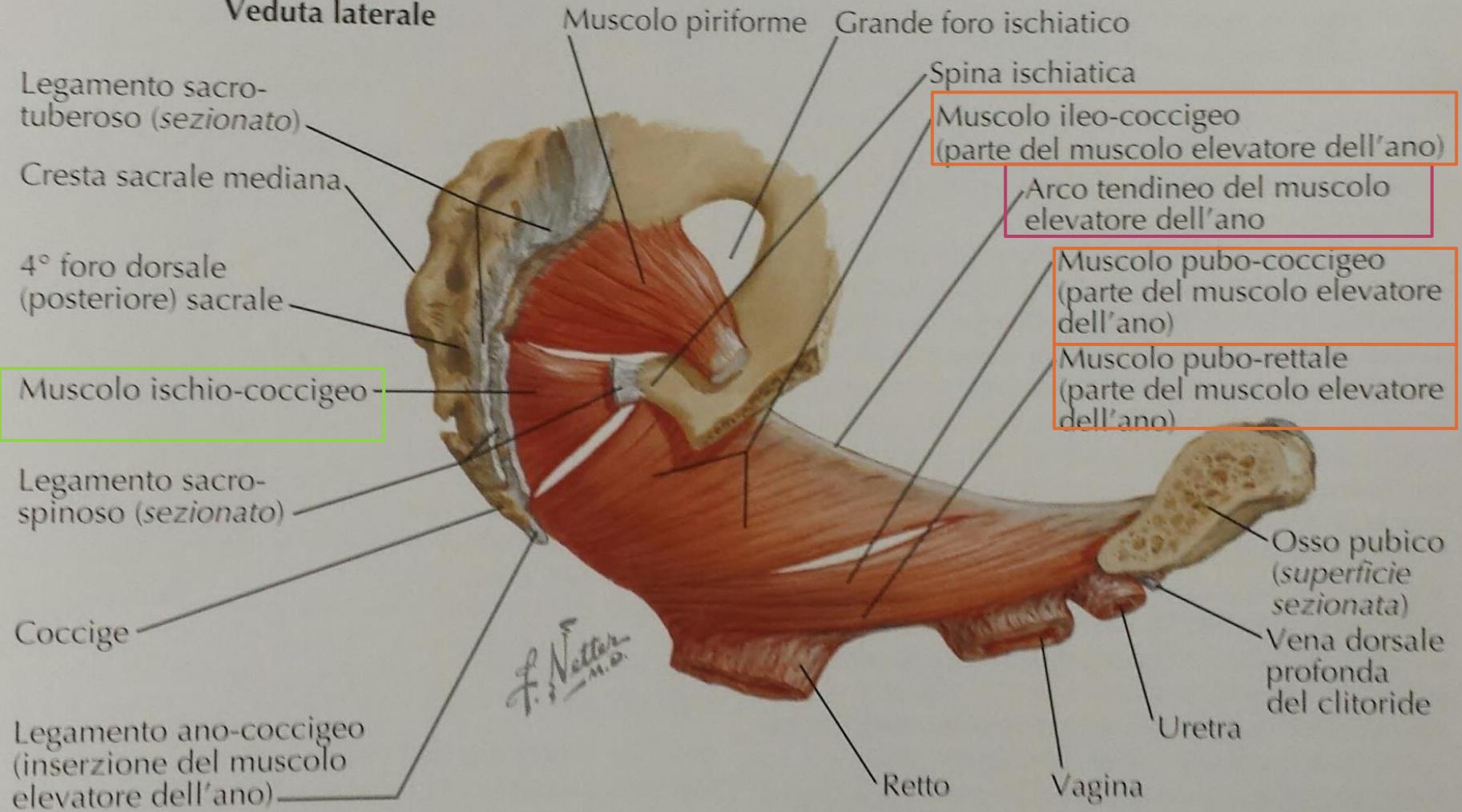
Muscolo piriforme

Legamento sacro-tuberoso

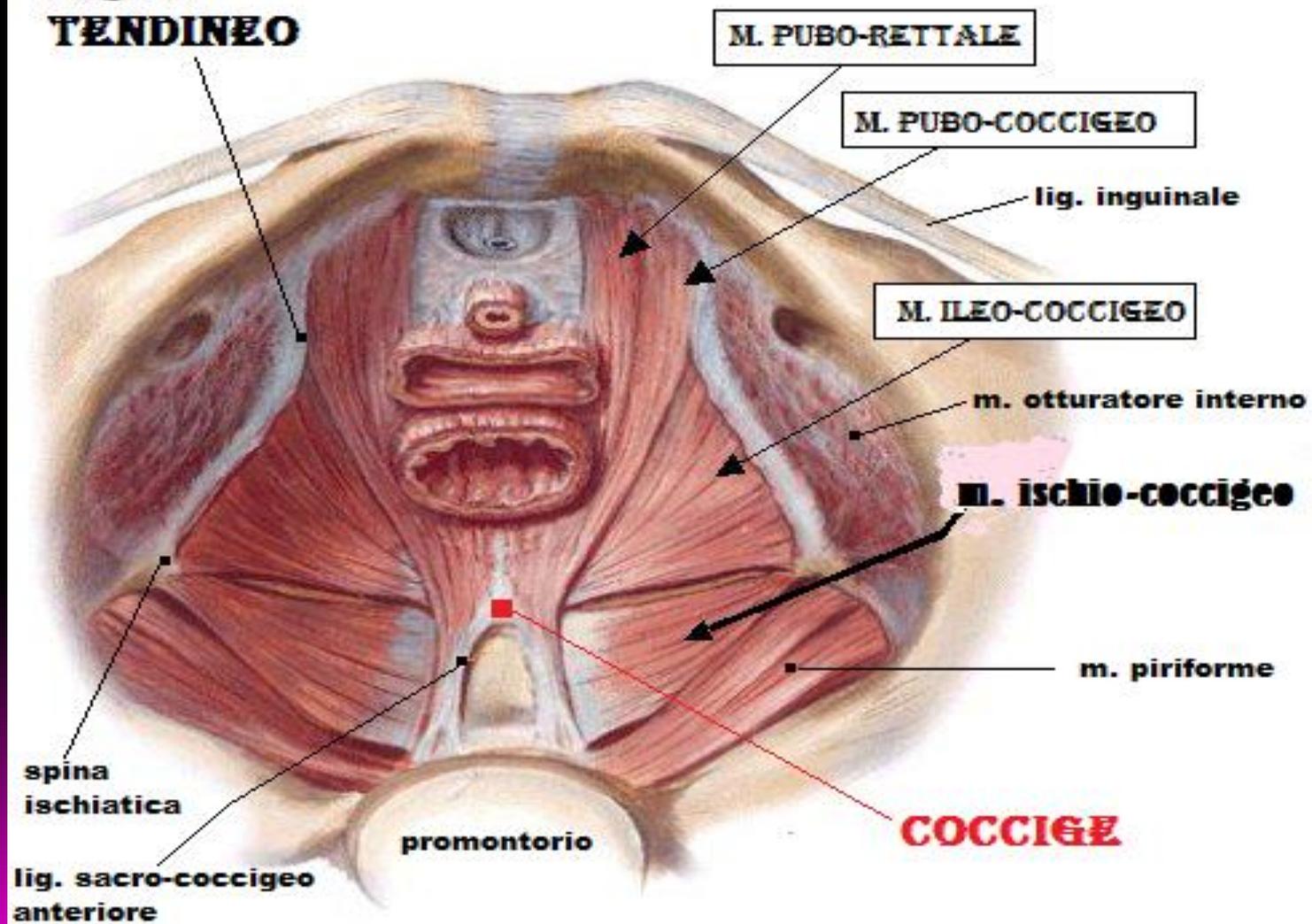
Lamina (rafe mediano) del muscolo elevatore dell'ano

Legamento ano-coccigeo

Veduta laterale



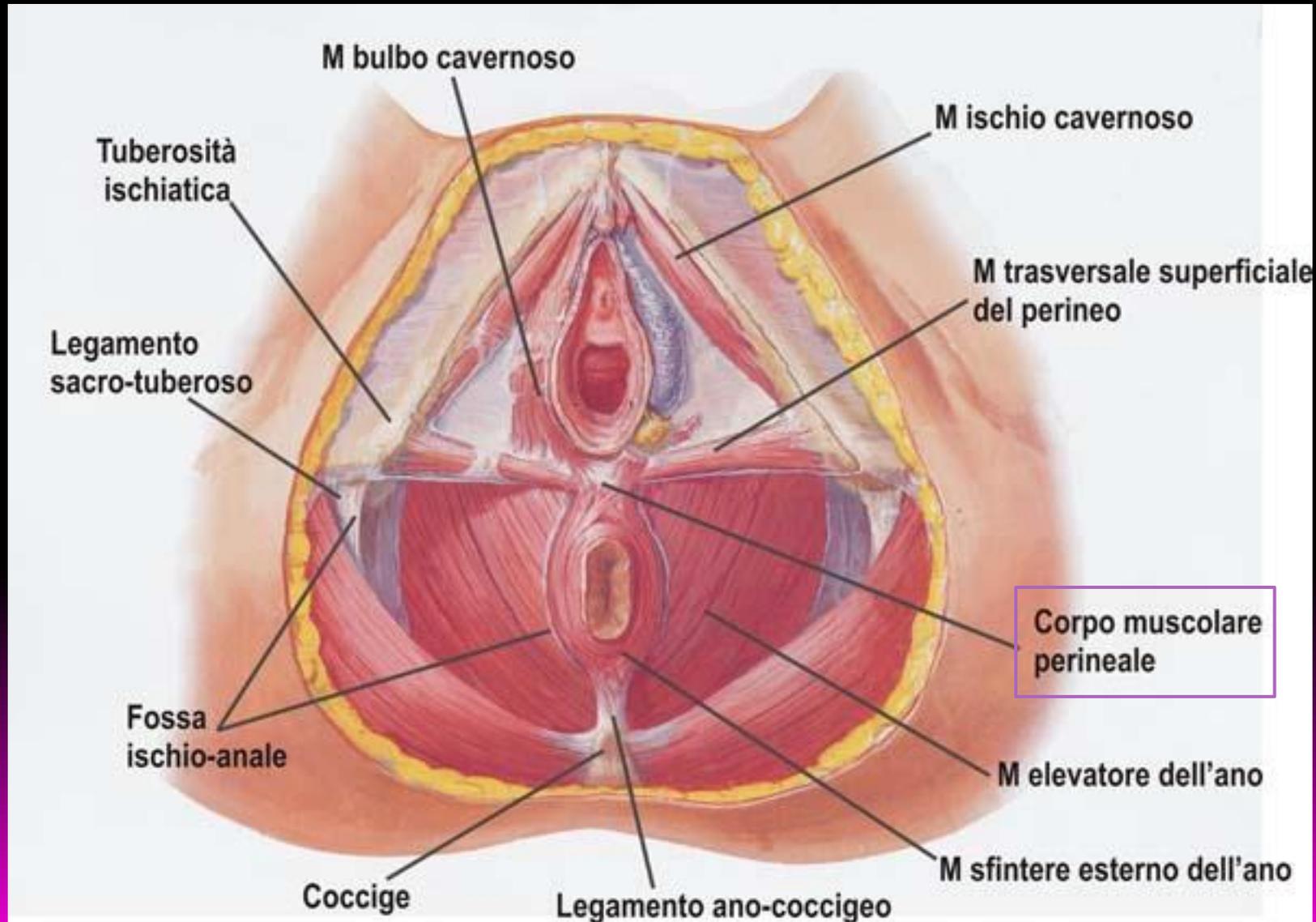
ARCO TENDINEO



MEMBRANA PERINEALE (diaframma urogenitale)

- SPESSO STRATO DI TESSUTO FIBROSO CHE RICOPRE IL TRIANGOLO UROGENITALE
- Si inserisce lateralmente sull'arco pubico ed il margine posteriore è ancorato alla linea mediana mediante il corpo perineale
- FISSA l'uretra distale, la vagina ed il corpo perineale agli archi pubici chiudendo lo iato urogenitale
- **DIVIDE IL TRIANGOLO PERINEALE IN:**
 - STRATO PERINEALE SUPERFICIALE: muscoli perineali superficiali, muscolo ischiocavernoso, muscolo bulbospongioso, tessuto erettile del clitoride, bulbi vestibolari, ghiandole del Bartolino
 - STRATO PERINEALE PROFONDO: muscoli perineali profondi, sfintere uretrale esterno, sfintere uretro vaginale, muscolo compressore dell'uretra

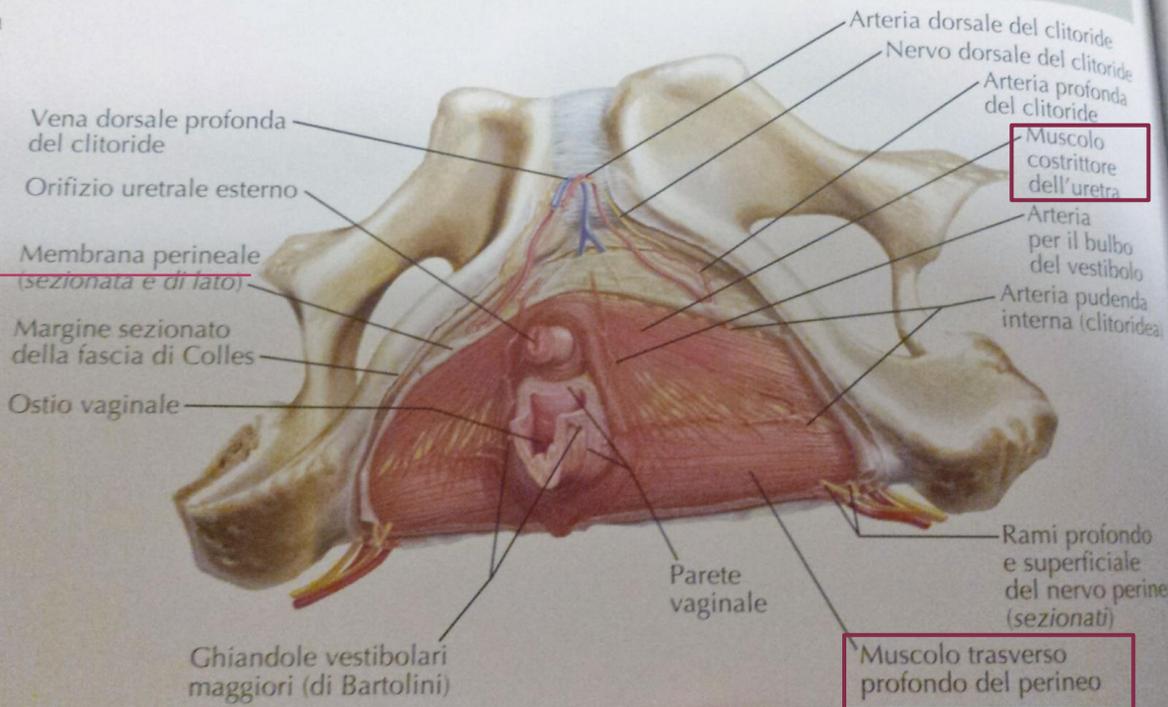
STRATO PERINEALE SUPERFICIALE



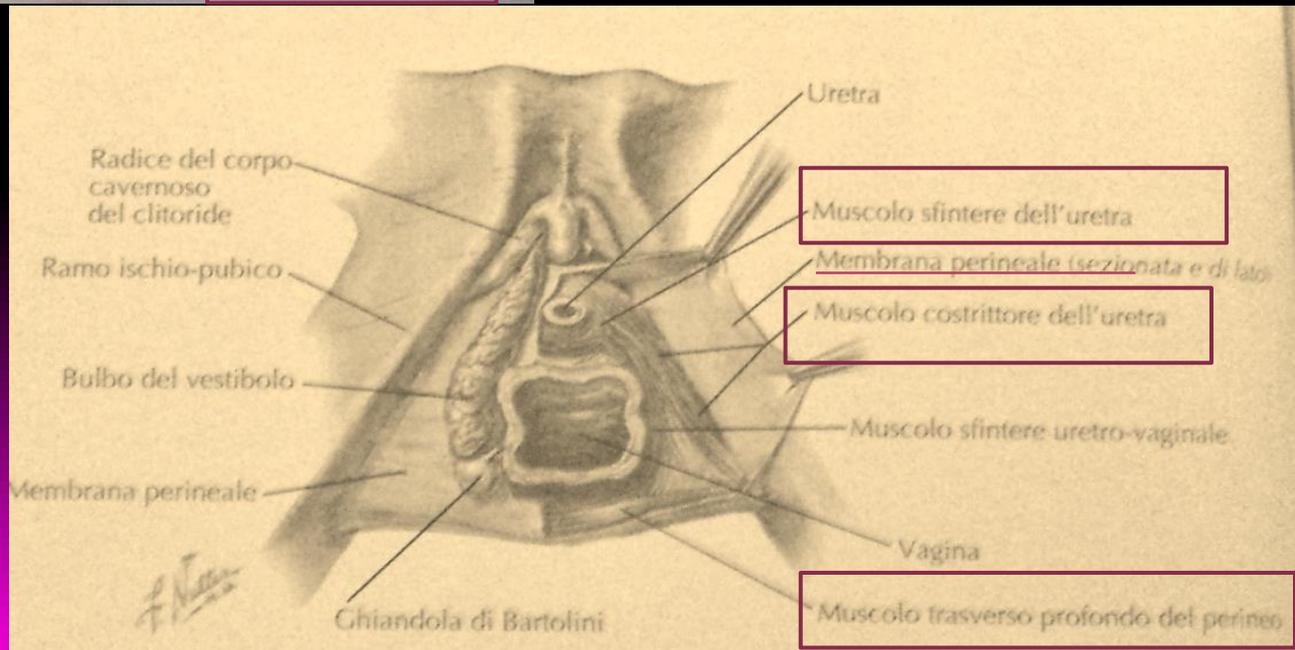
CORPO PERINEALE

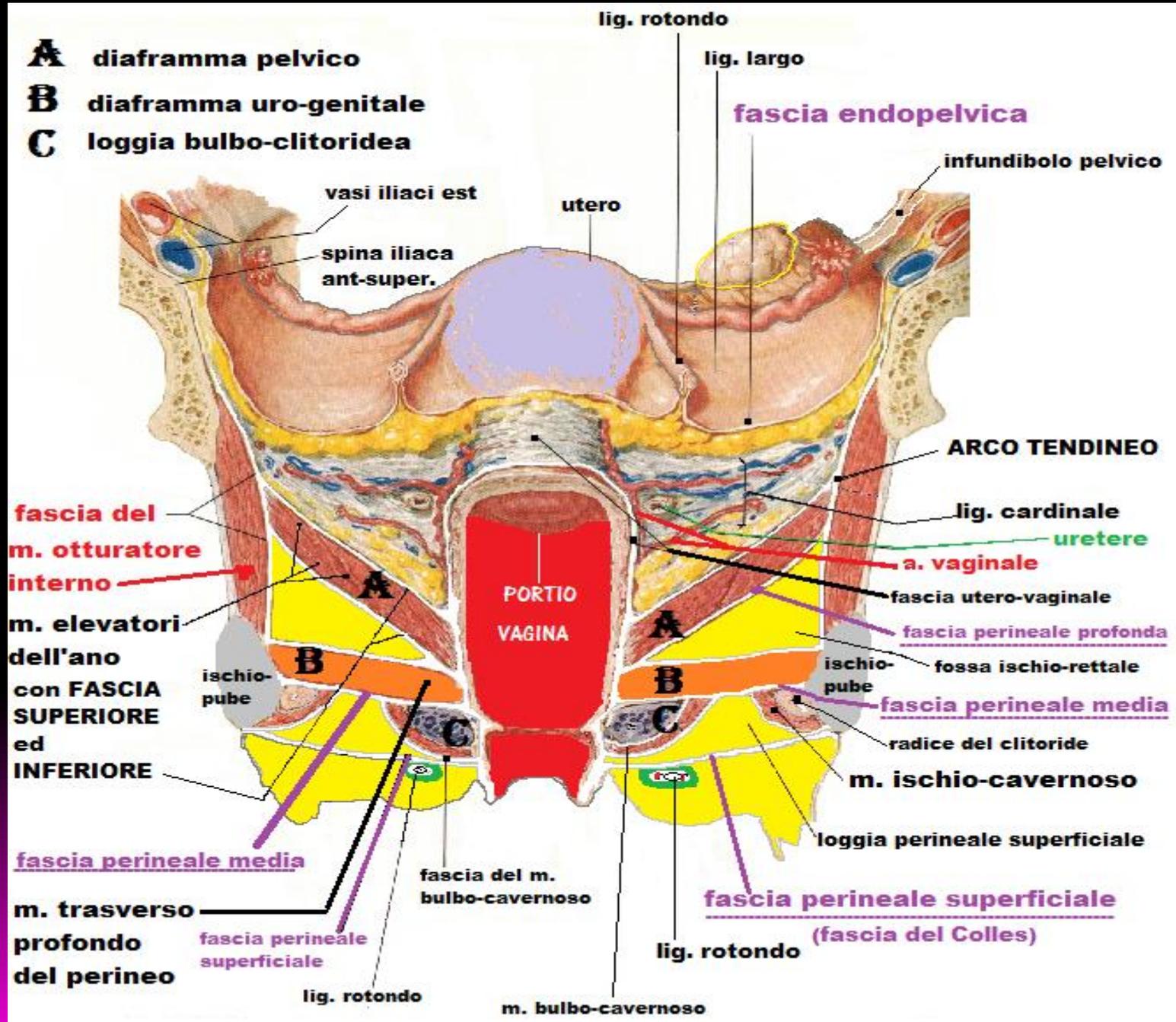
- Struttura fibromuscolare piramidale , punto di convergenza del muscolo bulbospongioso, muscoli perineali trasversi superficiali e profondi, della membrana perineale, dello sfintere anale esterno fibre dei muscoli puborettale e pubococcigeo
- Fornisce sostegno alla porzione distale della vagina e alle normali funzioni anorettali

Spazio perineale profondo



STRATO PERINEALE PROFONDO





- A** diaframma pelvico
- B** diaframma uro-genitale
- C** loggia bulbo-clitoridea

lig. rotondo

lig. largo

fascia endopelvica

infundibolo pelvico

vasi iliaci est

utero

spina iliaca ant-super.

ARCO TENDINEO

lig. cardinale

uretere

a. vaginale

fascia utero-vaginale

fascia perineale profonda

fossa ischio-rettale

fascia perineale media

radice del clitoride

m. ischio-cavernoso

loggia perineale superficiale

fascia perineale superficiale

(fascia del Colles)

lig. rotondo

m. bulbo-cavernoso

fascia del m. otturatore interno

m. elevatori dell'ano con FASCIA SUPERIORE ed INFERIORE

fascia perineale media

m. trasverso profondo del perineo

fascia perineale superficiale

lig. rotondo

fascia del m. bulbo-cavernoso

PORTIO VAGINA

ischio-pube

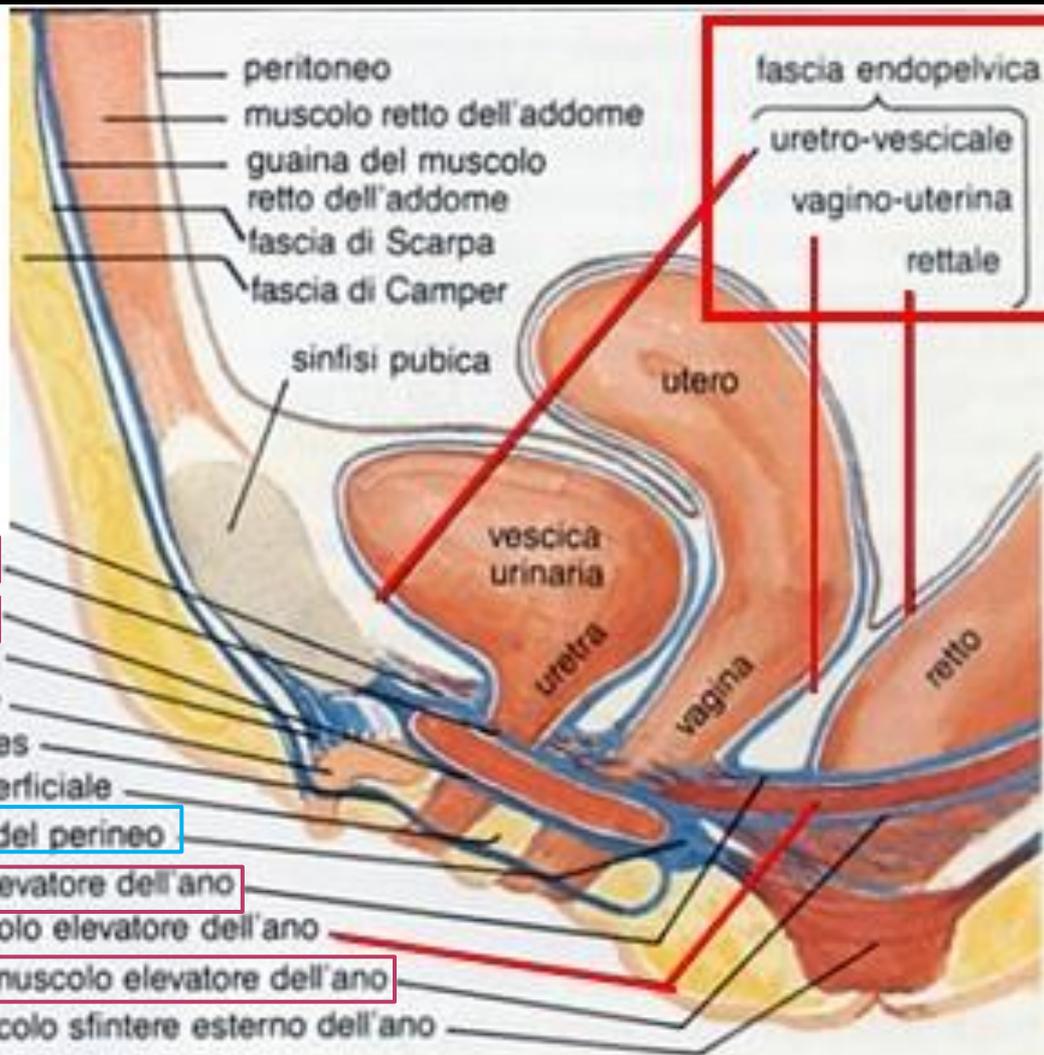
ischio-pube

STRUTTURE FASCIALI PELVICHE

- FASCIA PELVICA PARIETALE: ricopre i muscoli del complesso dell'elevatore dell'ano e si continua nella fascia viscerale o endopelvica che ricopre porzione dei visceri pelvici
- FASCIA ENDOPELVICA O FASCIA PELVICA VISCERALE si divide in
 - Fascia pubocervicale
 - Fascia o setto rettovaginale

La fascia endopelvica ha un ruolo statico di sostegno e connessione e un ruolo dinamico di accoppiamento delle azioni muscolari agli organi pelvici

MUSCOLI e FASCE del DIAFRAMMA URO-GENITALE e loro RAPPORTI con gli ORGANI PELVICI



LEGAMENTI DELLA FASCIA ENDOPELVICA

- LEGAMENTI UTEROSACRALI: tesi posteriormente fra la parete pelvica ed il III superiore della vagina ed il collo uterino
- LEGAMENTI CARDINALI: tesi lateralmente fra la parete pelvica ed il III superiore della vagina ed il collo uterino
- FASCIA PUBO-CERVICALE: tesa tra il III medio della vagina e parete laterale della pelvi
- LEG. PUBO URETRALI tesi fra il V inferiore della parete posteriore della sinfisi pubica e la vescica, il collo vescicale e l'uretra superiore
- LEG. URETRO PELVICI tesi fra l'uretra e l'arco tendineo dell'elevatore dell'ano

PAVIMENTO PELVICO

Segmento pelvico anteriore

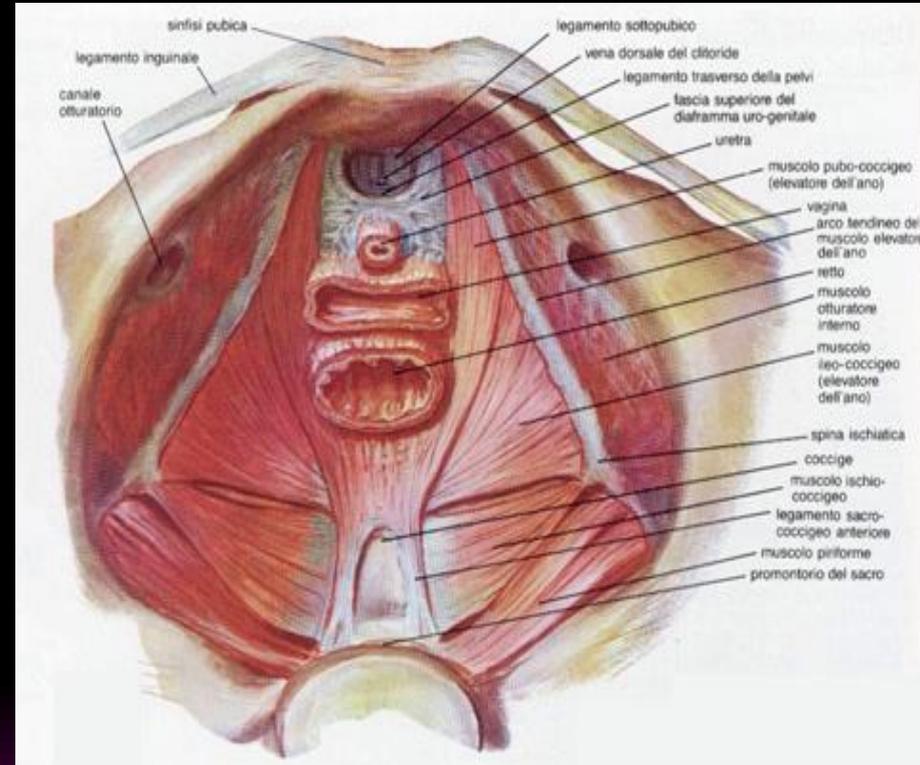
Uretra, vescica

Segmento pelvico medio

Utero, volta vaginale, Douglas

Segmento pelvico posteriore

Retto



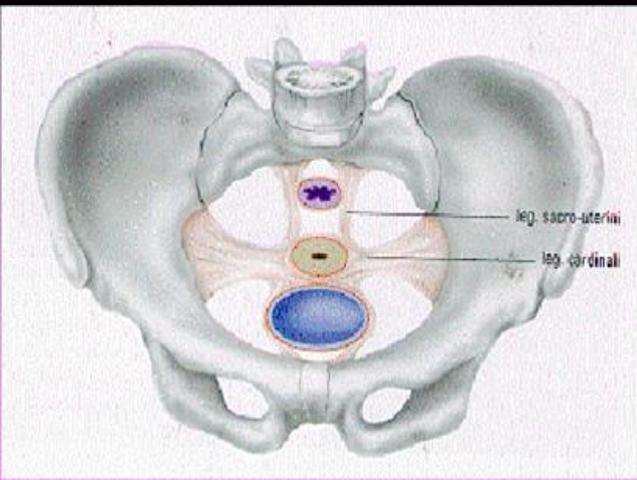
UNITA' FUNZIONALMENTE INTEGRATE

ATTIVITA' FISIOLÓGICA DI UN SEGMENTO NON
PUO' PRESCINDERE DALLO STATO ANATOMICO DEGLI ALTRI DUE

Strutture di supporto segmento pelvico anteriore

- Leg. Pubo-uretrali
- Leg. Uretro-pelvici
- Leg. Vescico-pelvici

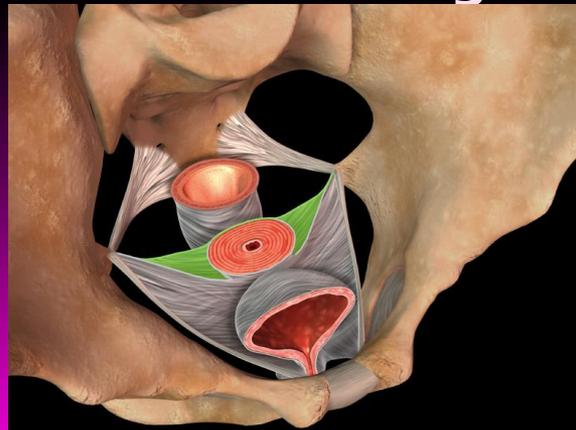
(continuazione posteriore
degli uretro-pelvici)



Strutture di supporto segmento pelvico medio

- Leg Cardinali
- Leg. Sacro-uterini

Strutture di supporto
segmento pelvico posteriore



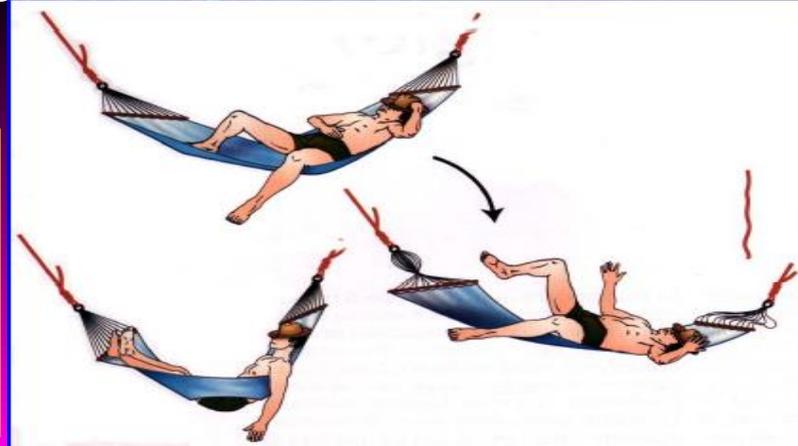
- Fascia retto
vaginale
(Denonvilliers)

ANATOMIA FUNZIONALE DEL PAVIMENTO PELVICO

Muscoli, fasce e ligamenti costituiscono quindi:

- **Sistema di sospensione**
- **Sistema di sostegno**
- L'integrità di questo complesso sistema di sostegno-sospensione è alla base del normale funzionamento del pavimento pelvico
- Difetti a carico delle strutture di sostegno-sospensione determinano disfunzione del pavimento pelvico

Come la tensione della tenda viene a mancare se un tirante cede, così il "cedimento" di un legamento determina la comparsa di uno scompenso nella statica del pavimento pelvico e di conseguenza degli organi pelvici.



DISFUNZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO

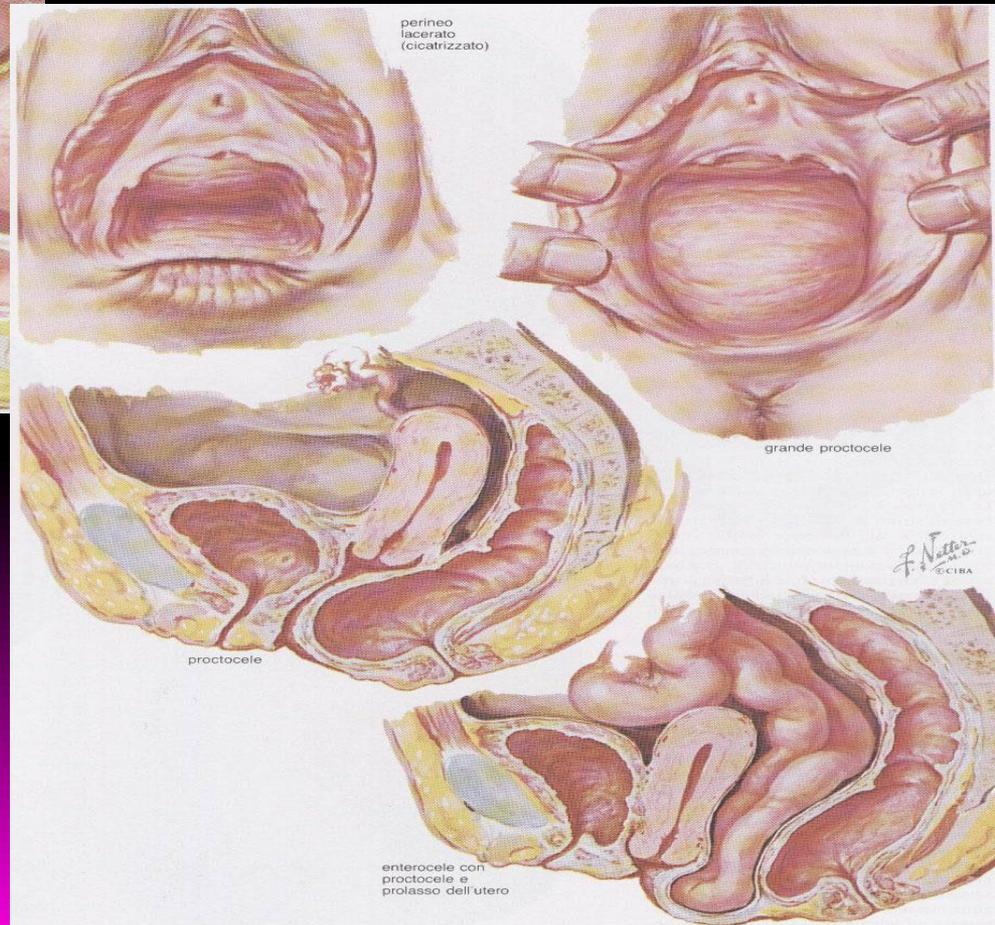
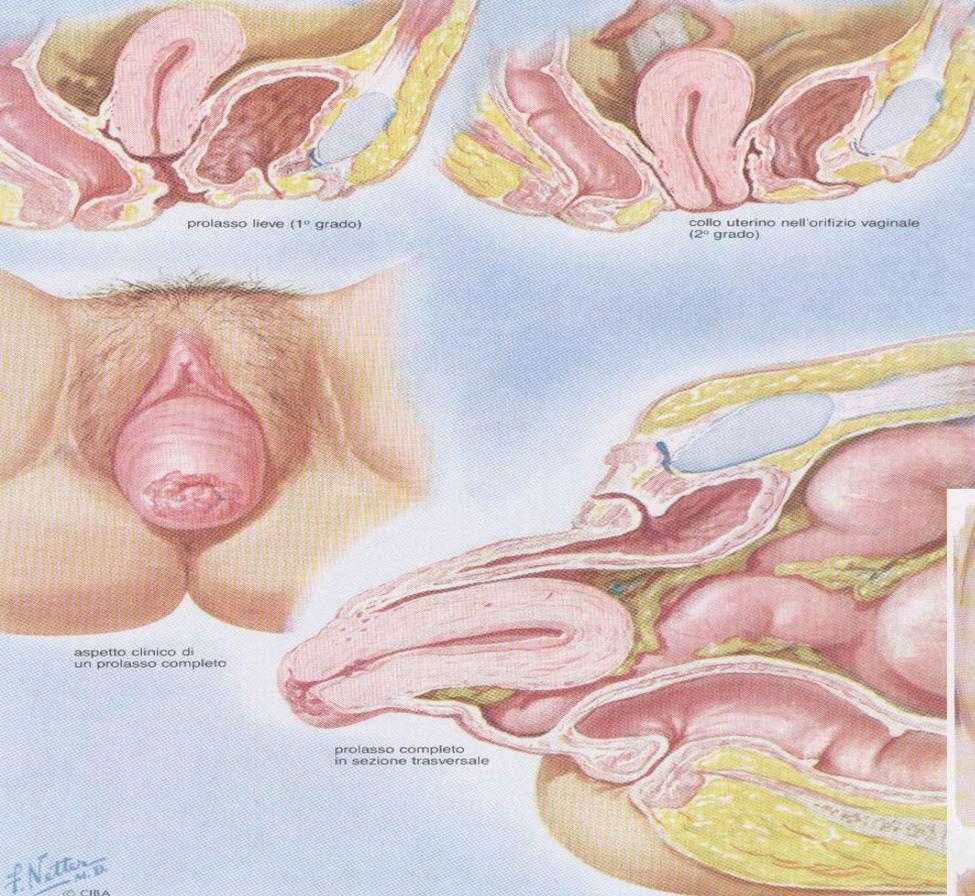
- **DEFICIT ANATOMICO** : PROLASSO UTERO-VAGINALE
- **DEFICIT FUNZIONALE**:
 - INCONTINENZA URINARIA (IUS IUU)
 - RITENZIONE URINARIA
 - STIPSI
 - INCONTINENZA FECALE

PROLASSO UROGENITALE

DEFINIZIONE

Discesa verso il basso, attraverso lo jatus urogenitale del pavimento pelvico, di pareti vaginali ed utero, e contestualmente poiché esiste una solidarietà tra gli organi della pelvi si può associare anche ad una discesa di vescica, retto ed eventualmente di anse intestinali con grado ed associazioni variabili.

PROLASSO UROGENITALE



TERMINOLOGIA DEL PROLASSO

UROGENITALE

- Cistocele

(la vescica ernia nella parete vaginale anteriore)

- Uretrocele

- Rettocele

(il retto ernia nella parete vaginale posteriore)

- Elitrocele

(ernia del peritoneo)

- Enterocele

(ernia delle anse intestinali)

- Prolasso della cupola vaginale (si verifica dopo pregressa isterectomia)

- Isterocele

(discesa dell'utero)

FATTORI DI RISCHIO

- FATTORI GENETICI
- FATTORI GENERALI: Età, obesità, BPCO, razza, stipsi cronica
- FATTORI LOCALI
- SIA CONGENITI(difetti di innervazione dei mm. elevatori come nella spina bifida, difetti del connettivo come snd henlers –danlos, brevità congenita della vagina)
- CHE ACQUISITI gravidanza , parto, deficit estrogenico, chirurgia

ETIOPATOGENESI DEL PROLASSO

- ▣ LESIONI DEL PERINEO (PARTI)
- ▣ ETA': gli estrogeni sono fondamentali nel mantenimento del trofismo del connettivo delle fascia pelvica; l'allettamento determina ipotrofia dei muscoli del pavimento pelvico
- ▣ Gravidanza, stipsi, fattori esogeni

TUTTO QUESTO CAUSA UN INDEBOLIMENTO DEL PERINEO

CLASSIFICAZIONE DEL PROLASSO SEC. BEECHAM

CISTO-ISTERO-ELITRO-RETTOCELE

- I grado (lieve): protrusione visibile con perineo depresso
- II grado (moderato): protrusione anche senza depressione del perineo
- III grado (severo): la sacculazione protrude al di fuori dell'introito

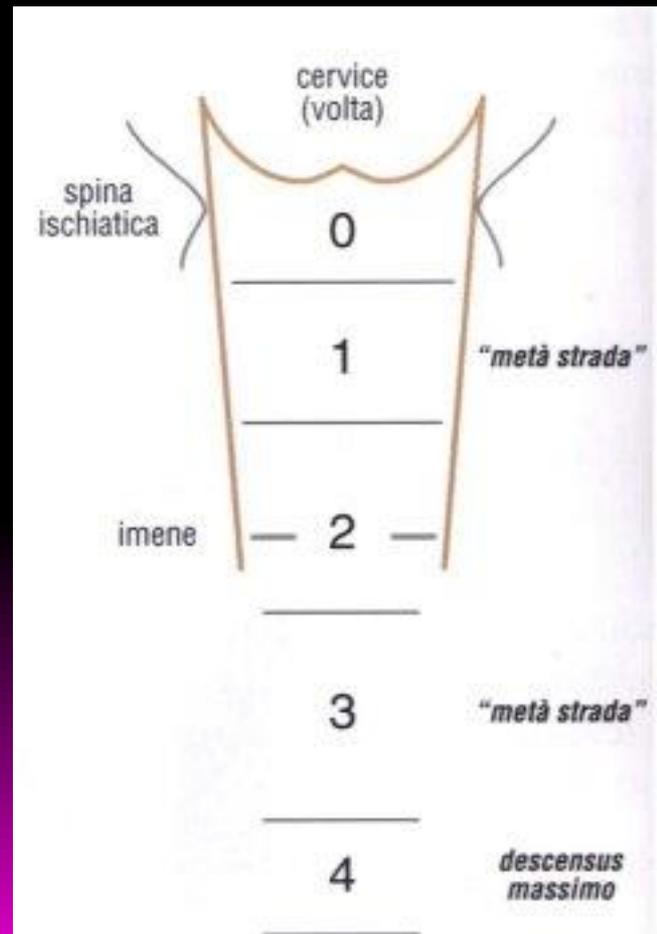
HALFWAY SYSTEM CLASSIFICATION (SEC. BADEN E WALKER)

URETRO-CISTO-ISTERO-ELITRO-ENTERO-RETTOCELE

- Grado 0: posizione normale
 - Grado I: posizione intermedia fra normale e imene
 - Grado II: a livello dell'imene
 - Grado III: posizione intermedia fra imene e massimo descensus possibile
 - Grado IV: massimo descensus possibile
-
- CLASSIFICA I GRADI DI PROLASSO IN RELAZIONE ALLA POSIZIONE RISPETTO ALL'IMENE

HALFWAY SYSTEM CLASSIFICATION (SEC. BADEN E WALKER)

URETRO-CISTO-ISTERO-ELITRO-ENTERO-RETTOCELE



PELVIC ORGAN PROLAPSE QUANTIFICATION (POP-Q)

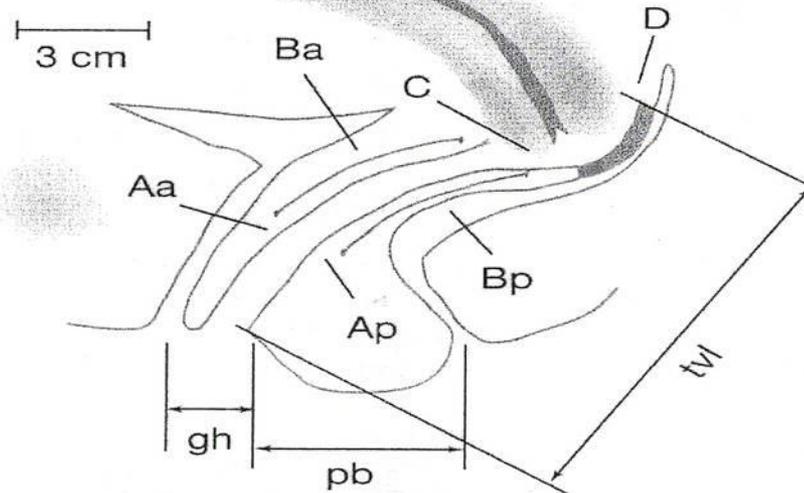
About the POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) Exam

The pelvic organ prolapse quantification (POP-Q) exam is used to quantify, describe, and stage pelvic support. It is a reliable exam that provides site-specific measurements.

- There are 6 points measured at the vagina with respect to the hymen.
- Points above the hymen are assigned negative numbers; points below the hymen are assigned positive numbers.

E' l'unica standardizzata (ICS- American Urogynecologic society and Gynecologic Surgeon) : si basa sulla quantificazione in cm della sede anatomica prolapsata: 9 punti considerati (per ridurre al minimo la soggettività della valutazione).

POP-Q



Aa	Ba	C
gh	pb	tvl
Ap	Bp	D

- **Aa** è situato sulla parete vaginale anteriore, 3 cm più cranialmente del meato uretrale esterno. Rispetto all'imene (punto di repere) la sua posizione varia da -3 a +3 e corrisponde circa alla porzione uretro-vescicale.
- **Ba** rappresenta il punto più caudale del segmento della parete vaginale anteriore, che va da Aa al fornice anteriore. Nei casi normali o con cistocele minore rispetto all'uretrocele, Ba corrisponde ad Aa.
- **C** rappresenta il punto più declive della cervice (o della cupola); il punto di repere è l'imene.
- **Ap**: come Aa, sulla parete vaginale posteriore.
- **Bp**: come Ba, sulla parete vaginale posteriore.
- **D**: come C per il fornice posteriore in una paziente non isterectomizzata (altrimenti si omette).
- **gh** (iato genitale): dal centro del meato uretrale esterno al centro dell'imene posteriore.
- **pb** (corpo perineale): dal centro dell'imene posteriore al centro dell'ano.
- **tvl** (lunghezza vaginale totale): a vagina riposizionata.

PELVIC ORGAN PROLAPSE QUANTIFICATION (POP-Q)

POP-Q Measurement Sites

Points	Description	Range of Values
Aa	Anterior vaginal wall 3 cm proximal to the hymen	-3 cm to + 3 cm
Ba	Most distal position of the remaining upper anterior vaginal wall	-3 cm to + tvl
C	Most distal edge of cervix or vaginal cuff scar	-10 cm to + 10 cm
D	Posterior fornix (N/A if post hysterectomy)	
Ap	Posterior vaginal wall 3 cm proximal to the hymen	-3 cm to + 3 cm
Bp	Most distal position of the remaining upper posterior vaginal wall	-3 cm to + tvl

Additional Measurements:

Genital hiatus (gh) – Measured from middle of external urethral meatus to posterior midline hymen

Perineal body (pb) – Measured from posterior margin of gh to middle of anal opening

Total vaginal length (tvl) – Depth of vagina when point D or C is reduced to normal position

PELVIC ORGAN PROLAPSE QUANTIFICATION (POP-Q)

STADIO	DESCRIZIONE
0	Nessun descensus
I	Descensus fino a - 1 cm dall'anello imenale
II	Descensus tra - 1 cm e + 1 cm dall'anello imenale
III	Descensus oltre + 1 cm dall'anello imenale
IV	Eversione completa della vagina

SINTOMATOLOGIA

- Presenza di massa all'interno della vagina più evidente in ortostatismo
- Incontinenza urinaria (da sforzo, da urgenza e mista)
- Difficoltà allo svuotamento vescicale
- Alterazioni dell'alvo (uso di lassativi, manovre di aiuto all'evacuazione)
- Senso di peso perineale esacerbato dalla prolungata stazione eretta o dallo sforzo
- Dolore lombare
- Disturbi della sfera sessuale (dispareunia, incontinenza durante il coito)

SINTOMATOLOGIA

Minzionale e delle vie urinarie

- Disturbi dello svuotamento vescicale:
- Ostruzione
- Disuria
- Incompleto svuotamento
- Residuo post minzionale
- Infezioni urinarie
- Dilatazione dell'alta via escrettrice

ANAMNESI GENERALE

- Abitudini dietetico alimentari
- Professione
- Assunzione di farmaci (*diuretici, ipnotici, calcio antagonisti, simpaticolitici e simpaticomimetici, anticolinergici, ecc*)
- Attività lavorativa o sportiva
- Rapporto peso/altezza e variazioni ponderali
- Malattie metaboliche
- Neuropatie e malattie del SNC
- Broncopneumopatie
- Anamnesi colonproctologica

ANAMNESI OSTETRICA

- ▣ Numero di gravidanze
- ▣ Incremento ponderale in gravidanza
- ▣ Modalità del parto
- ▣ Peso alla nascita del feto

ANAMNESI URO-GINECOLOGICA

- Epoca della menopausa (ev.tp sostitutiva)
- Malformazioni uro-genitali
- Pregressa chirurgia pelvica
- Abitudini minzionali: descrizione accurata dei sintomi con occasioni che determinano le perdite e quantificazione delle stesse(pads)
- Eventuali radioterapie
- Anamnesi sessuale

ESAME CLINICO

Posizione ortostatica e litotomica

- Trofismo vulvo-vaginale
- Presenza di cicatrici
- Posizione dei visceri prima e dopo Valsalva
- Rivalutazione in ortostatismo
- Riduzione del viscere prolassato
- Manovra di Bonney
- Stress test (riempimento con 250cc sol.fis e colpi di tosse)
- Residuo post minzionale (ecografico o cateterismo estemporaneo)
- Esplorazione rettale (per valutare il rettocele)

ESAME GINECOLOGICO

Devo usare una VALVA di SIM che mi dilati il canale vaginale: adatto una branca della valva alla parete posteriore della vagina e osservo così la parete anteriore. Poi giro la valva, la metto a contatto dell'anteriore e vedo la parete posteriore. Poi con questa pinza vado ad esaminare i difetti, vedendo l'organo che discende, l'utero. Vado a vedere dove esistono i difetti delle fasce.

Perché c'è una grande struttura che sostiene verso l'alto, sospende verso l'alto la vagina: se cede questa struttura è un difetto mediano. Poi la vagina è ancorata lateralmente: le due fasce, quella anteriore e quella posteriore, si uniscono lateralmente e si fondono con la fascia del muscolo, lateralmente, a costituire la linea bianca. Se la linea bianca si stacca, il difetto della fascia sarà laterale, degli agganci laterali. Se invece cede sulla linea mediana, il difetto sarà mediale.

I difetti possono essere: mediano, laterale o trasversale della struttura fasciale. Il prolasso iniziale viene detto "iper mobilità" della parete uretrale: sono i casi dell'incontinenza da sforzo, in cui il supporto sottostante è difettoso, questa iper mobilità corrisponde ad un'iper mobilità della vagina.

Ci sono delle plicature, delle rugosità della mucosa nella vagina normale: quando queste plicature sono conservate, il difetto è LATERALE. La vagina si è staccata lateralmente: ecco perché è crollata.

La conferma si ha col TEST di BADEN: apro la pinza, la metto a decorrere tra il pube e la spina ischiatica, divarico e vado a ricostruire gli agganci laterali: se così facendo, e facendo spingere la donna, non appare più il prolasso vaginale anteriore vuol dire che il difetto era laterale.

Due segnali: 1- la conservazione delle pliche 2- facendo il test, si riposiziona il prolasso.

Se abbiamo la parete liscia, tutte le plicature sono scomparse: questo è un difetto MEDIANO. Se faccio il TEST di BADEN il prolasso permane. Lo stiramento e la spinta sono mediani, per cui si è assottigliato tutto lo spessore tra vagina e vescica in modo da assottigliare sempre più le pliche fino a farle scomparire. Da una pulsione, da spinta mediana continua. Il difetto TRASVERSALE è contrassegnato dal fatto che il fornice è completamente annullato.

ESAME OBIETTIVO SUL PAVIMENTO PELVICO

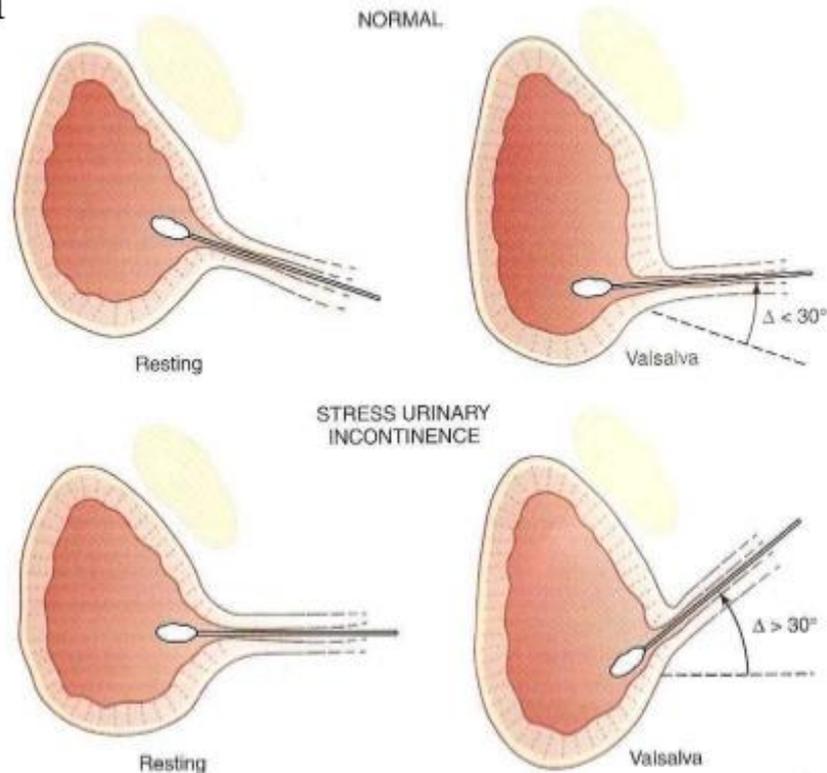
- Deprimendo la parte vaginale posteriore si verifica se è presente un cistocele o un prolasso dell'utero, allo stesso modo sollevando la parete vaginale anteriore si verifica la presenza o meno di un **PROLASSO UROGENITALE**, rettocele, di un enterocele o di un prolasso della cupola vaginale.
- L'esame sarà completato dalla visita ginecologica della donna (fibromi, cisti potrebbero esercitare una compressione sulla vescica).
- Con la paziente in posizione litotomica si osserva il colorito ed il trofismo dei genitali esterni, la distanza ano-vulvare, la presenza di cicatrici (esiti di lacerazioni, episiotomia). Quindi si procede alla determinazione del profilo vaginale totale.

Q-TIP TEST

Valuta la mobilità uretrale e del collo vescicale mediante posizionamento di tampone lubrificato in uretra in corrispondenza del passaggio a livello del collo vescicale. Durante Valsalva il movimento rotatorio del collo vescicale intorno ed al di sotto della sinfisi pubica produce il movimento caudo-craniale del tip del tampone con angolo di ≥ 30 GRADI

Q-tip (cotton swab) Test

FIGURE 23-5 Diagrammatic representation of the Q-tip (cotton swab) test, showing mobility of the urethrovesical junction in a continent patient and a patient with stress urinary incontinence.



PC TEST PAD TEST E STRESS TEST

- **Pc test:** Con la paziente in posizione litotomica verranno introdotte le dita in vagina, guantate e lubrificate, e appoggiate "a piatto" nei 3 cm distali della parete vaginale posteriore. Successivamente verrà richiesto alla stessa di contrarre i muscoli dell'ano come se dovesse trattenere uno stimolo minzionale senza però utilizzare i muscoli della parete addominale o i muscoli glutei e delle cosce
- Lo **stress test** documenta la perdita di urina associata allo sforzo o al colpo di tosse.
- Il **pad test** quantifica la perdita di urina e viene espletato in un tempo di 60 minuti; il peso del pannello determina la gravità della perdita: $\text{Nella norma} < 2 \text{ gr.}$ Perdita moderata $> 2 < 10 \text{ gr.}$ Perdita media $> 10 < 50 \text{ gr.}$ Perdita severa $> 50 \text{ gr.}$

ESAMI STRUMENTALI

- Es.urodinamico completo
- Ecografia addome superiore ed inferiore
- Defecogramma (nei casi di sindrome da defecazione ostruita)
- Uretrocistografia
- R.M. N.(migliore definizione rapporti organi pelvici)

INCONTINENZA URINARIA

- Perdita involontaria di urina attraverso l'uretra, oggettivamente dimostrabile, in luoghi ed in tempi inappropriati, e di grado tale da costituire un problema sociale

3 tipi di incontinenza:

- Da sforzo o da stress o genuina (IUS)
 - Da urgenza (IUU)
 - mista
- ▣ IUS perdita di urina provocata da un aumento improvviso di pressione endoaddominale
 - ▣ IUU perdita di urina accompagnata da urgenza e provocata da contrazioni vescicali anomale
 - ▣ Incontinenza mista un'insieme di entrambe
 - ▣ Prevalle l'incontinenza urinaria da sforzo (in alcune statistiche 49%) rispetto alla incontinenza mista (29%) e da urgenza (22%)

IUS: CAUSE

- IPERMOBILITA' URETRALE DELL'URETRA PROSSIMALE (IUS GENUINA O TIPO 1)
- DEFICIT SFINTERIALE DEFICIT DELLA FUNZIONALITA' DELLA MUSCOLATURA INTRINSECA URETRALE PER CUI IL MUSCOLO NON PUO' FRONTEGGIARE L'AUMENTO DI PRESSIONE ENDOADDOMINALE (TIPO 2 O DEFICIT SFINTERICO O BASSA PRESSIONE URETRALE)
- QUINDI IUS TIPO 1 E' UN DIFETTO DEL SEGMENTO ANTERIORE

LA CONTINENZA E' DATA DA:

- ▣ MUSCOLI PELVICI
sfintere uretra , pubo coccigeo
- ▣ MECCANISMI DI SOSPENSIONE DEL COLLO VESCICALE
ligamento pubo uretrale, ligamenti e fascia muscolo elevatore dell'ano
- ▣ INTEGRITA' DEL SISTEMA NEUROLOGICO



IUS

- ANAMNESI
- ESAME OBIETTIVO
- ESAME URODINAMICO
- ESAMI ACCESSORI STRUMENTALI

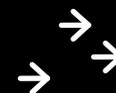
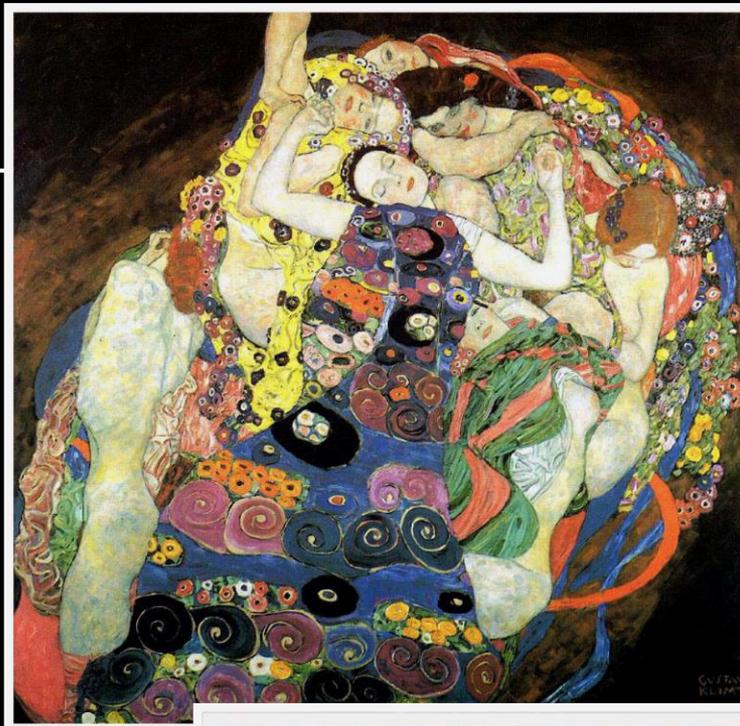
ESAME URODINAMICO

- **L'esame urodinamico consiste in una serie di rilevazioni strumentali che ci informano** sulle condizioni funzionali del sistema vescico - uretrale. Mediante l'inserimento in vescica di minuscoli cateteri attraverso l'uretra è possibile rilevare le pressioni all'interno della vescica mentre viene gradualmente riempita con una soluzione fisiologica sterile (**Cistomanometria**), **allo stesso modo possono essere registrate le pressioni esistenti nel canale uretrale in chiusura o durante la fuga di urina (Profilo Pressorio Uretrale)** eventualmente sotto controllo radiologico utilizzando mezzo di contrasto radiopaco (**Radiourodinamica**). **Può essere valutata la capacità globale della vescica di espellere l'urina a fronte delle resistenze uretrali (Uroflussometria).** **Si può valutare l'attività elettrica dei muscoli del piano perineale (Elettromiografia) e l'integrità delle afferenze e delle efferenze nervose dalla periferia alla corteccia cerebrale (Potenziali evocati sacrali) nello studio di eventuali patologie neurologiche.**

CONCLUSIONI

- LA COMPLESSITA' DEL SISTEMA DI SOSTEGNO DEL PAVIMENTO PELVICO E' RISPECCHIATA DALLA COMPLESSITA' DELLE PATOLOGIE CHE POSSONO COLPIRLO
- L'ACCURATA CONOSCENZA DELL'ANATOMIA DA' LA POSSIBILITA' DI CAPIRE APPIENO I DEFICIT E DI INTERVENIRE IN MANIERA ADEGUATA
- SULLA BASE DEI NOSTRI DATI CLINICI E STRUMENTALI DOBBIAMO ESSERE IN GRADO DI INDIRIZZARE LA PAZIENTE VERSO IL TRATTAMENTO PIU' A LEI ADEGUATO: RIABILITATIVO, FARMACOLOGICO, CHIRURGICO

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



DE LANCEY

- Ha descritto 3 livelli di supporto degli organi pelvici
- LIVELLO 1 DI DE LANCEY: ASSICURATO DAI LIGAMENTO UTERO SACRALI E CARDINALI
- LIVELLO 2 DI DE LANCEY: ASSICURATO DALL'ARCO TENDINEO DELLA FASCIA PELVICA
- LIVELLO 3 DI DE LANCEY : CORPO PERINEALE E LEGAMENTI E MUSCOLI PERINEALI SUPERFICIALI

DE LANCEY

LIVELLO 1: SOSPENDE L'UTERO E L'APICE VAGINALE MANTENENDO L'ASSE VAGINALE PRESSOCCHÉ ORIZZONTALE SUL PIATTO DEGLI ELEVATORI SE DEFICIT PROLASSO UTERO E/O APICE VAGINALE

LIVELLO 2: SOSPENDE LA PORZIONE MEDIALE DELLE PARETI VAGINALI SE DEFICIT DIFETTI PARAVAGINALI E PROLASSO DELLE PARETI ANTERIORE E POSTERIORE

LIVELLO 3: STABILIZZA LE PORZIONI DISTALI DELL'URETRA, DELLA VAGINA E DELL'ANO-RETTO

→ ANTERIORE: IUS/IPERMObILITA' URETRALE

POSTERIORE : RETTOCELE DISTALE E DESCENSUS PERINEALE