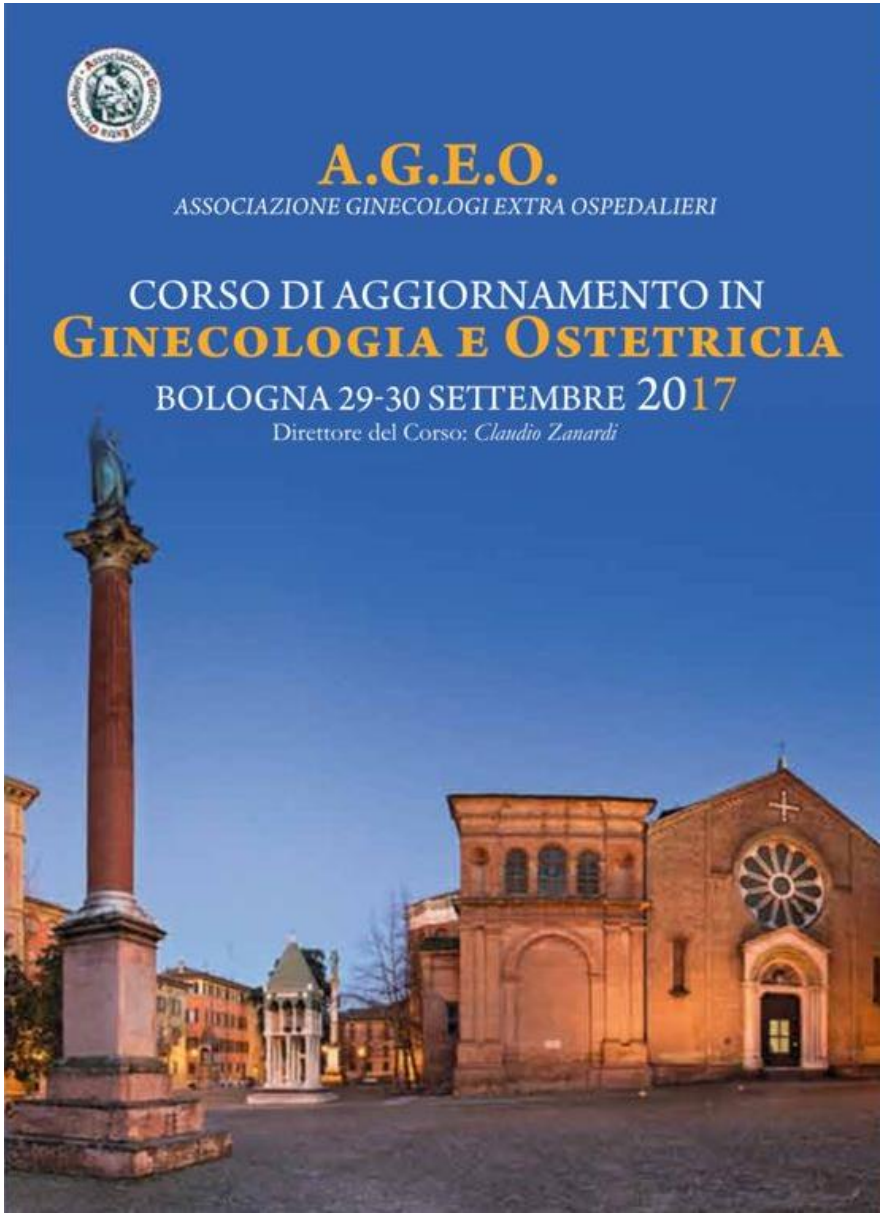
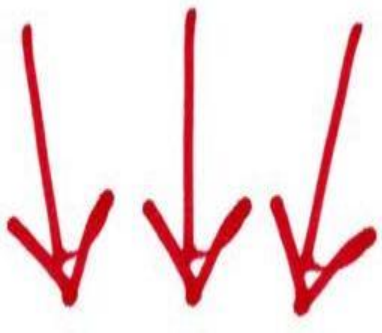


Bologna, 30 settembre 2017

LA RIEDUCAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO

Dott.ssa ANTONELLA CAVALIERI
Ostetrica



La RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO

fa parte di quel settore della MEDICINA RIABILITATIVA

che si occupa della **VALUTAZIONE** e del TRATTAMENTO CONSERVATIVO

delle DISFUNZIONI DELL'AREA PELVI-PERINEALE

di natura UROLOGICA, GINECOLOGICA, SESSUALE, COLONPROCTOLOGICA

...

Gestione Iniziale dell'Incontinenza Urinaria nella Donna

Anamnesi

Incontinenza da Sforzo | Incontinenza di tipo Misto | Incontinenza con Urgenza e/o Frequenza

Incontinenza "Complicata"
- Recidiva
- Associata a:
  - Dolore
  - Ematuria
  - Infezioni ricorrenti
  - Sintomi di svuotamento
  - Radioterapia pelvica
  - Chirurgia pelvica radicale
  - Sospetta Fistola

Valutazione clinica
- Valutazione generale
- Valutazione dei sintomi urinari (con diario minzionale e questionari)
- Valutare qualità di vita e desiderio di terapia
- Esame obiettivo: addominale, pelvico e perineale
- Stress test per dimostrare l'incontinenza da Sforzo (quando appropriato)
- Es. urine ± urinocoltura: se infezione, trattare e rivalutare se appropriato
- Valutazione dello stato estrogenico (se distrofia trattare)
- Valutare la contrazione volontaria della muscolatura pelvica
- Valutare il residuo post-minzionale

Se si trovano altre anomalie come:
- Residuo post-minzionale significativo
- Prolasso
- Masse pelviche

Diagnosi presunta

Incontinenza da Sforzo da presunto deficit sfinterico | Incontinenza Mista (trattare il sintomo più disturbante) | Incontinenza da Urgenza da presunta iperattività detrusoriale

Trattamento
- Intervento sugli stili di vita
- Esercizi del pavimento pelvico per incontinenza da Sforzo o vescica iperattiva
- Rieducazione vescicale per vescica iperattiva
- **Duloxetina** (incontinenza da Sforzo) **o antimuscarinici** (vescica iperattiva ± incontinenza da Urgenza)

- Altre terapie quali la stimolazione elettrica funzionale
- Device vaginali, inserti uretrali

Se fallimento

Gestione Specialistica

LA CARTELLA RIABILITATIVA

STRUMENTO DI LAVORO CHE PERMETTE LA RACCOLTA DELL'ANAMNESI, DELL'OBIETTIVITÀ CLINICA E STRUMENTALE, DELLA TERAPIA PRATICATA AI PAZIENTI E DEI RELATIVI RISULTATI, CON POSSIBILITÀ DI ELABORAZIONE DI UNA RELAZIONE CLINICA E DI EFFETTUARE ANALISI STATISTICHE E STUDI CLINICI.

VALUTAZIONE FUNZIONALE DEL PAVIMENTO PELVICO

- **Anamnesi accurata**
- **Ispezione /palpazione**
- **Esame neurologico**
- **Esame muscolare**
- **Valutazione della statica pelvica (prolasso)**
- **(Pad test)**
- **Valutazione frequenza / entità delle perdite/ evacuazione (score-diari)**

VALUTAZIONE FUNZIONALE DEL PAVIMENTO PELVICO

- **Anamnesi accurata**
- **Ispezione /palpazione**
- **Esame neurologico**
- **Esame muscolare**
- **Valutazione della statica pelvica (prolasso)**
- **(Pad test)**
- **Valutazione frequenza / entità delle perdite/ evacuazione (score-diari)**

Anamnesi accurata

- **Anamnesi generale**
- **Anamnesi ginecologica**
- **Anamnesi minzionale**
- **Anamnesi intestinale**
- **Anamnesi sessuale**

Anamnesi accurata

- *Anamnesi generale*

- **Anamnesi ginecologica**
- **Anamnesi minzionale**
- **Anamnesi intestinale**
- **Anamnesi sessuale**

Anamnesi generale

- **Pregressi interventi o traumi**
- **Patologie uro-ginecologiche**
- **Patologie intestinali**
- **Farmaci**
- **Peso, età, abitudini alimentari**
- **Introduzione di liquidi**

Anamnesi accurata

- **Anamnesi generale**
- ***Anamnesi ginecologica***
- **Anamnesi minzionale**
- **Anamnesi intestinale**
- **Anamnesi sessuale**

Anamnesi ginecologica

- **Numero ed epoca dei parti**
- **Modalità, episiotomia e lacerazioni**
- **Peso del figlio più grosso**
- **Perdite urinarie pre o post parto**
- **Eventuale menopausa e modalità**

Anamnesi accurata

- **Anamnesi generale**
- **Anamnesi ginecologica**
- ***Anamnesi minzionale***
- **Anamnesi intestinale**
- **Anamnesi sessuale**

Anamnesi minzionale

- **Caratteristiche e frequenza minzioni**
- **Perdite urinarie, entità e frequenza**
- **Tipo di sforzo sufficiente**
- **Sintomi da urgenza con o senza fughe**
- **Infezioni urinarie**

Anamnesi accurata

- **Anamnesi generale**
- **Anamnesi ginecologica**
- **Anamnesi minzionale**
- ***Anamnesi intestinale***
- **Anamnesi sessuale**

Anamnesi intestinale

- **dolore** (addominale, anale, rettale, sacrale...)
- **perdite anali** (ematiche, purulente…)
- **incontinenza anale**
- **prolassi**
- **altro** (prurito, flatulenza, meteorismo, tenesmo rettale …)
- **caratteristiche dell'alvo** (Wexner Score stipsi/incontinenza)
- **precedente chirurgia**

Anamnesi accurata

- **Anamnesi generale**
- **Anamnesi ginecologica**
- **Anamnesi minzionale**
- **Anamnesi intestinale**
- ***Anamnesi sessuale***

Anamnesi sessuale

- **Difficoltà/dolore alla penetrazione**
- **Dolore profondo durante il rapporto**
- **Calo del desiderio sessuale**
- **Riduzione della sensibilità vaginale**
- **Difficoltà a raggiungere l'orgasmo**
- **Eventuali episodi di incontinenza durante l'atto sessuale**

VALUTAZIONE FUNZIONALE DEL PAVIMENTO PELVICO

- **Anamnesi accurata**
- **Ispezione /palpazione**
- **Valutazione della statica pelvica (prolasso)**
- **Esame neurologico**
- **Esame muscolare**
- **(Pad test)**
- **Valutazione frequenza / entità delle perdite/ evacuazione (score-diari)**

Ispezione /palpazione

L’ispezione consente di valutare:

- **Il pavimento pelvico anteriore**
- **Il pavimento pelvico posteriore**
- **La relazione fra la respirazione e il pp**
- **La presenza di inversione del comando**

Il p. pelvico anteriore: esame vulvare-vaginale

- **colorito e trofismo dei genitali esterni**
- **eventuale presenza di beanza vaginale**
- **presenza e qualità cicatrici (esiti di episiotomia, lacerazioni, pregressa chirurgia)**
- **distanza ano-vulvare (DAV = 3 cm)**
- **valutazione della contrazione perineale al colpo di tosse (riflesso di protezione perineale) ed ev. presenza di fuga di urina**
- **ispezione alla richiesta di contrazione della muscolatura pelvi-perineale**
- **stress test/ ev pad test**

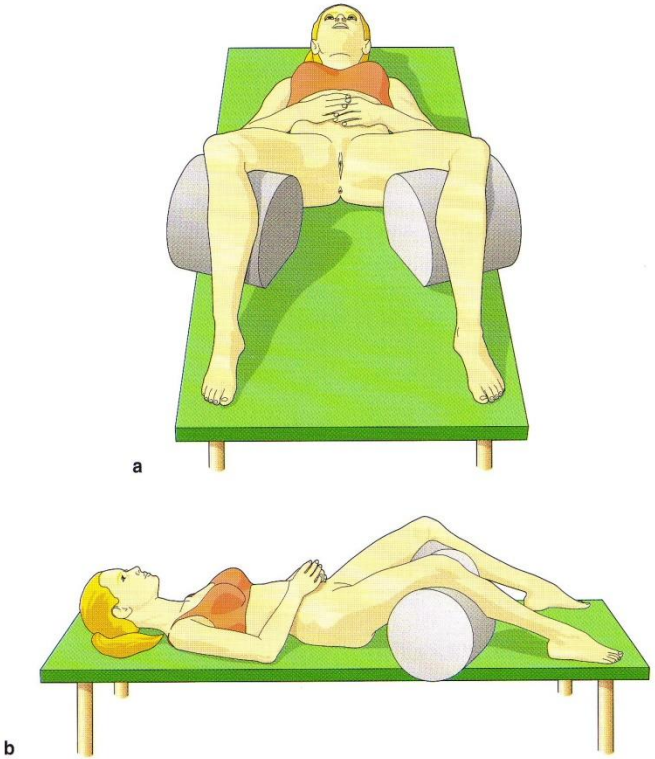


Figura 2.5 Posizione litotomica modificata. La persona è in posizione supina con anche flesse e abdotte, ginocchia flesse e appoggiate su cuscini e piedi appoggiati sul lettino. **a**, Visione frontale. **b**, Visione laterale.

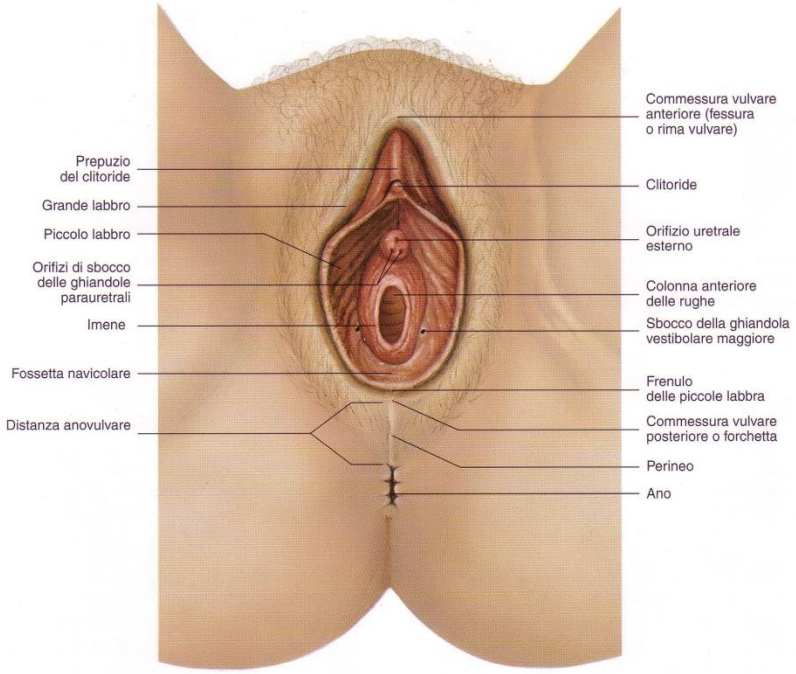


Figura 2.6 Genitali esterni di nullipara (da AA.VV. Trattato di anatomia umana, vol. 2. Milano: Edi.Ermes, 2006-2007).



Il pavimento pelvico posteriore

Innervazione

Sensibilità Rettale

Sfintere Anale Interno

Sfintere Anale Esterno

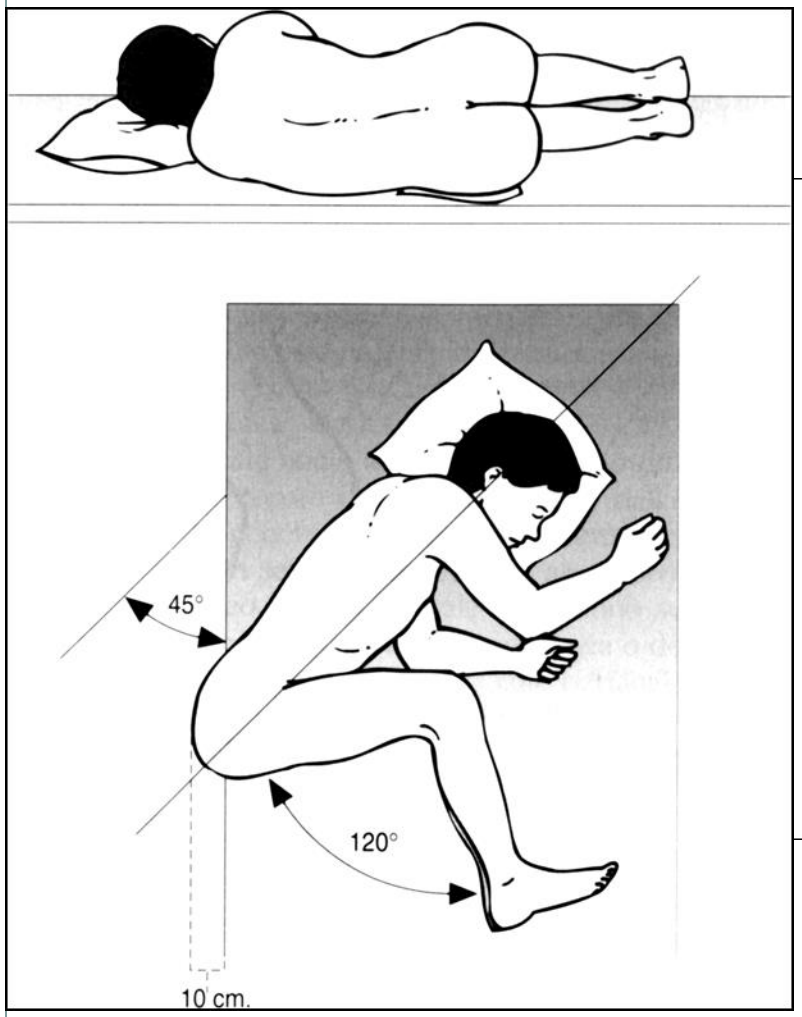
Peristalsi Intestinale

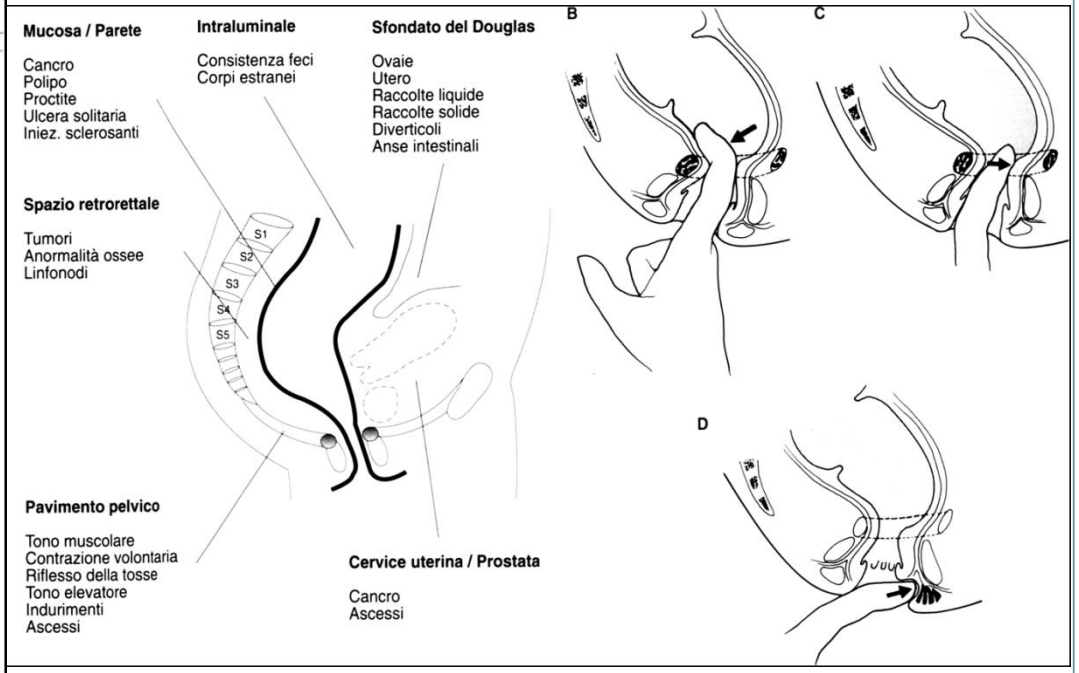
CONTINENZA

Angolo Ano-Rettale

Contenuto Rettale

Compliance Rettale


45°
120°
10 cm.


Mucosa / Parete
Cancro
Polipo
Proctite
Ulcera solitaria
Iniez. sclerosanti
Intraluminale
Consistenza feci
Corpi estranei
Sfondato del Douglas
Ovaie
Utero
Raccolte liquide
Raccolte solide
Diverticoli
Anse intestinali
Spazio retrorettale
Tumori
Anormalità ossee
Linfonodi
S1
S2
S3
S4
S5
Pavimento pelvico
Tono muscolare
Contrazione volontaria
Riflesso della tosse
Tono elevatore
Indurimenti
Ascessi
Cervice uterina / Prostata
Cancro
Ascessi
B
C
D

Pattern respiratorio e contrazione al colpo di tosse

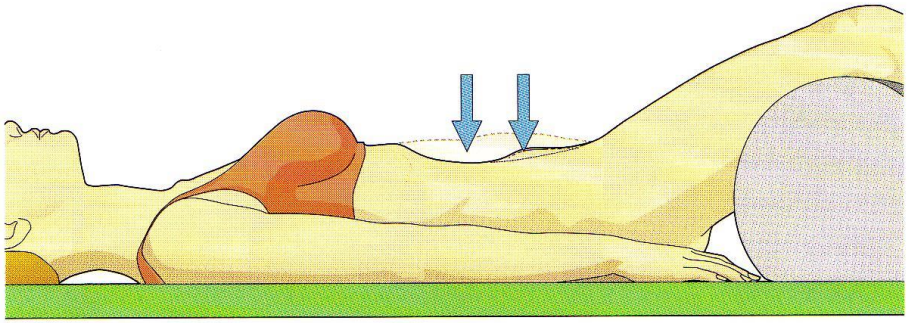


Figura 2.13 Grado normale d'introflessione della parete addominale durante il colpo di tosse.

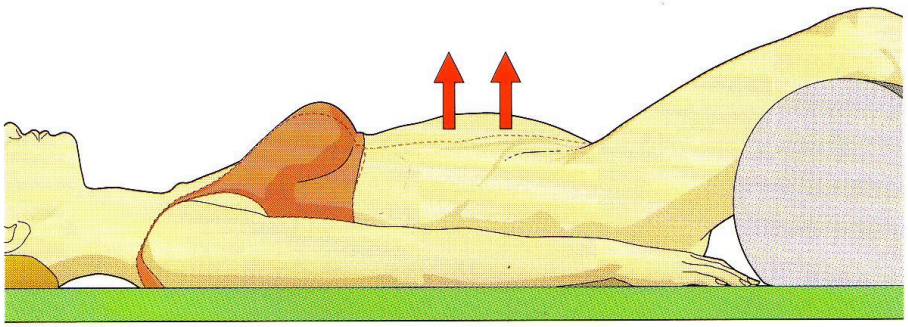


Figura 2.14 Protrusione della parete addominale (*ballonement*) durante il colpo di tosse.

Pattern respiratorio

15 atti/min - 21.600 atti/giorno

- Respirazione

Addominale/Diaframmatica

- Respirazione Toracica
- Respirazione Clavicolare

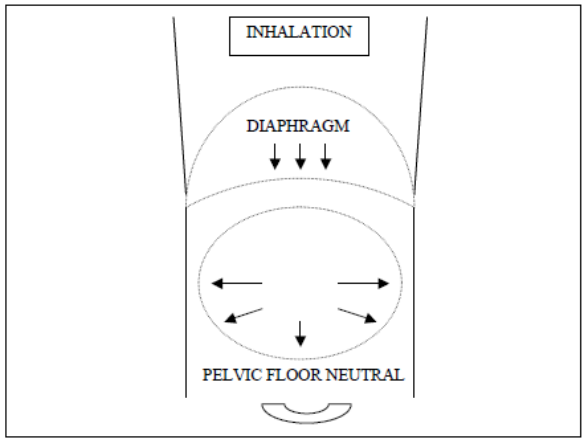


Figure 2. Inhalation. The abdominal wall distends while the pelvic floor relaxes.

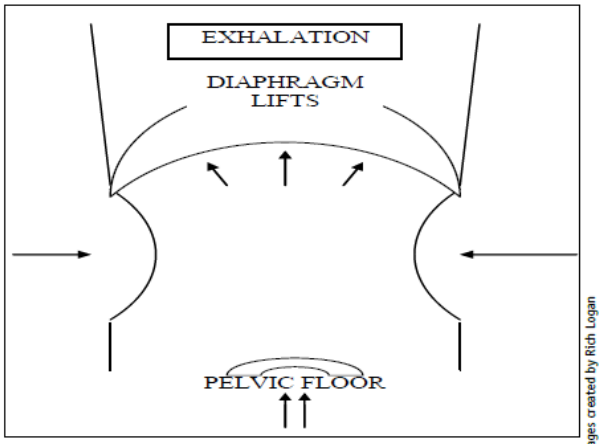


Figure 3. Exhalation. The walls of the abdomen draw in while the pelvic floor lifts.

VALUTAZIONE FUNZIONALE DEL PAVIMENTO PELVICO

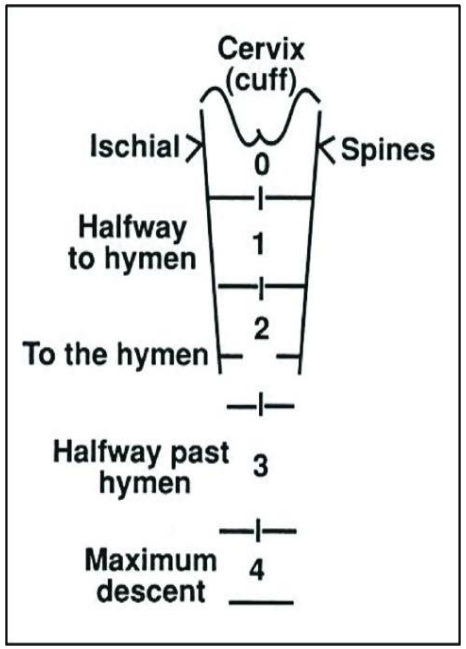
- **Anamnesi accurata**
- **Ispezione /palpazione**
- **Valutazione della statica pelvica**
- **Esame neurologico**
- **Esame muscolare**
- **(Pad test)**
- **Valutazione frequenza / entità delle perdite/ evacuazione (score-diari)**

Valutazione della statica pelvica

HalfWay System secondo Baden-Walker.

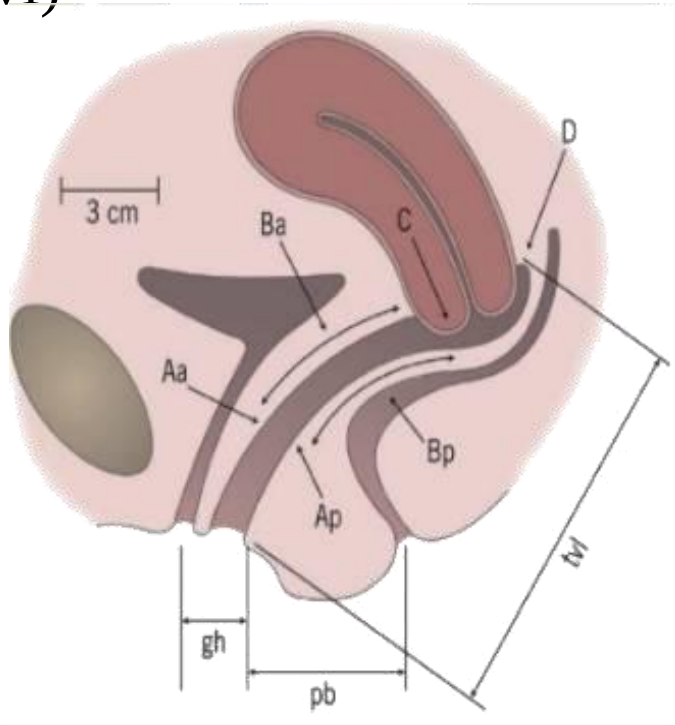
La graduazione del prolasso degli organi pelvici viene effettuata in rapporto a due punti fissi rappresentati dalle spine ischiatiche e dall'imene e suddivisa in 4 categorie:

GRADO O Non descensus
GRADO I Descensus a metà strada tra le spine ischiatiche e l'imene
GRADO II Descensus a livello dell'imene
GRADO III Descensus a metà strada oltre l'imene
GRADO IV Descensus completo oltre l'imene



Valutazione della statica pelvica

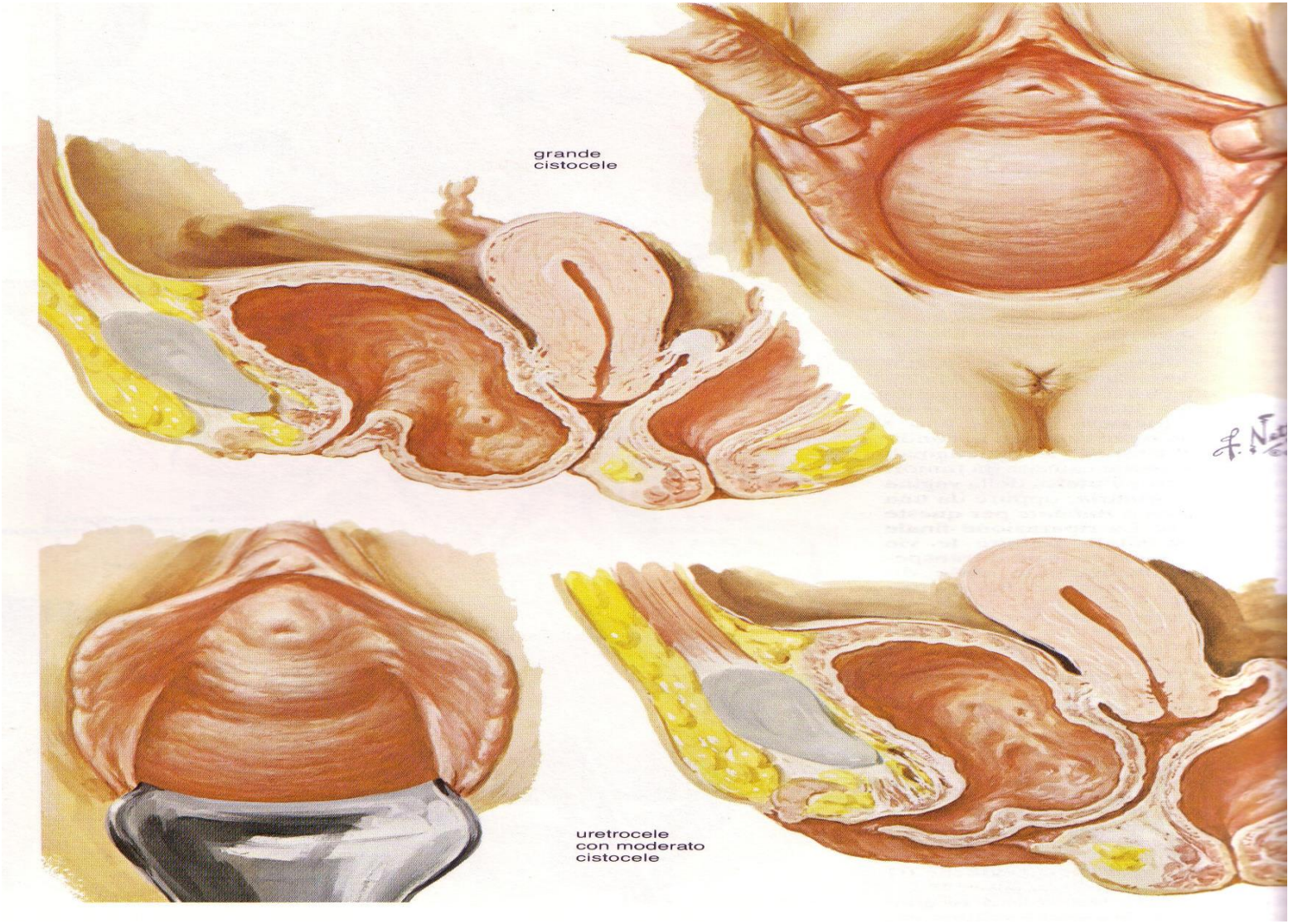
POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification system) 1996
Misurazione complessa dei 9 elementi (Aa, Ba, C, Ap, Bp, D, gh, pb e tvl)

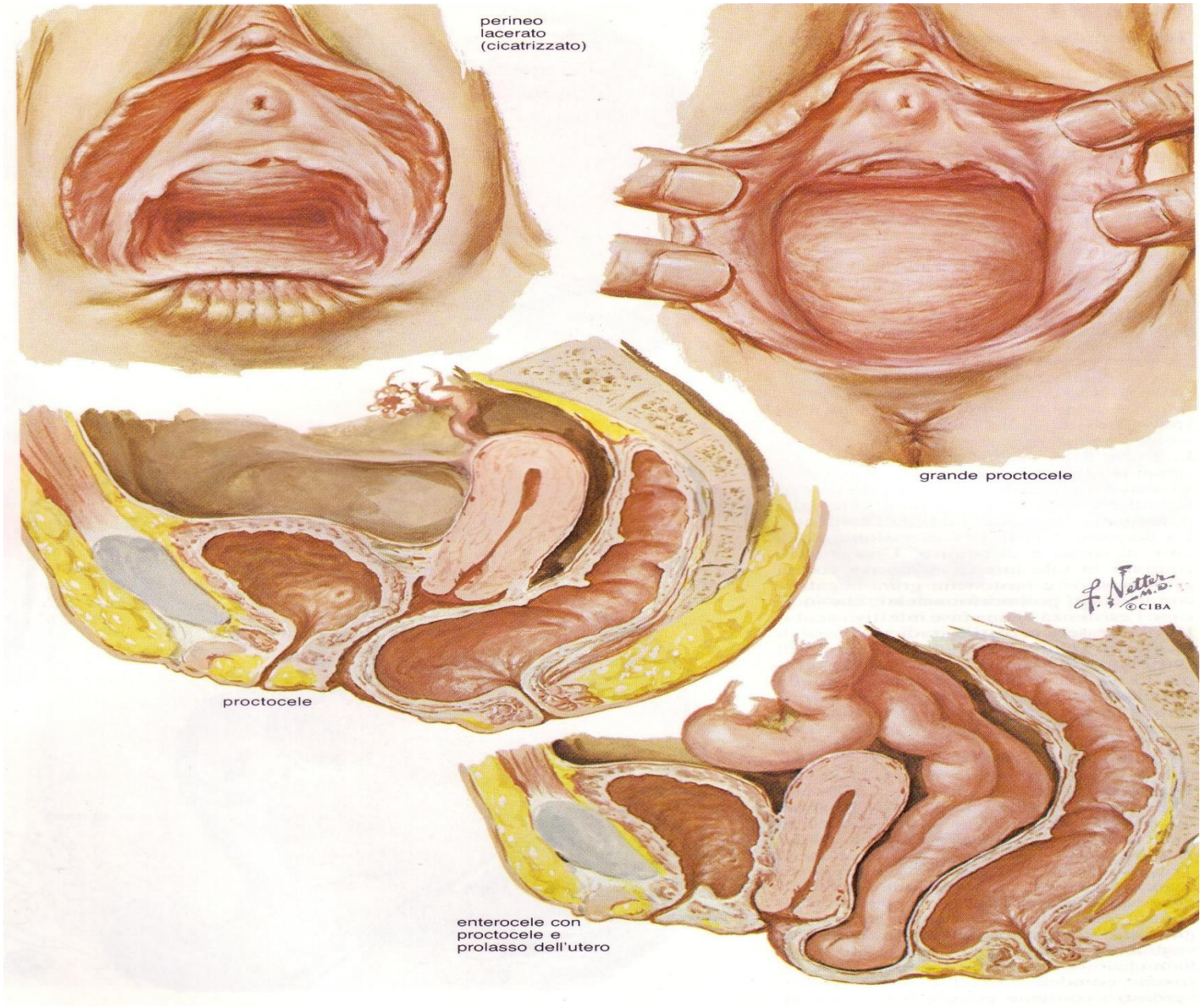


Point	Description	Range of values
Aa	Anterior vaginal wall 3 cm proximal to the hymen	–3 cm to +3 cm
Ba	Most distal position of remaining upper anterior vaginal wall	–3 cm to +tvl
C	Most distal edge of cervix or vaginal cuff scar	–
D	Posterior fornix (N/A if post-hysterectomy)	–
Ap	Posterior vaginal wall 3 cm proximal to the hymen	–3 cm to +3 cm
Bp	Most distal position of remaining upper posterior vaginal wall	–3 cm to +tvl
gh (genital hiatus)	Measured from middle of external urethral meatus to posterior midline hymen	–
pb (perineal body)	Measured from posterior margin of gh to middle of anal opening	–
tvl (total vaginal length)	Depth of vagina when point D or C is reduced to normal position	–

Valutazione della statica pelvica

- Cistocele/Uretrocele (colpocele anteriore)
- Isterocele (isteroptosi)
- Colpocele posteriore
- Ipermobilità uretrale
- Rettocele
- Grado (I,II,III,IV)


grande
cistocele
uretrocele
con moderato
cistocele


perineo
lacerato
(cicatrizzato)
grande proctocele
proctocele
enterocele con
proctocele e
prolasso dell'utero
F. Netter M.D.
©CIBA

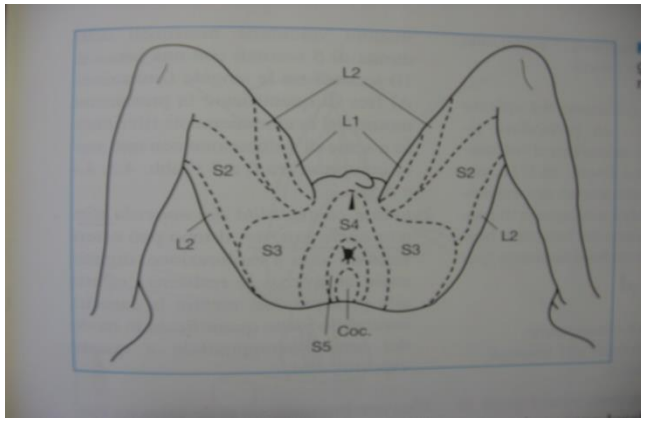
VALUTAZIONE FUNZIONALE DEL PAVIMENTO PELVICO

- **Anamnesi accurata**
- **Ispezione /palpazione**
- **Valutazione della statica pelvica**
- **Esame neurologico**
- **Esame muscolare**
- **(Pad test)**
- **Valutazione frequenza / entità delle perdite/ evacuazione (score-diari)**

Esame neurologico

Riflessi

- anoclitorideo (S3 pudendo)
- cutaneo-anale (S4)
- sfintere anale (S2-S3)
- al colpo di tosse (D8-D12)
- cremasterico (L1-L2)



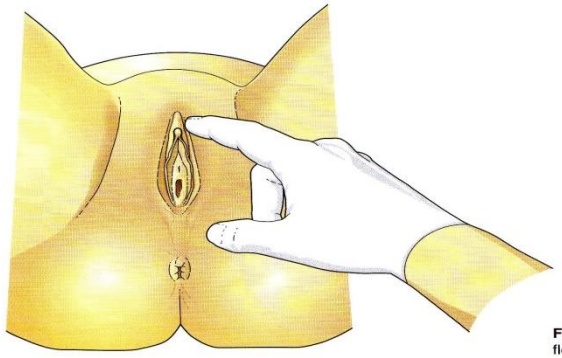


Figura 2.3 Valutazione del riflesso anoclitorideo.

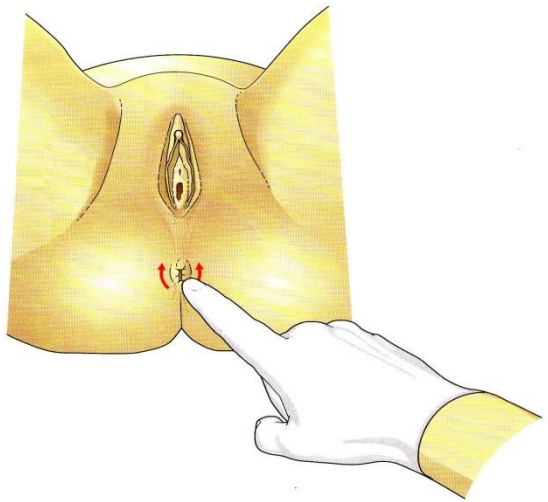
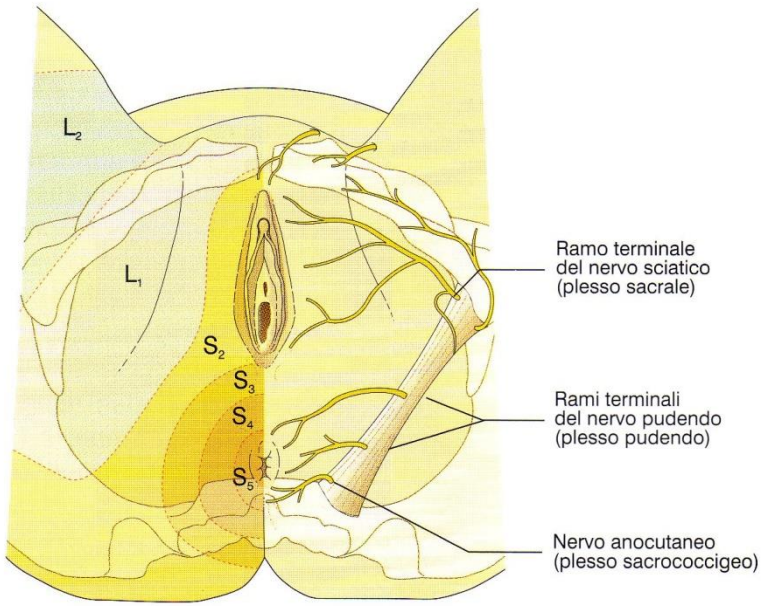


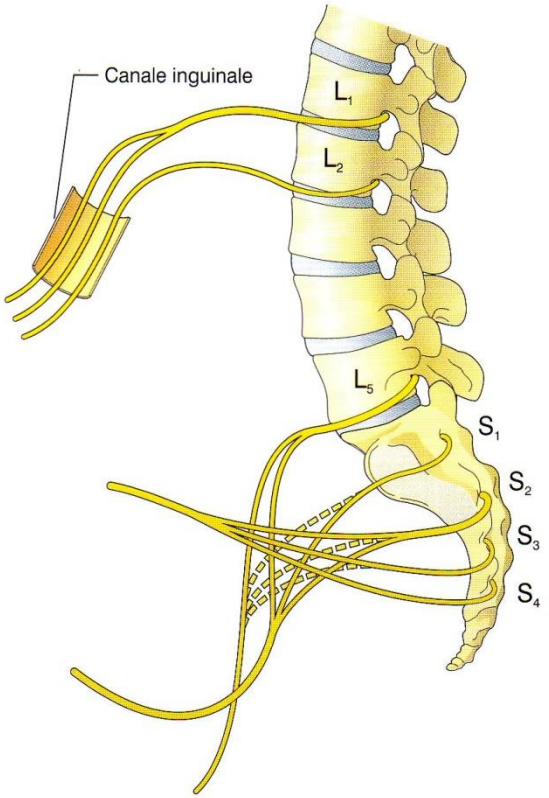
Figura 2.4 Valutazione del riflesso anale. Le frecce indicano la direzione dello sfioramento cutaneo che provoca il riflesso.

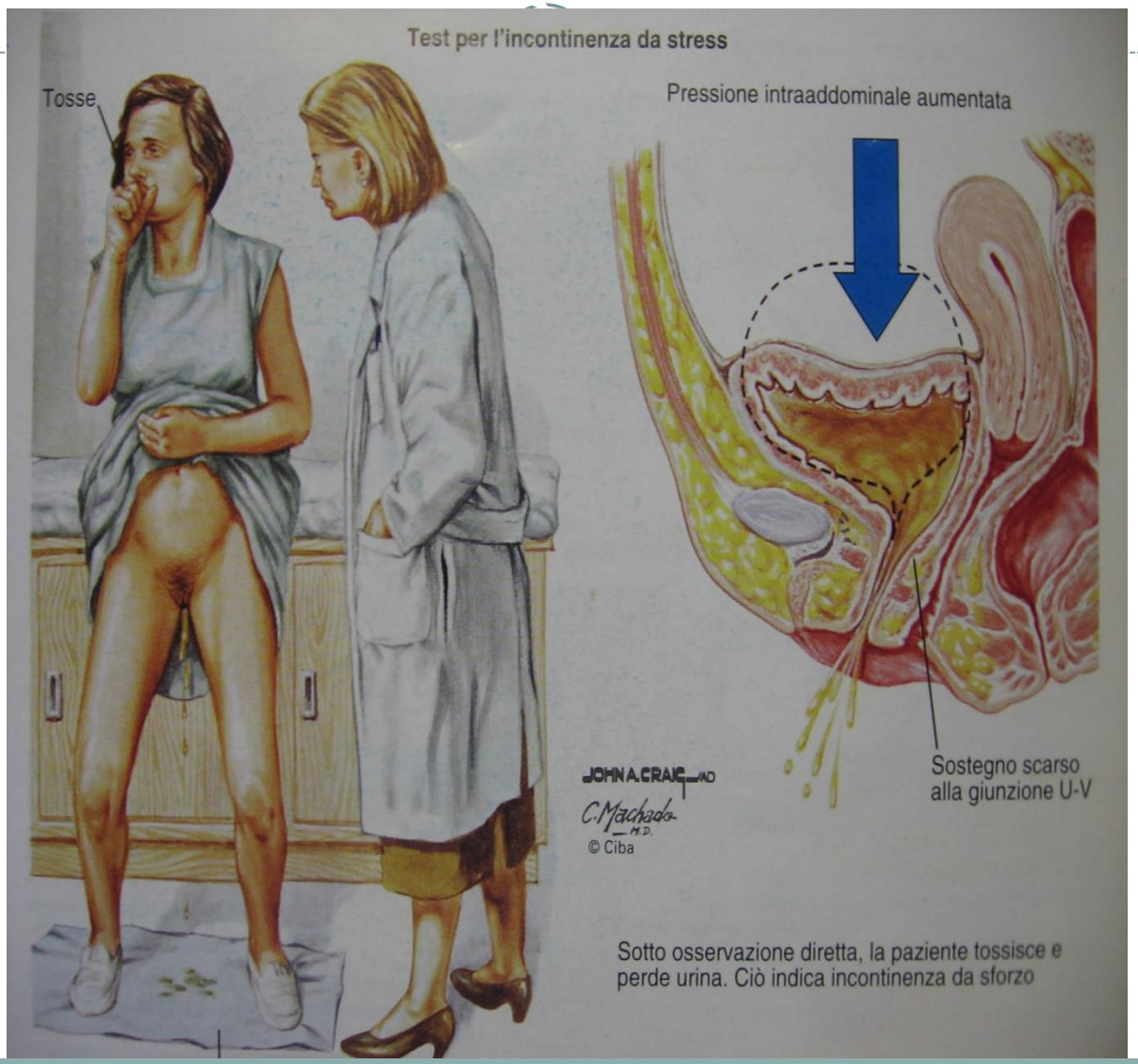
Esame neurologico

Sensibilità

tattile, dolorifica, profonda






Test per l'incontinenza da stress
Tosse
Pressione intraaddominale aumentata
Sostegno scarso alla giunzione U-V
JOHN A. CRAIG M.D.
C. Machado M.D.
© Ciba
Sotto osservazione diretta, la paziente tossisce e perde urina. Ciò indica incontinenza da sforzo

VALUTAZIONE FUNZIONALE DEL PAVIMENTO PELVICO

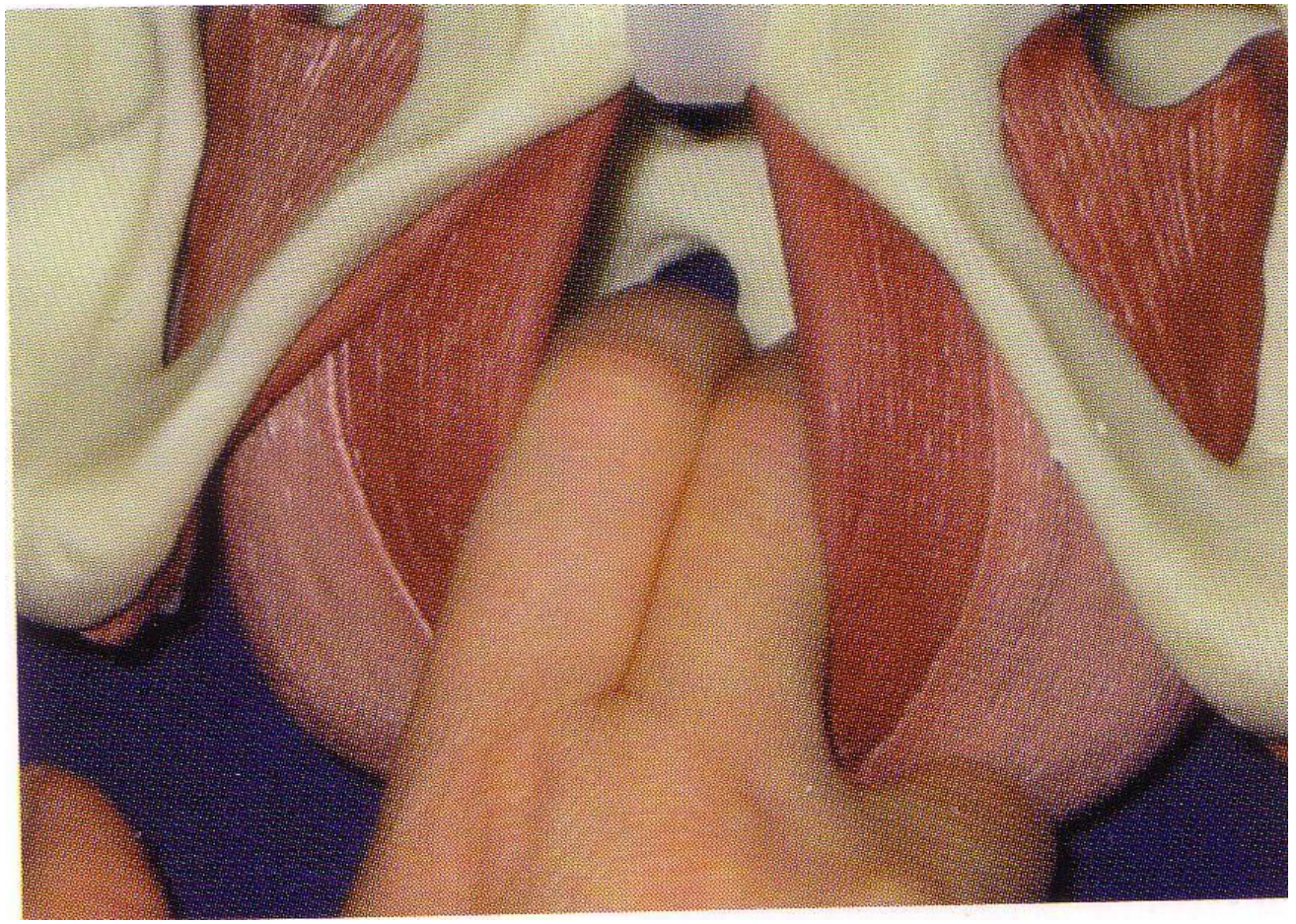
- **Anamnesi accurata**
- **Ispezione /palpazione**
- **Valutazione della statica pelvica**
- **Esame neurologico**
- **Esame muscolare**
- **(Pad test)**
- **Valutazione frequenza / entità delle perdite/ evacuazione (score-diari)**

Esame muscolare

- Tono del nucleo fibroso centrale (misura indiretta della funzionalità della mm. perineale)
- Tono muscolare di base con valutazione endovaginale e anale: aumentato (fibrosi o iperattività) o diminuito
- Ispessimenti muscolari, reazioni di difesa (dolore, punti trigger)
- Riflesso addomino-perineale

Esame muscolare

- testing elevatore dell'ano – PC TEST
- tenuta della contrazione (10")
- affaticabilità (10 contraz.)
- forza contrattile dello sfintere anale
- tono e forza del fascio del m puborettale
- contrazione paradossa al ponzamento
- presenza di sinergie o inversione comando
- pattern respiratorio durante la contrazione



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 1986[99]

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 1994[100]

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. 1996[101]

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

Tabella 2.3 Valutazione della componente tonica della muscolatura pelviperineale: sistemi di punteggio del *testing* perineale

***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 Jerwood[106]

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

* Ripetibilità di 3 volte.

Riflesso addomino-perineale

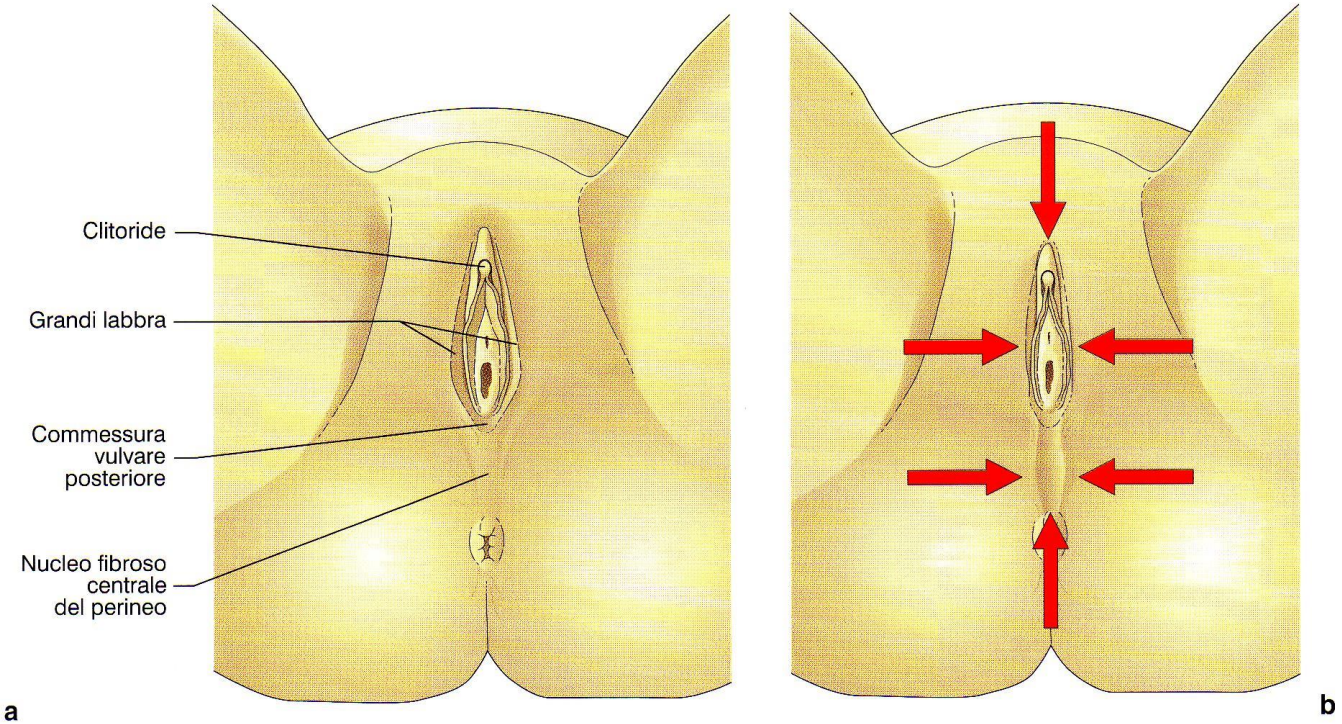
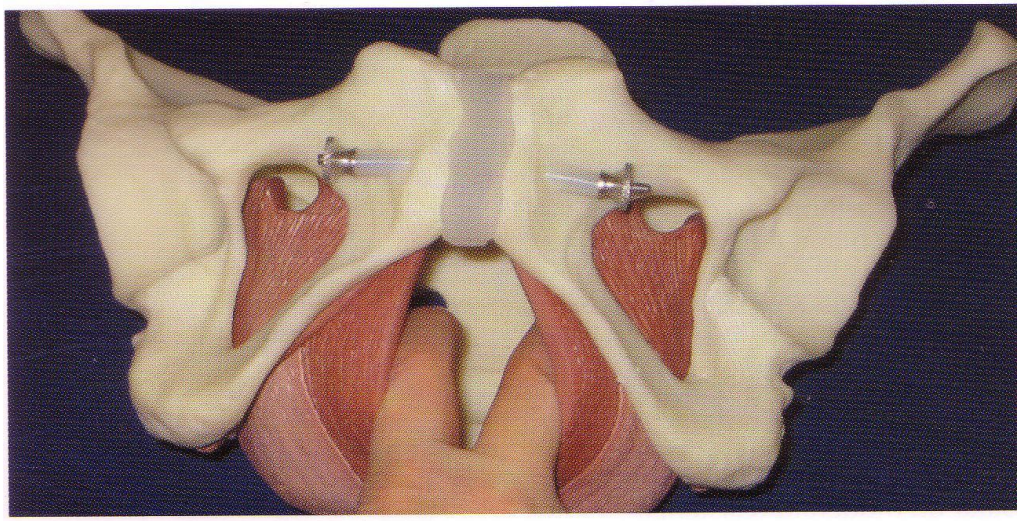
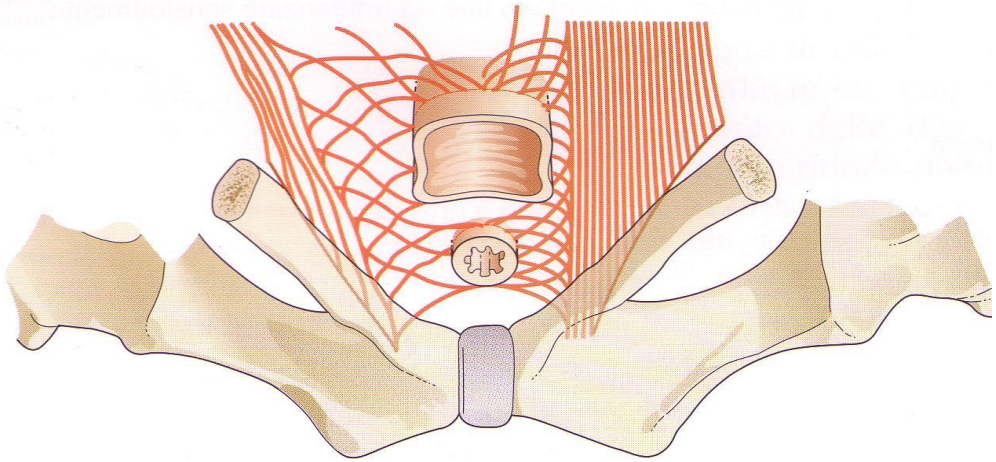


Figura 2.9 Valutazione della zona pelviperineale in seguito al reclutamento volontario della muscolatura del pavimento pelvico: si osservano introflessione del nucleo fibroso centrale del perineo, avvicinamento delle grandi labbra e lieve abbassamento del clitoride, con riduzione della sua distanza dalla commessura vulvare posteriore.

VALUTAZIONE EVENTUALI ASIMMETRIE





Test clinici

TEST CLINICI

***Pad* test (1 ora)**

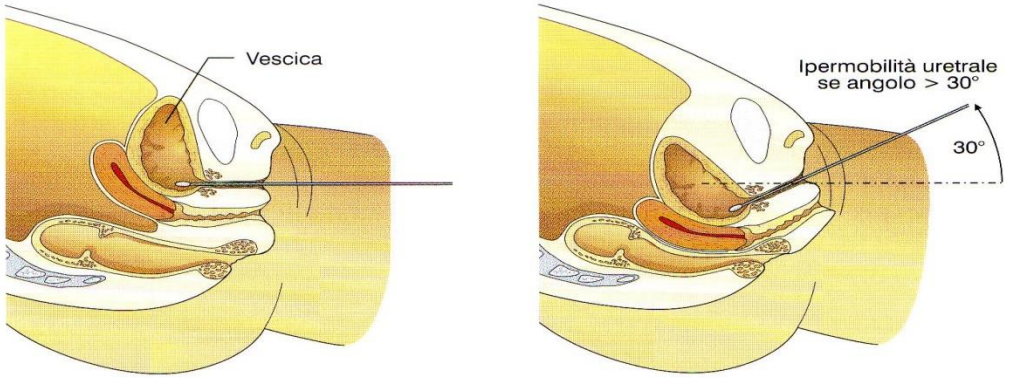
- Far bere alla persona – in posizione seduta – 500 cc di acqua.
- Farle indossare un pannolino asciutto, dopo averlo pesato.
- Prima mezz'ora: far camminare la persona, facendole anche salire le scale.
- Seconda mezz'ora: far alzare la persona dalla posizione seduta per 10 volte, chiederle di tossire 10 volte con forza, farla correre sul posto per 1 minuto, farla chinare per raccogliere un piccolo oggetto da terra per 5 volte.
- Alla fine del test pesa nuovamente il pannolino.
- Se il peso è aumentato di 1 grammo si considera il test positivo per diagnosi di incontinenza.

***Stress* test**

Lo *stress* test viene eseguito nell'ambito delle prove urodinamiche.
1 = Fuga di urina in ortostatismo alla massima capacità cistometrica.
2 = Fuga di urina in ortostatismo al primo desiderio minzionale.
3 = Fuga di urina in clinostatismo alla massima capacità cistometrica.
4 = Fuga di urina in clinostatismo al primo desiderio minzionale.

***Q-tip* test**

Valutazione dell'ipermobilità uretrale. In posizione ginecologica si introduce nel meato urinario un bastoncino lubrificato fino alla giunzione vescicouretrale. A riposo l'angolo rispetto all'orizzonte è compreso tra i 10 e i 15° in donna nullipara. Alla richiesta di "spinta" o del colpo di tosse l'angolo del bastoncino rispetto all'orizzonte non deve modificarsi di più di 30°.



TEST CLINICI

***Pad* test (1 ora)**

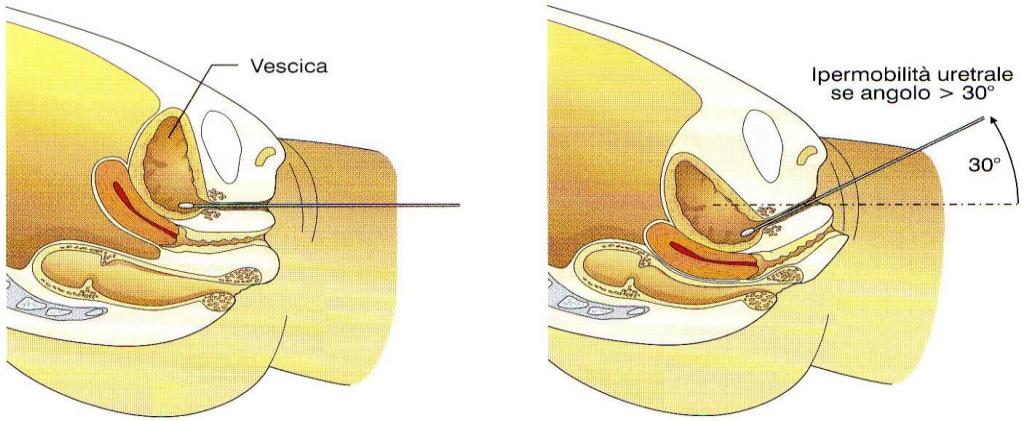
- Far bere alla persona – in posizione seduta – 500 cc di acqua.
- Farle indossare un pannolino asciutto, dopo averlo pesato.
- Prima mezz'ora: far camminare la persona, facendole anche salire le scale.
- Seconda mezz'ora: far alzare la persona dalla posizione seduta per 10 volte, chiederle di tossire 10 volte con forza, farla correre sul posto per 1 minuto, farla chinare per raccogliere un piccolo oggetto da terra per 5 volte.
- Alla fine del test pesa nuovamente il pannolino.
- Se il peso è aumentato di 1 grammo si considera il test positivo per diagnosi di incontinenza.

***Stress* test**

Lo *stress* test viene eseguito nell'ambito delle prove urodinamiche.
1 = Fuga di urina in ortostatismo alla massima capacità cistometrica.
2 = Fuga di urina in ortostatismo al primo desiderio minzionale.
3 = Fuga di urina in clinostatismo alla massima capacità cistometrica.
4 = Fuga di urina in clinostatismo al primo desiderio minzionale.

***Q-tip* test**

Valutazione dell'ipermobilità uretrale. In posizione ginecologica si introduce nel meato urinario un bastoncino lubrificato fino alla giunzione vescicouretrale. A riposo l'angolo rispetto all'orizzonte è compreso tra i 10 e i 15° in donna nullipara. Alla richiesta di "spinta" o del colpo di tosse l'angolo del bastoncino rispetto all'orizzonte non deve modificarsi di più di 30°.



Diario minzionale e intestinale

Utile strumento di valutazione e di verifica dei risultati

- Annotazione oraria di minzioni, perdite urinarie, loro quantità, introduzione di liquidi, stimolo
- Analoga annotazione di frequenza e quantità di defecazione e perdite anali, consistenza delle feci

DIARIO MINZIONALE

ore	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
Ora della minzione																								
Volume vuotato (ml)																								
Episodio di incontinenza																								
Episodio di urgenza																								
Episodio di incontinenza con urgenza																								
Episodio di incontinenza con attivitá fisica																								
Cambio mutande perché bagnate																								
Cambio di pannolino																								

Segnare il periodo in cui si va a letto per dormire (notte o pisolini diurni) con una linea che barra le caselle delle ore

Segnalare il tipo di pannolino utilizzato

INCONTINENZA

SCALA DI WEXNER – INCONTINENZA

Tipo	MAI	RARO	QUALCHE VOLTA	SPESSO	SEMPRE
Feci solide	0	1	2	3	4
Feci liquide	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Uso pannolini	0	1	2	3	4
Alteraz QDL	0	1	2	3	4

BOWEL FUNCTION SCALE

TOT.....

- 0 – nessun problema
- 1 – occasionale dieta ricca di fibre e/o lassativi, e/o supposte
- 2 – regolare dieta
- 3 – rimozione manuale

WEXNER SCORE- STIPSI

TOT.....

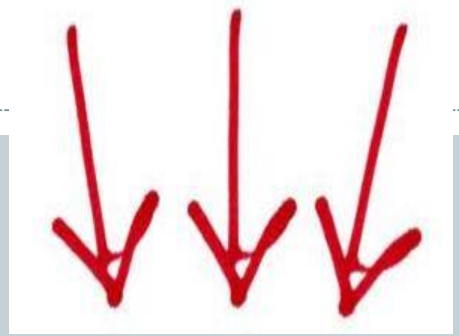
1. *Frequenza evacuazioni.*
   - 1-2 volte die 0
   - 2 volte a settimana 1
   - 1 v a settimana 2
   - Meno di 1 v a settim 3
   - Meno di 1 v al mese 4
2. *Tempo defecazione*
   - < 5 min 0
   - 5-10 min 1
   - 10-20 min 2
   - 20-30 min 3
   - > 30 min 4
3. *dolore alla defecazione*
   - mai 0
   - raramente 1
   - qualche volta 2
   - spesso 3
   - sempre 4
4. *tentativi infruttuosi al dì*
   - mai 0
   - 1-3 1
   - 3-6 2
   - 6-9 3
   - Più di 9 4
5. *defecazione difficoltosa*
   - mai 0
   - raramente 1
   - qualche volta 2
   - usualmente 3
   - sempre 4
6. *defecazione incompleta*
   - mai 0
   - raramente 1
   - qualche volta 2
   - usualmente 3
   - sempre 4
7. *assistenza manuale*
   - senza assistenza 0
   - lassativi 1
   - digitazioni/clist 2
8. *durata della stipsi*
   - 0 0
   - 1-5 1
   - 5-10 2
   - 10-20 3
   - Più di 20 4

N.B.

- "raramente"= meno di 1 episodio al mese
- Qualche volta= più di 1 al mese, meno di 1 alla settimana
- Spesso= più di 1 alla settimana, meno di 1 al giorno



RACCOLTE TUTTE LE INFORMAZIONI
SI PROCEDE ALLA PROGRAMMAZIONE DI UN PERCORSO
RIEDUCATIVO- RIABILITATIVO
PERSONALIZZATO



La RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO

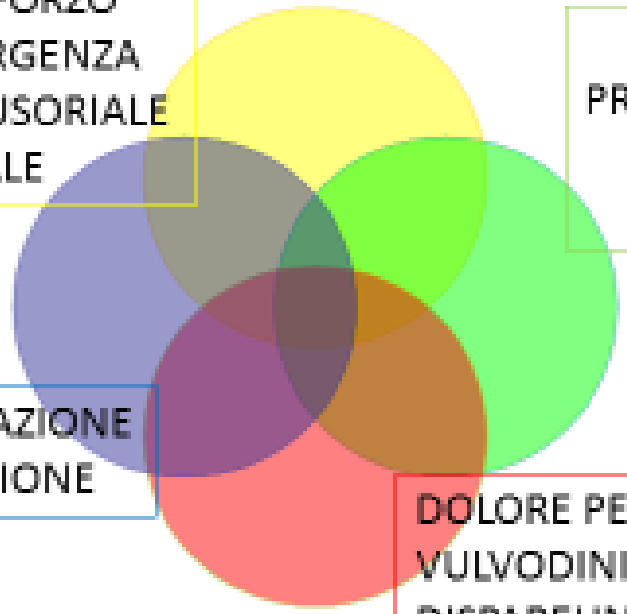
fa parte di quel settore della MEDICINA RIABILITATIVA

che si occupa della VALUTAZIONE e del **TRATTAMENTO CONSERVATIVO**

delle DISFUNZIONI DELL'AREA PELVI-PERINEALE

di natura UROLOGICA, GINECOLOGICA, SESSUALE, COLONPROCTOLOGICA **...**

INDICAZIONI ALLA RIABILITAZIONE



INCONTINENZE

INC. URINARIA DA SFORZO
INC URINARIA DA URGENZA
IPERATTIVITA' DETRUSORIALE
INCONTINENZA ANALE

PROLASSI

PROLASSI UROGENITALI E RETTALI
ENTRO IL 3° GRADO

RITENZIONI

STIPSI DA OSTRUITA DEFECAZIONE
DISORDINI URINARI-RITENZIONE

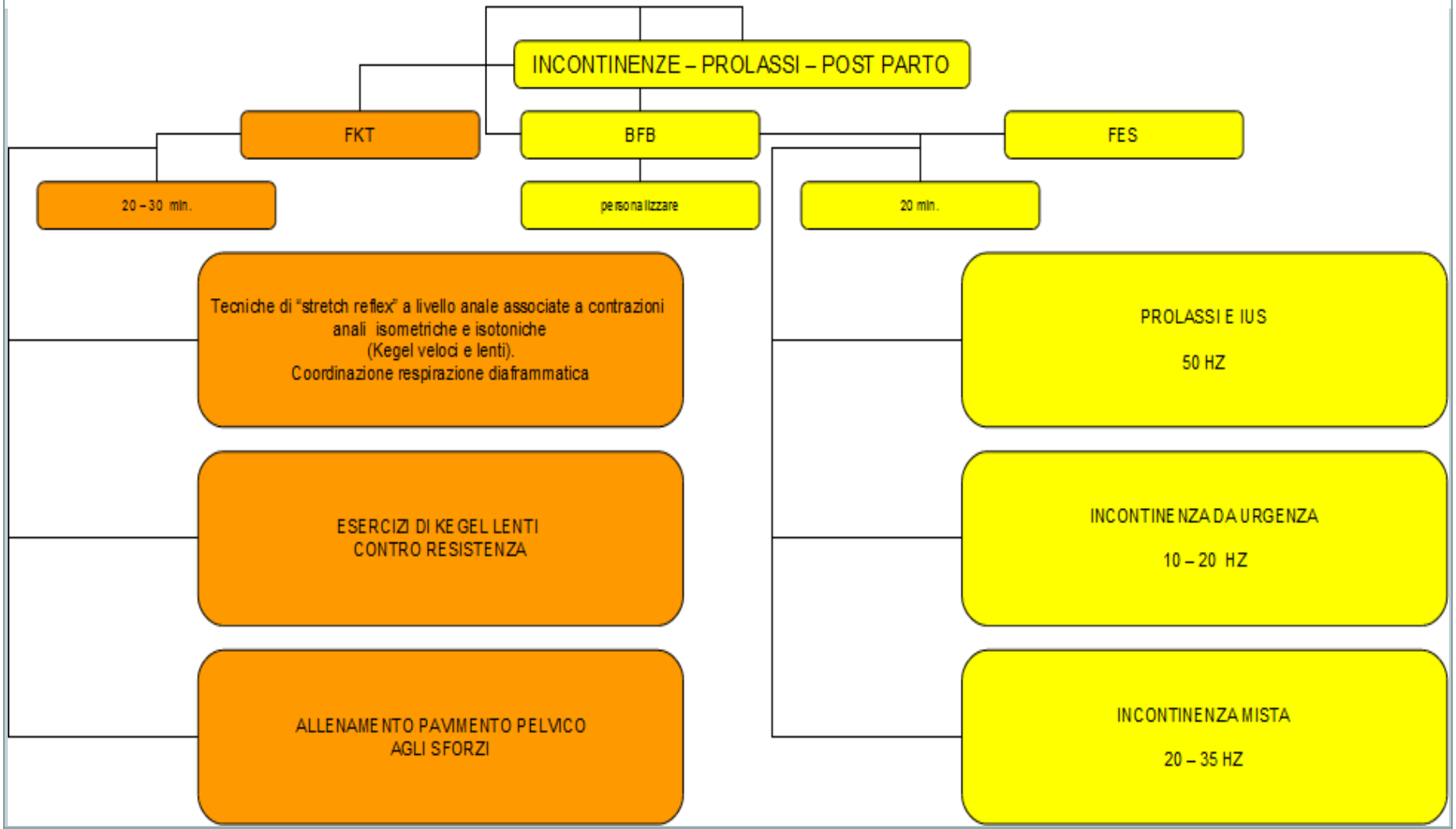
DOLORE

DOLORE PELVICO CRONICO (CPPS)
VULVODINIA-VESTIBOLITE-VAGINISMO
DISPAREUNIA SUPERFICIALE DA ESITI CICATR.

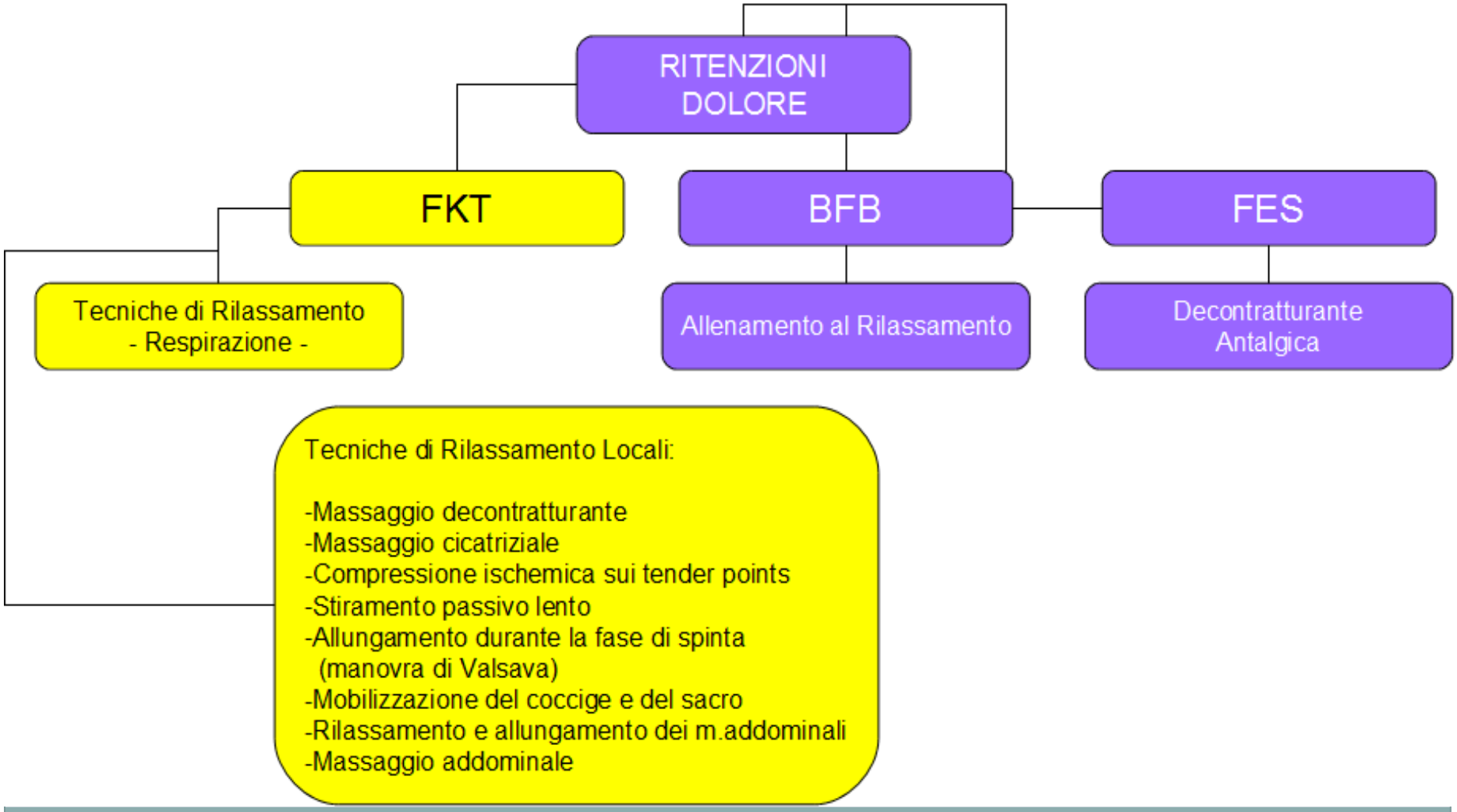
\+ MANCATO CONTROLLO PP, DIMINUITA SENSIBILITA' RSEX, BEANZA VAGINALE

PAVIMENTO PELVICO

IPOTONICO - IPOCONTRATTILE



PAVIMENTO PELVICO IPERTONICO



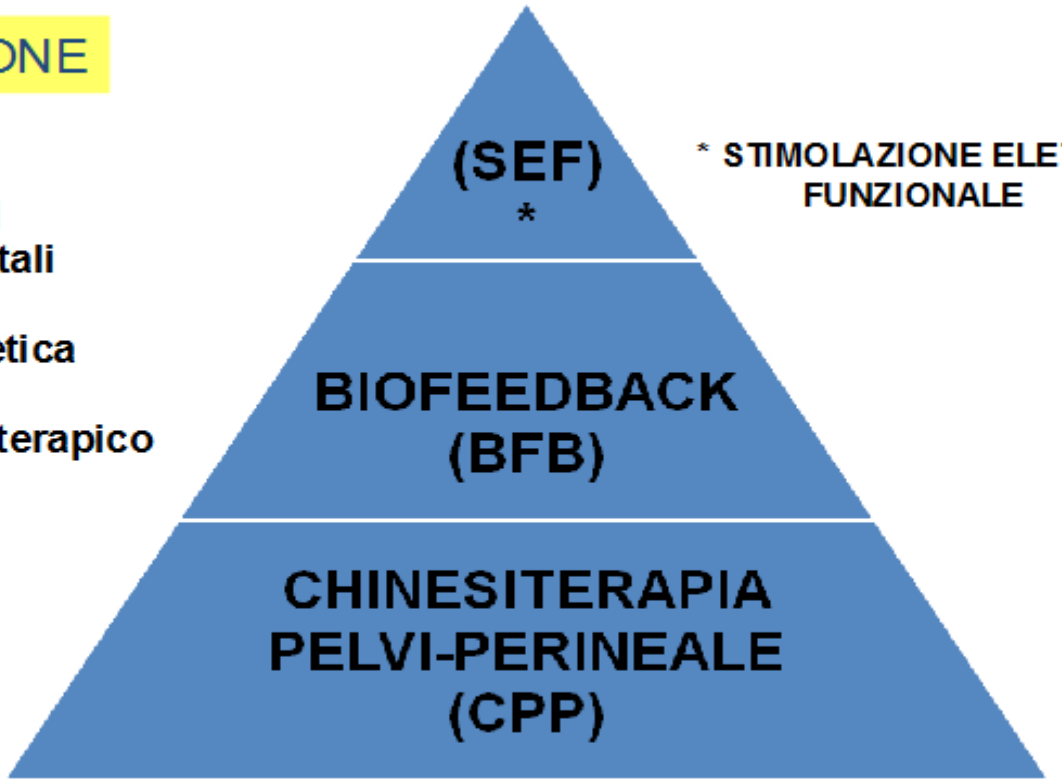
IL PERCORSO RIABILITATIVO

RIEDUCAZIONE

Trattamenti Comportamentali

Condotta dietetica

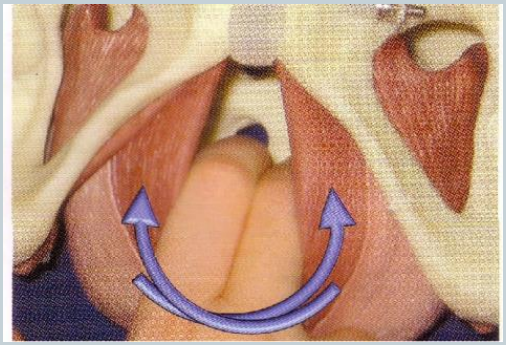
Approccio psicoterapico

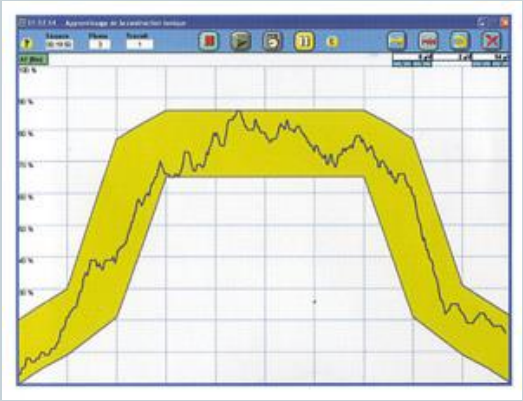


* STIMOLAZIONE ELETTRICA FUNZIONALE

- La chinesiterapia occupa un posto di primissimo piano nella riabilitazione

METODICHE RIABILITATIVE











Necessità di un approccio olistico

RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO



IL PAVIMENTO PELVICO

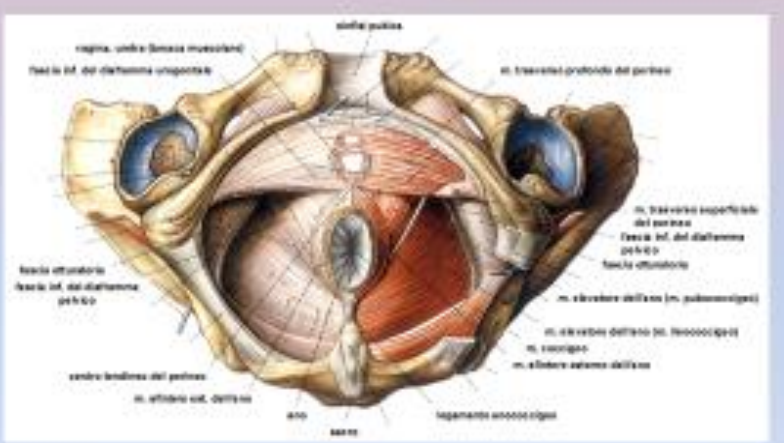
«ORGANO» MUSCOLO-CONNETTIVALE CHE SOSTIENE E SUPPPORTA LA VESCICA, L'UTERO e LA VAGINA E IL SISTEMA COLON-RETTO-ANO e CHE ABBRACCIA DIVERSE SPECIALITA' MEDICHE

Intervento multidisciplinare e interdisciplinare

RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

GINECOLOGO/OSTETRICO



UROLOGO

SESSUOLOGO

FISIATRA

NUTRIZIONISTA

GASTROENTEROLOGO

NEUROLOGO

COLONPROCTOLOGO

PSICOLOGO-PSICHIATRA

ANESTESISTA

ANDROLOGO

GESTIONE MULTIDISCIPLINARE e INTERDISCIPLINARE in RIABILITAZIONE

1) **VISIONE UNITARIA DEL PAVIMENTO PELVICO correlata agli organi periferici e centrali (sintomo nella globalità dell'individuo)**
   gestione delle malattie del pavimento pelvico

2) **CONOSCENZA – « CONOSCERE – SAPER FARE» -- FORMAZIONE– COMPETENZA PROFESSIONALE**
- anatomia e fisiologia uro-ginecologica e colonproctologica
- nozioni sui meccanismi della statica pelvica e sulle principali malattie ((incontinenza urinaria e fecale, ritenzione urinaria e stipsi, prolasso genitale e ano-rettale, disturbi della sessualità)
- diagnostica (esami strumentali, ecc.)
- terapia riabilitativa, medica/chirurgica

3) **COORDINAMENTO - COMUNICAZIONE**
- trade union fra specialisti medico, terapista e paziente -- struttura
- comunicazione fra operatori e fra operatori e paziente (dialogo, empatia, ecc.)



Grazie per l'attenzione