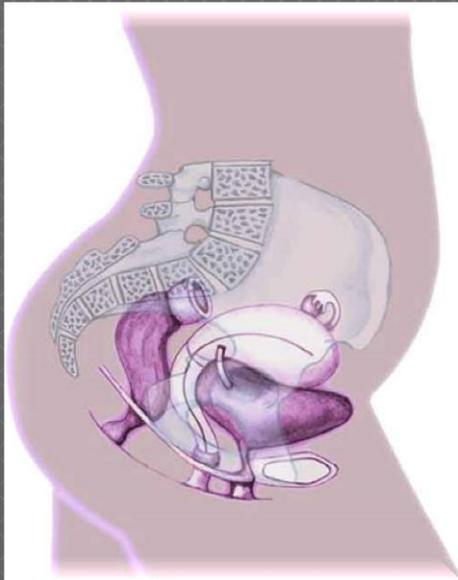


FERRARA, 21 NOVEMBRE 2015

HOTEL CARLTON

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

Valutazione uro-ginecologica ed
esame obiettivo:
la valutazione funzione del pavimento pelvico



Dr.ssa Mirella Tess
Uroriabilitatrice

UN PO' DI STORIA...

1998

1^ Conferenza Internazionale sull'Incontinenza

- Rivolge l'attenzione ai 200 milioni di persone che in tutto il mondo soffrono di incontinenza urinaria.
- Disturbo grave e particolare in alcuni Paesi in via di sviluppo dove lesioni durante il travaglio producono esiti devastanti (fistole vescico-vaginali non trattate, particolarmente in Africa).
- Si sottolinea l'importanza dell'approccio multidisciplinare.

2001

2^ Conferenza Internazionale sull'Incontinenza

- Istituito un comitato specifico per dare a questo disturbo la massima evidenza, sviluppando le conoscenze sulle lesioni da parto, condurre ad un miglioramento del trattamento e avviare programmi di prevenzione;
- Sono stati così istituiti altri 2 comitati:
 - Comitato sull'incontinenza fecale e il prollasso degli organi pelvici
 - Comitato aggiuntivo sull'incontinenza nei Paesi del Terzo Mondo
- ❖ La Fondazione amplia l'approccio multidisciplinare ai disturbi pelvici emergono nuove modalità di sviluppo di cure che dipendono dalla stretta collaborazione di urologi, fisiatristi, ginecologi, esperti in malattie coloretali, infermieri, fisioterapisti e ostetriche

2004

3^ Conferenza Internazionale sull'Incontinenza



SI SVILUPPA ULTERIORMENTE L'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

- Un consenso di quasi 200 persone, di varie professioni e specialità danno vita ad una serie di comitati ognuno responsabile di un'area specifica e ulteriormente suddivisi per gruppi specifici di pazienti:
DONNA - UOMO -BAMBINO - PZT NEUROLOGICI- ANZIANO FRAGILE;
- Istituito un Comitato aggiuntivo: « *Painful Bladder Syndrome* »

- Tutti i membri di questi comitati sono stati scelti in ragione della loro reputazione accademica e per ogni comitato è stato scelto un presidente che ha sempre presenziato alle raccomandazioni e discussioni principali
- Tutto ciò che è stato elaborato da questi comitati è stato raccolto nei 2 volumi **INCONTINENCE** dove si riporta in dettaglio le evidenze riviste da ogni comitato e le raccomandazioni

E' stata operata una revisione sistematica della letteratura, è stata analizzata la qualità di tutti gli studi rilevanti identificati e sono state fornite raccomandazioni sulla base del più elevato livello di evidenza

VALUTAZIONE E TRATTAMENTO delle disfunzioni vescico-sfinteriche



« terra di confine » che si occupa dei disordini del pavimento pelvico



GINECOLOGO



FISIATRA



UROLOGO



PROCTOLOGO

Ostetriche

Infermieri

Fisioterapisti

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

RIABILITAZIONE PERINEALE

La riabilitazione pelvi-perineale 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, 1998)

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

GRAVIDANZA E PARTO

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

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)

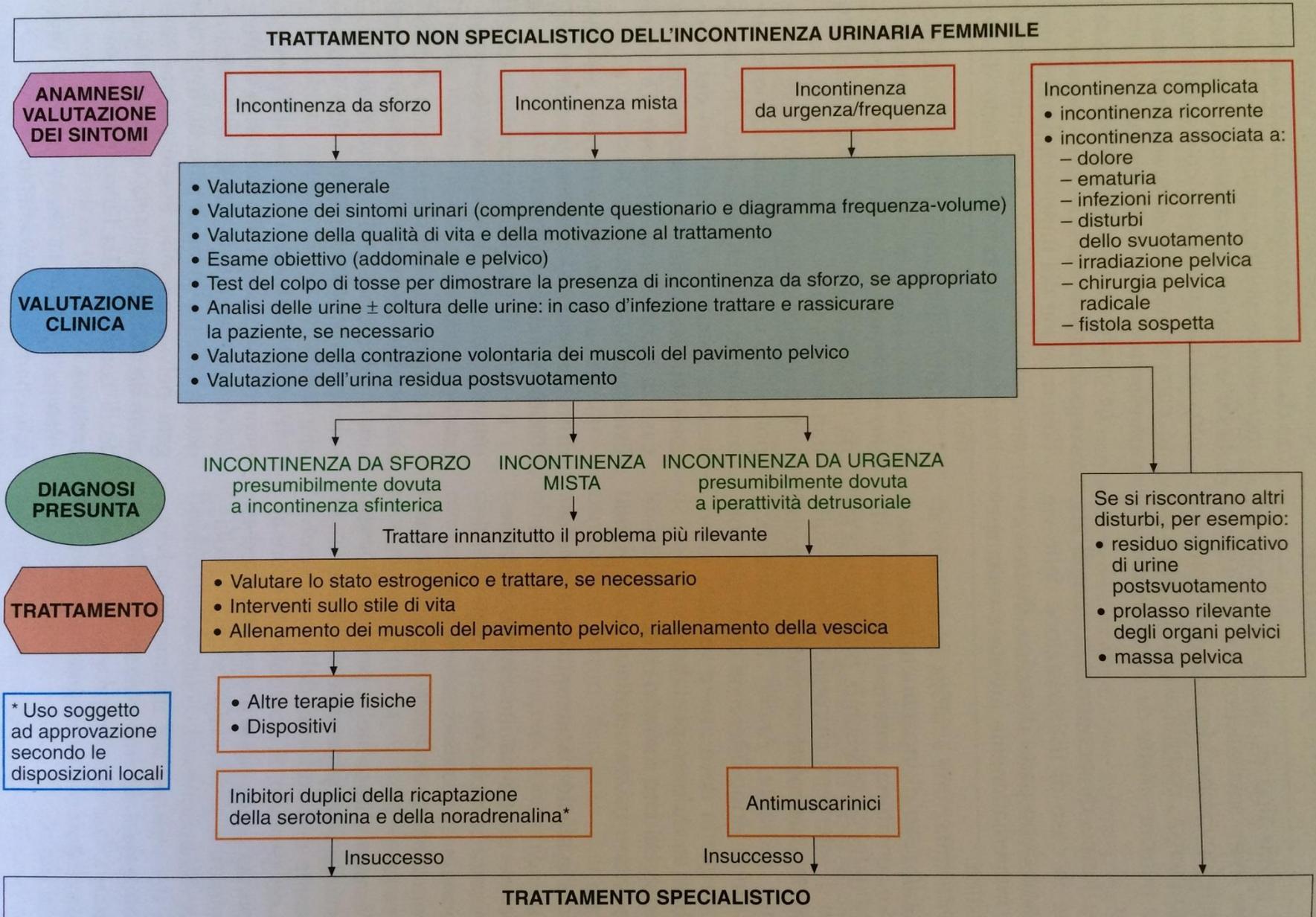


Figura 1.11 Flow-chart per il trattamento non specialistico dell'incontinenza urinaria femminile (modificata da Abrams P et al.³⁰).

TRATTAMENTO SPECIALISTICO DELL'INCONTINENZA URINARIA FEMMINILE

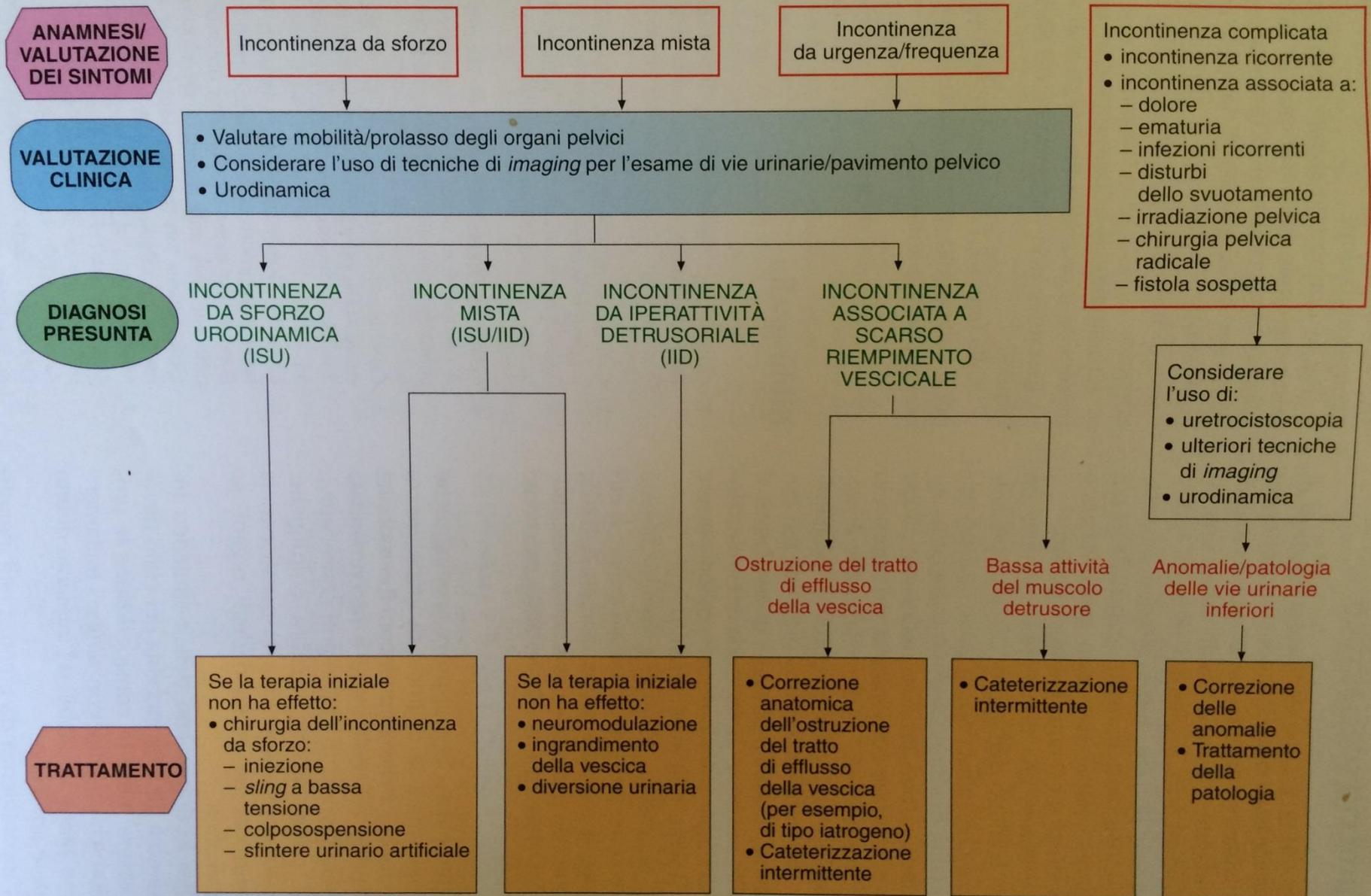


Figura 1.12 Flow-chart per il trattamento specialistico dell'incontinenza urinaria femminile (modificata da Abrams P et al.³⁰).

ACCERTAMENTO INIZIALE

Anamnesi generale
e sintomo/specifica

Esame obiettivo

Valutazione
laboratorio

Rx
analisi semplici
analisi complesse

- Stabilire una diagnosi presuntiva o specifica per il disturbo ed escludere condizioni di base organo-specifiche correlate o non correlate che richiederebbero un intervento specialistico;
- Accertare livello di disagio/desiderio di trattamento;
- Istituire terapia empirica o mirata nei confronti della malattia, che prenda in considerazione il rapporto rischio/beneficio, la natura del trattamento e le cure alternative;
- Raccomandare valutazione più complessa o rinvio allo specialista

VALUTAZIONE GENERALE

ANAMNESI GENERALE per i sintomi acuti:

- fattori precipitanti e aggravanti la perdita di urina
- insorgenza e durata dei sintomi
- grado di disagio
- modalità di assunzione ed eliminazione dei liquidi
- infezioni acute
- pregressi interventi chirurgici e/o traumi recenti

ANAMNESI GENERALE per i sintomi cronici:

- anomalie congenite
- malattie neurologiche
- interventi chirurgici
- stato generale di salute

ALTRE INFORMAZIONI:

- farmaci
- funzioni mestruali
- ostetriche
- sessuali
- intestinali
- prolasso degli organi pelvici

ANCHE CON AUSILIO DI UN QUESTIONARIO STRUTTURATO!

VALUTAZIONE DEI SINTOMI E DELLA QUALITA' DELLA VITA

- I questionari sulla QoL autosomministrati rappresentano il metodo più adatto per valutare il punto di vista del pzt. Quanto dimostrato clinicamente è facilmente distinto e differente da ciò che i pzt percepiscono come problema durante AVQ;
- Possono essere estesi e dettagliati per l'uso nella ricerca, ma occorre che siano brevi e di facile utilizzo nella pratica clinica oltre che validi, attendibili e semplici da completare;
- Sono numerosi e contraddistinti in gradi di raccomandazione (A= altamente raccomandati - B= raccomandati - C= potenzialmente raccomandabili).

QUESTIONARI ALTAMENTI RACCOMANDATI

Maschi e femmine	International Consultation on Incontinence Questionnaire
Femmine	Bristol Female LUTS-SF Stress and Urge Incontinence and Quality of life Questionnaire
Maschi	ICSmaleSF

Vescica iperattiva: valutazione dei sintomi e dell'impatto sulla qualità di vita

Maschi e femmine	Overactive Bladder Symptom and Health-related Quality of Life
------------------	--

IU: valutazione dei sintomi

Femmine	Urogenital Distress Inventory Incontinence Severity Index B-FLUTS
Maschi	ICSmaleSF

IU: valutazione dell'impatto sulla qualità di vita

Maschi e femmine	SEAP-QMM I-QOL
Femmine	King's Health Questionnaire Incontinence Impact Questionnaire-7 Urinary Incontinence Severity Score CONTILIFE
Maschi	/

International Consultation on Incontinence (I.C.I.)

LUTS

Lower Urinary Tract Symptoms

definiti dal racconto anamnestico o descritti da chi presta le cure alla pzt



sintomi

- Sintomi di riempimento
- Sintomi di svuotamento
- Sintomi post-minzionali

LUTD

Lower Urinary Tract Dysfunction

Rilevati dal professionista utilizzando mezzi semplici atti a verificare i sintomi e a quantificarli



segni

- Verbali
- Visivi
- Manuali
- Strumentali
- Cartacei

VALUTAZIONE DEI SINTOMI URINARI

Sintomi di riempimento

- Aumento della frequenza diurna
- Nicturia
- Urgenza
- IU (da sforzo, da urgenza e mista)
- Enuresi notturna
- IU continua
- Sensibilità vescicale

Sintomi post-minzione

- Sensazione di svuotamento incompleto
- Sgocciolamento post-minzione

Sintomi di svuotamento

- Flusso rallentato (slow stream)
- Flusso intermittente
- Esitazione (hesitancy)
- Spinta (straining)
- Sgocciolamento terminale (terminal dribbling)

ALTRI SINTOMI INERENTI ALLE DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO

- Sintomi da prolasso
- Sintomi intestinali
- Sintomi associati alle funzioni sessuali

VALUTAZIONE DELLA FREQUENZA E DELLA SEVERITÀ DEI SINTOMI

- diario minzionale (micturition time chart) registra orario minzioni nelle 24 ore;
- diagramma frequenza/volume (FVC) dove sono inclusi anche i volumi vuotati;
- diario vescicale (bladder diary) dove si segnalano episodi di incontinenza, l'utilizzo di pannolini, assunzione di liquidi, il grado di urgenza e le caratteristiche delle perdite;
- > è complesso = < compliance
- È raccomandata una durata di 3 giorni

VOLUME DEL RESIDUO POST-MINZIONALE (RPM):

- Quantità di urina rimasta in vescica dopo una normale minzione;
- Non è chiaro quale sia il valore massimo e minimo reputato come normale;
- Linee guida (Agency for Health Care Policy and Research -AHCPR) affermano che in generale, un VPR < 50 ml è congruo con uno svuotamento sufficiente della vescica, mentre > 200 ml sono una quantità inadeguata

ESAME URINE

test fondamentale che andrebbe eseguito in tutte le pazienti uro/ginecologiche con striscia ad immersione o analisi completa delle urine al fine di riscontrare:

- ematuria (es. carcinoma endoteliale)
- Glicosuria (diabete mellito = neuropatia periferica che colpisce innervazione vescicale con ritenzione urinaria - aumento del rischio di infezioni vie urinarie)
- piuria e batteriuria

ESAME OBBIETTIVO dopo spiegazioni e consenso informato

□ Osservazione visiva zona pelvi/perineale/ addominale

- ✓ esiti di interventi addominali
- ✓ pelle e mucose
- ✓ esiti cicatrici episiotomiche
- ✓ lunghezza ano-vulvare
- ✓ beanza vulvare
- ✓ presenza prolasso
- ✓ contrazioni volontarie e involontarie
- ✓ rilassamento
- ✓ riflesso di protezione addomino/perineale
- ✓ bombement addominale

...ESAME OBIETTIVO

- ❑ Valutazione manuale zona pelvi/perineale:
 - ✓ obiettività neurologica
 - ✓ valutazione della sensibilità
 - ✓ swab-test
 - ✓ presenza di trigger-point
 - ✓ nucleo fibroso centrale
 - ✓ ispezione vaginale
 - ✓ testing perineale (pubo-coccigeo e ileo-coccigeo)
 - ✓ esplorazione rettale (pubo-rettale e sfintere anale esterno)

- ❑ Q-tip test

- ❑ Stress test

- ❑ Pad test o test del pannolino

STRESS TEST:

è uno dei metodi più semplici per dimostrare la fuga di urina e consiste nel riempire la vescica con catetere con una quantità predeterminata di liquido proponibile in 300 ml.

Rimosso il catetere, la pzt viene invitata a tossire e a eseguire la manovra di Valsalva.

SWAB TEST: con il cotton fioc si evidenziano e focalizzano eventuali punti dolorosi del vestibolo vulvare attraverso una leggera pressione. Convenzionalmente il dolore viene testato a ore 1, 4, 6, 7 e 11 e quantificato con la Scala di Likert (medio, moderato, severo) o con la VAS



- dolore acuto al tentativo di penetrazione
- dolorabilità alla pressione del vestibolo
- eritema del vestibolo = è probabile si tratti di una vestibolite vulvare.

Q TIP-TEST

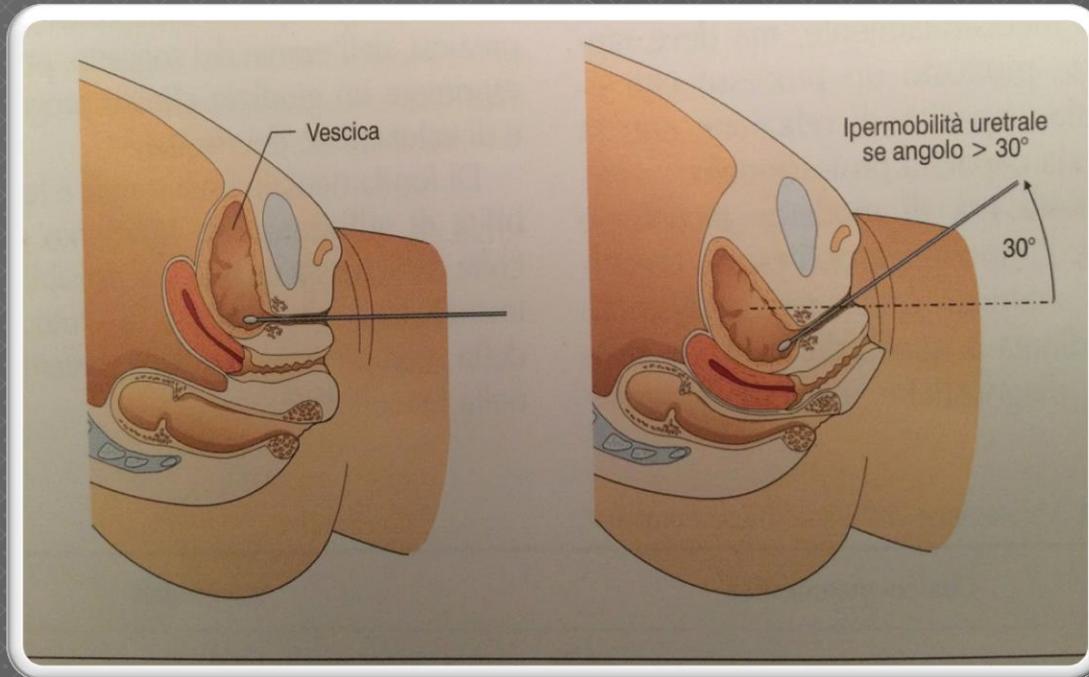
E' considerato un utile strumento diagnostico;

E' un test di valutazione complementare agli altri test clinici;

Non consente di porre diagnosi di stress incontinence e non pare fornire ulteriori informazioni rispetto all'anamnesi e all'esame obiettivo;

L'opportunità di eseguirlo routinariamente durante l'iter diagnostico è molto dubbia (Cardozo);

Esso può essere utilizzato come test negativo, per indicare la necessità di ulteriori approfondimenti nelle pazienti che si ritengono affette da stress incontinence e che risultano prive di ipermobilità uretrale (angolo da sforzo $< +30^\circ$ rispetto alla linea orizzontale).



PAD TEST

Consente di quantificare le perdite urinarie.

Esistono vari metodi di esecuzione, distinguibili in base alla durata dell'esame (1 ora, 2 ore, 1 giorno o 2 giorni);

Le cause di errore che diminuiscono la riproducibilità del test sono rappresentate dall'imprecisione della bilancia, dall'eccessiva traspirazione, dalla presenza di perdite vaginali e dal grado di riempimento vescicale.

VALUTAZIONE DEL COMPARTO POSTERIORE

Valutazione manuale:

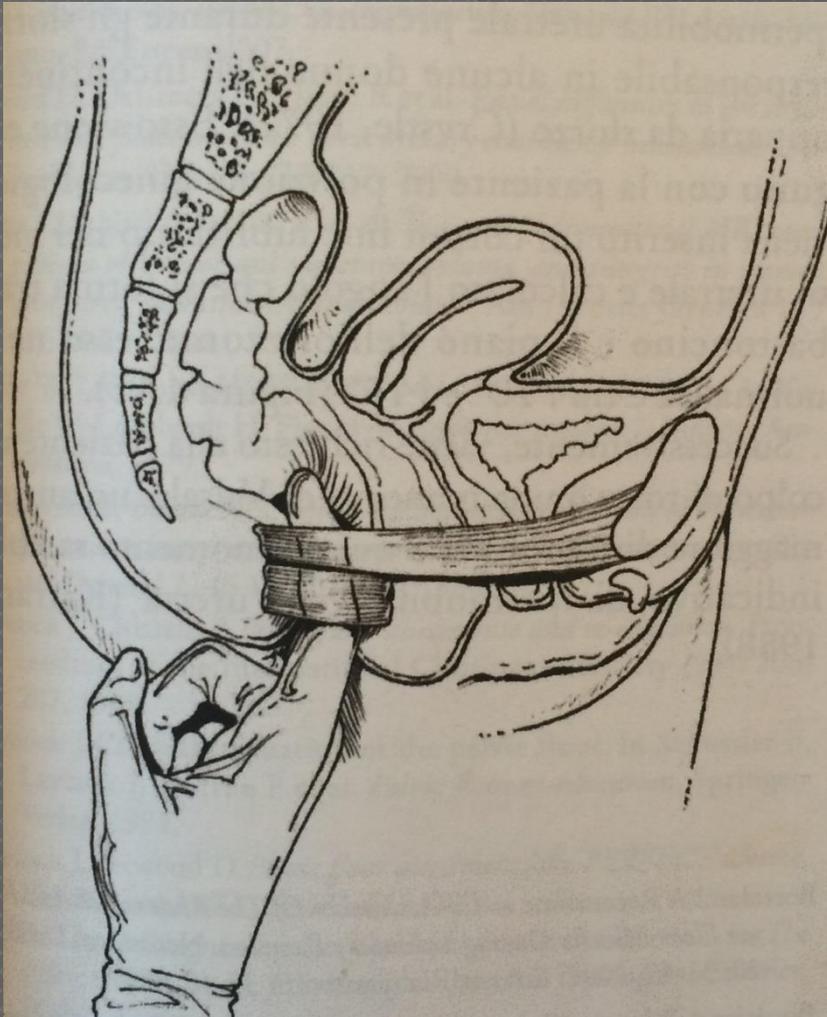
- SAE
- Pubo-rettale

In caso di :

- Disfunzioni ano-rettali (incontinenza e/o
- Urgenza fecale, stipsi, dolore ano-rettale)

Posizione:

- Pzt in decubito laterale:
- Trofismo
- Tono
- Contrazione e rilassamento volontari
- Forza
- Endurance
- Dissinergie



VALUTAZIONE DELLA COMPONENTE FASICA:

Associazione interdisciplinare piemontese per lo studio e il trattamento delle disfunzioni autonome (AIPDA 2007)⁹⁸

- 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

Minaire e Blanchon 1986⁹⁹

- 0 Assenza di contrazione
- 1 Accenno di contrazione (vibrazione)
- 2 Contrazione indubbia, ma debole (senza possibilità di influenzare la statica pelvica)
- 3 Contrazione valida, contrastata da moderata resistenza
- 4 Contrazione forte, contrastata da forte resistenza
- 5 Contrazione assai potente, resistente a opposizione massimale, tale da influenzare sensibilmente la statica pelvica

Laycock 1994¹⁰⁰

- 0 Contrazione assente
- 1 Contrazione appena accennata
- 2 Contrazione debole
- 3 Contrazione media: lieve risalita del dito dell'esaminatore; non è presente resistenza
- 4 Contrazione forte: sufficiente a elevare il dito dell'esaminatore contro leggera resistenza
- 5 Contrazione molto forte; sufficiente a elevare il dito dell'esaminatore contro forte resistenza

Artibani et al. 1996¹⁰¹

- 0 Nessuna contrazione percettibile
- 1 Contrazione appena accennata o comunque debolissima
- 2 Contrazione moderata (> 1 ma < 3)
- 3 Contrazione buona o forte

VALUTAZIONE DELLA COMPONENTE TONICA

Incontinence, pelvic floor prolapses, general factors, handicap – IPGH (Artibani et al. 1996)¹⁰¹

- E1 (valutazione dell'*endurance*):
durata della contrazione massimale
 - 0 < 2 secondi
 - 1 2-5 secondi
 - 2 6-9 secondi
 - 3 > 9 secondi
- E2 (valutazione dell'affaticabilità): numero di contrazioni con forza pari al 50% della contrazione massimale con tempo di rilassamento di 10 secondi
 - 0 < 2 contrazioni
 - 1 2-5 contrazioni
 - 2 6-9 contrazioni
 - 3 > 9 contrazioni

Laycock e Jerwood¹⁰⁶

- E Durata di una contrazione volontaria massimale (secondi)
- R Numero di contrazioni massimali mantenute per 5 secondi (con pause di 4 secondi)
- F Numero di contrazioni massimali rapide (contrazioni della durata di 1 secondo ciascuna)

Associazione interdisciplinare piemontese per lo studio e il trattamento delle disfunzioni autonome (AIPDA 2007)^{98*}

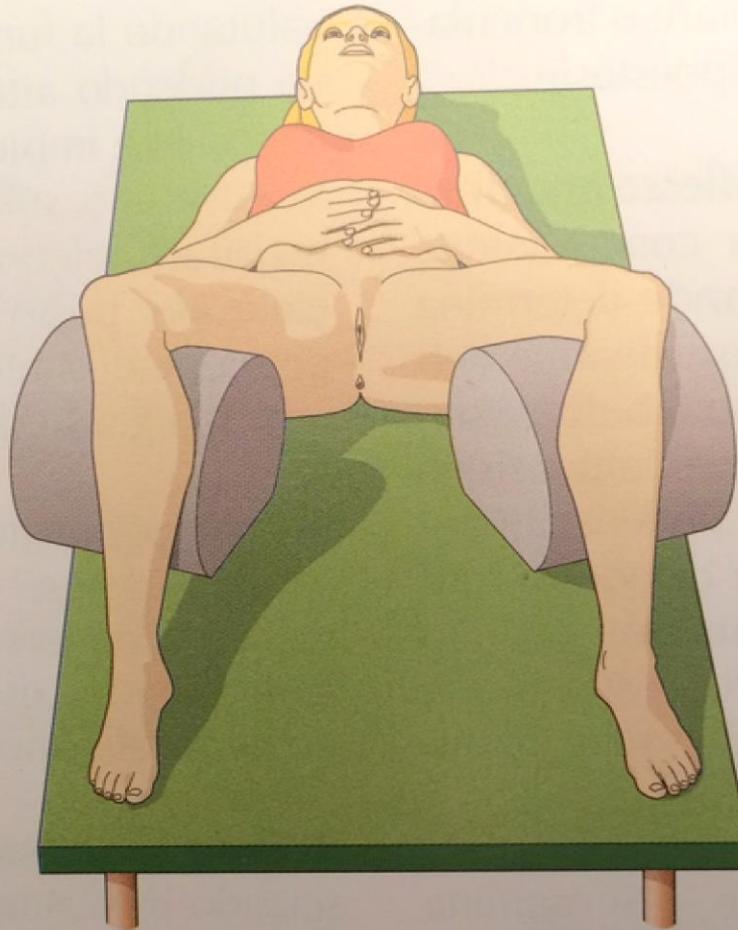
- A Durata della contrazione < 5 secondi
- B Durata della contrazione tra 5 e 10 secondi
- C Durata della contrazione > 10 secondi

ESAME IN PRATICA

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

1- ISPEZIONE

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



a

2 - ISPEZIONE ALLA CONTRAZIONE

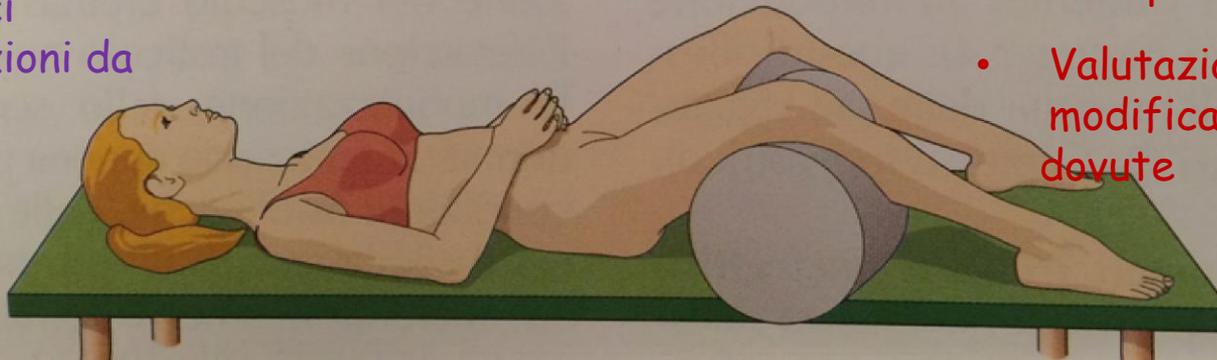
- Richiesta di contrazione
- Richiesta di rilassamento
- Inversione di comando
- Addominali, glutei e adduttori
- Pattern respiratorio
- Bombement addominale

3 - ISPEZIONE AL COLPO DI TOSSE

- Protrusione dell'addome
- Protrusione del pavimento pelvico

ISPEZIONE in posizione eretta

- Valutazione delle modificazioni dovute all'ortostatismo



4 -PALPAZIONE A RIPOSO

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

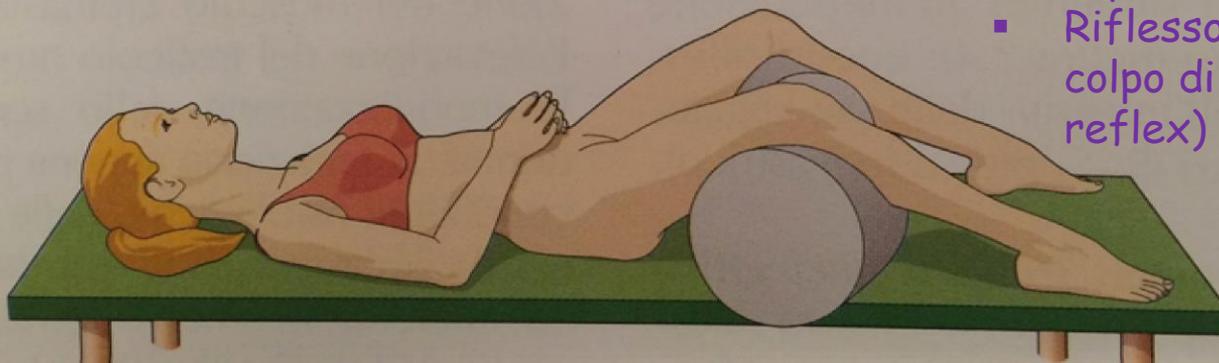


5 - PALPAZIONE ALLA CONTRAZIONE

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

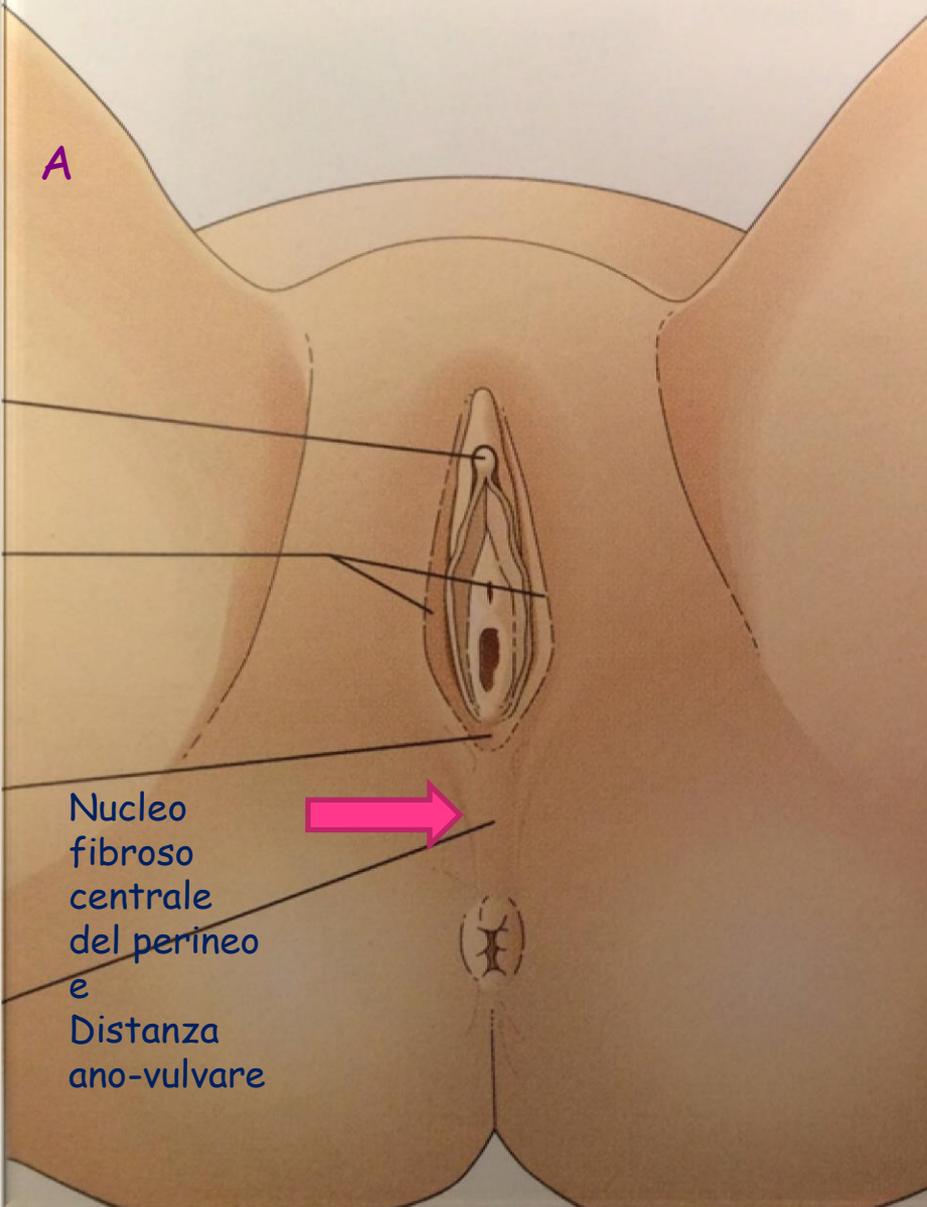
6 - VALUTAZIONE NEUROLOGICA

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



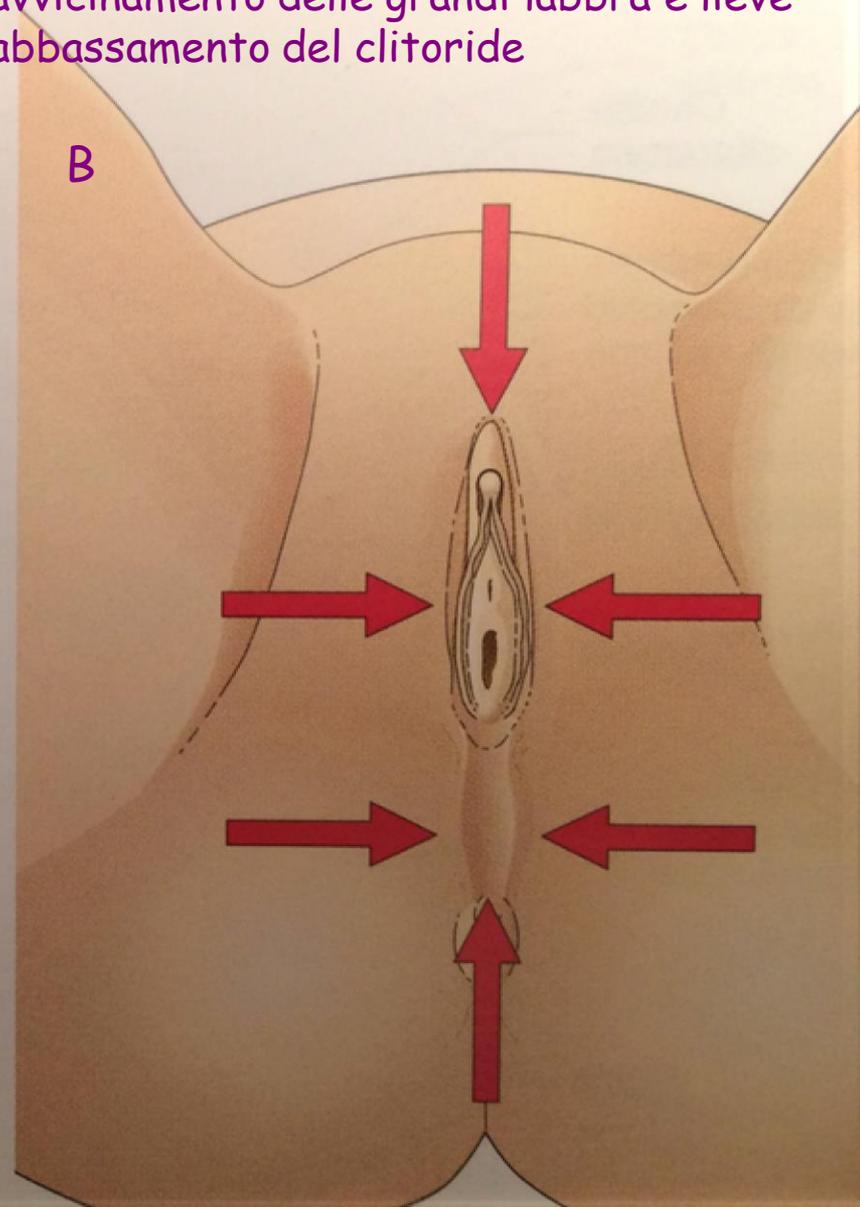
Reclutamento volontario della muscolatura del p.p.con introflessione del n.f.c., avvicinamento delle grandi labbra e lieve abbassamento del clitoride

A



Nucleo fibroso centrale del perineo e Distanza ano-vulvare

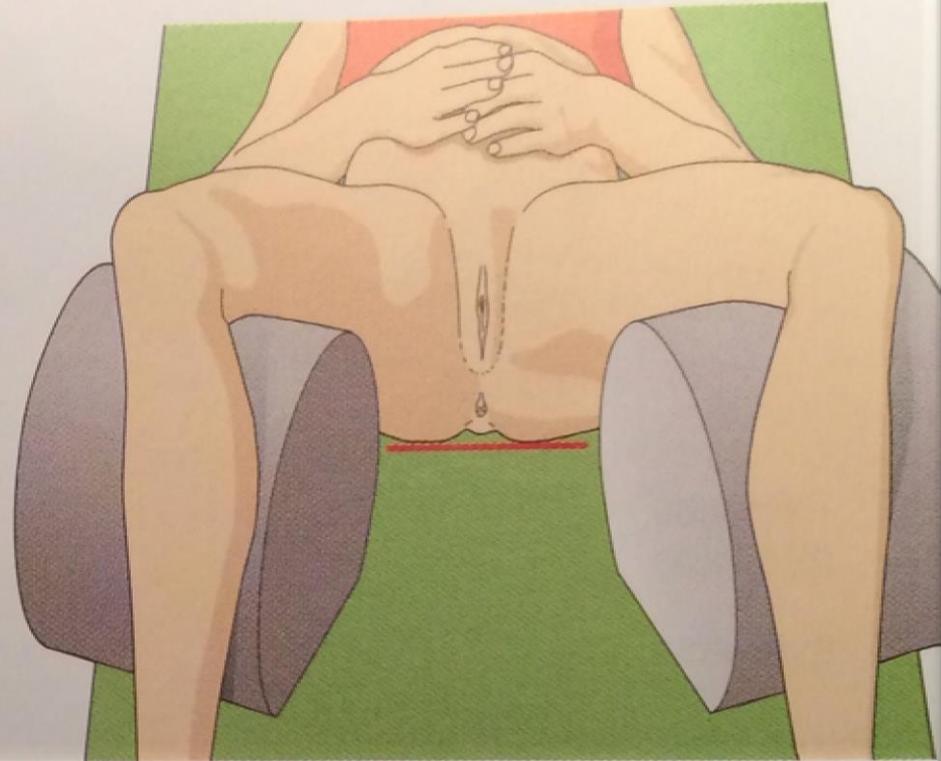
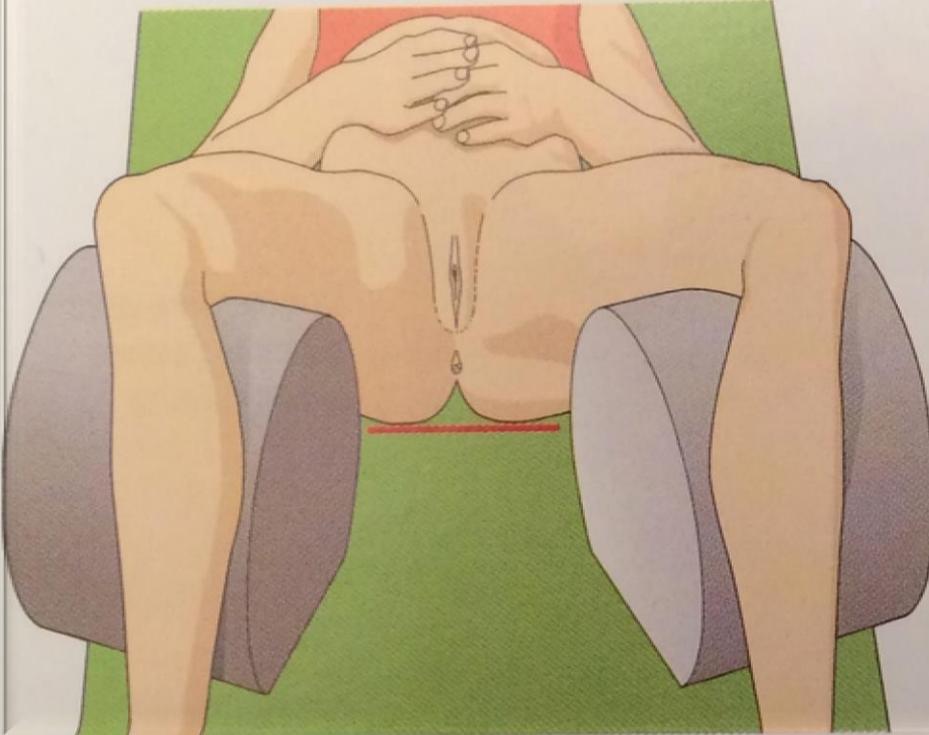
B



VALUTAZIONE DEL TONO DEL NUCLEO FIBROSO CENTRALE DEL PERINEO

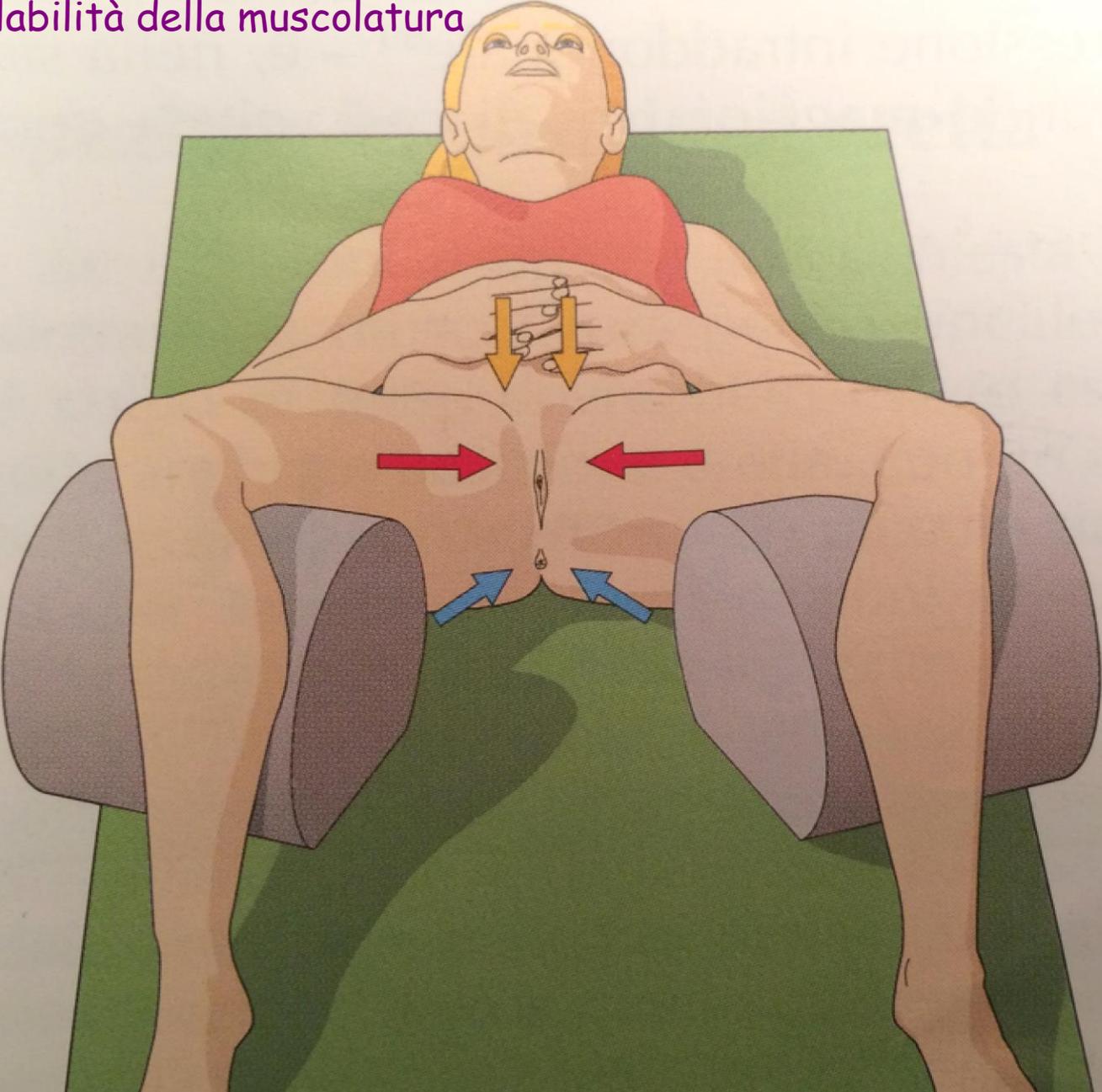
A Tono normale

B Discesa del pavimento pelvico



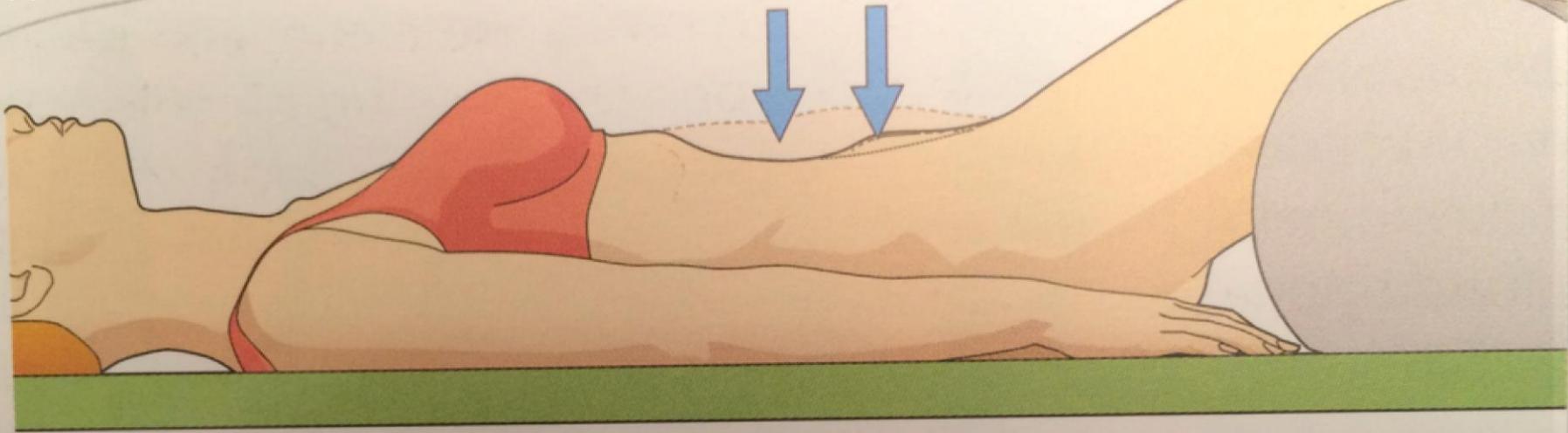
B - discesa del p.p., con avvicinamento del nucleo fibroso centrale alla linea che unisce le 2 spine ischiatiche= ipotonia

Isolabilità della muscolatura



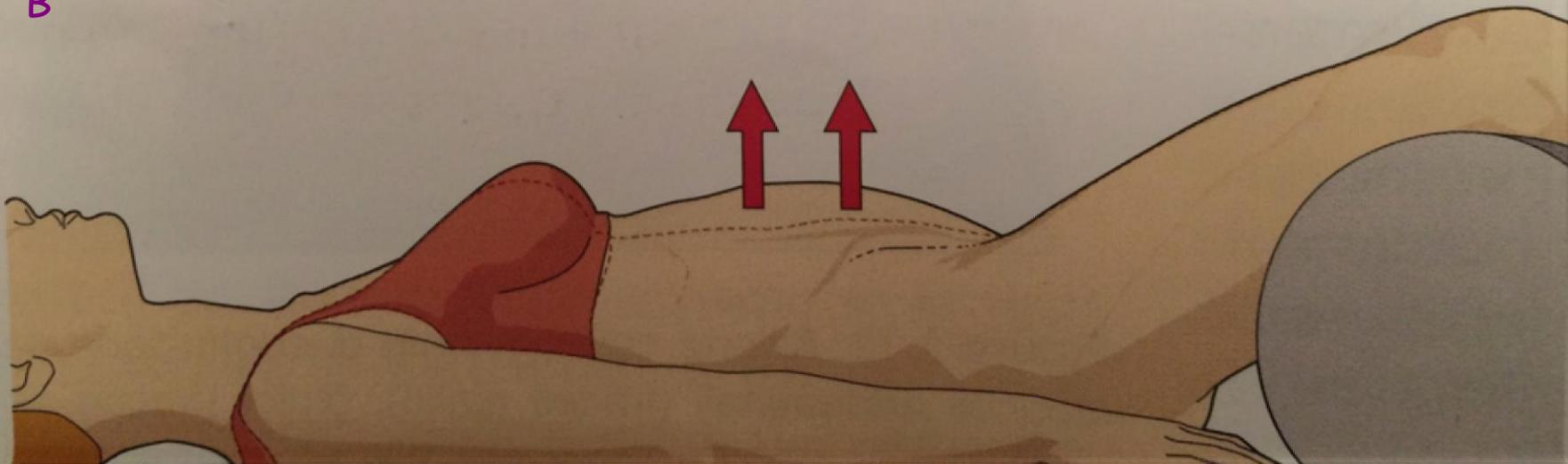
Ispezione al colpo di tosse

A

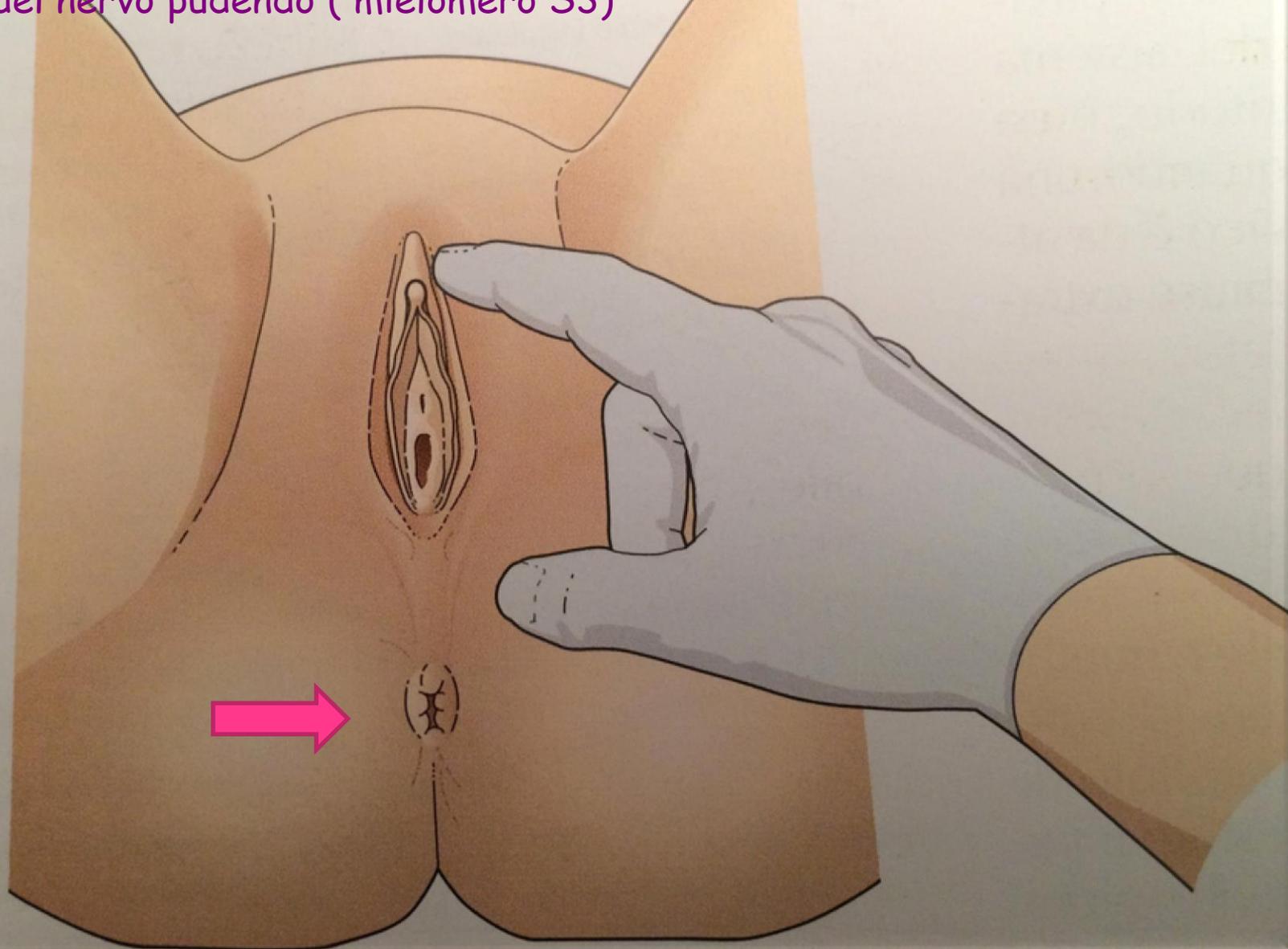


Bombement addominale

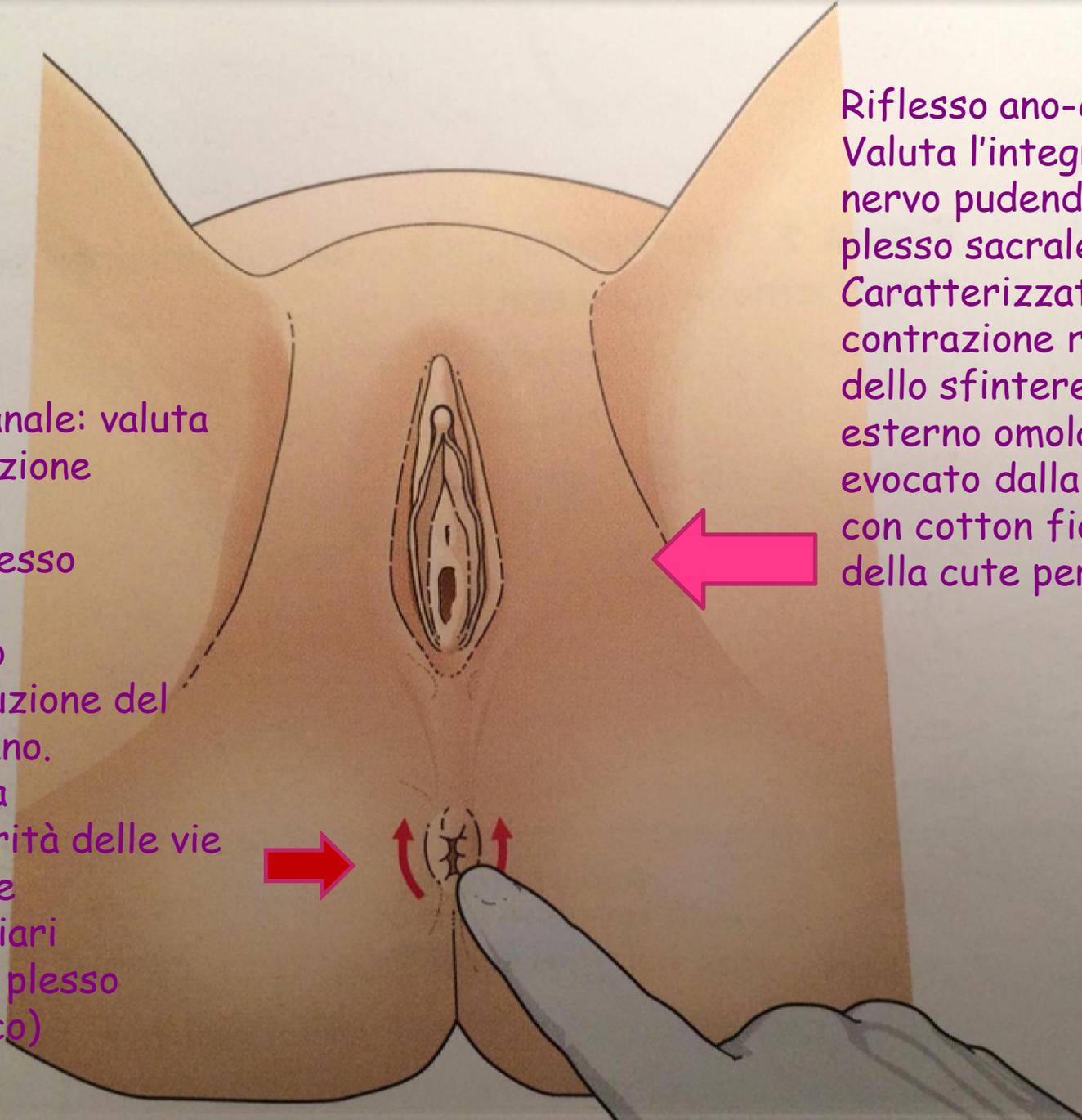
B



Riflesso clitorideo: la lieve compressione del clitoride det. una contrazione visibile e/o palpabile dello sfintere anale attraverso l'attivazione dell'arco riflesso del nervo pudendo (mielomero S3)



Riflesso anale: valuta
La contrazione
riflessa
del complesso
muscolo
sfinterico
all'introduzione del
dito nell'ano.
Necessita
dell'integrità delle vie
vegetative
postgangliari
(S2 - S3 plesso
ipogastrico)



Riflesso ano-cutaneo:
Valuta l'integrità del
nervo pudendo e del
plesso sacrale (S4).
Caratterizzato dalla
contrazione riflessa
dello sfintere anale
esterno omolaterale,
evocato dalla stimolazione
con cotton fioc o dito
della cute perieanale.

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

Grazie per l'attenzione!



*Mirella Tess
Uroriabilitatrice*