Vol. 44 - N. 4
Dicembre 2025

Rivista Italiana di Colon-Proctologia
Fondata nel 1982
Già organo ufficiale della Società Italiana di Colon-Proctologia

ISSN 1973-4891

PELVIPERINEOLOGIA

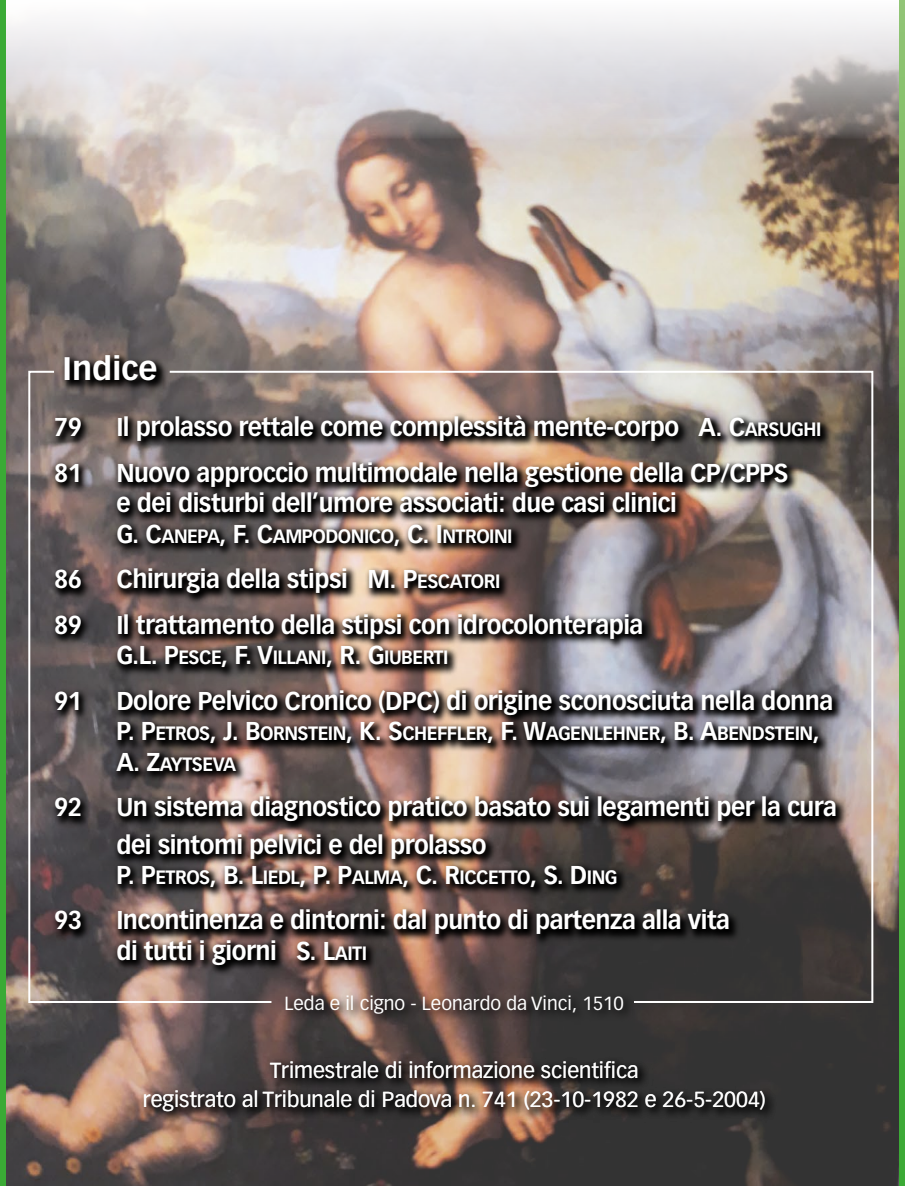
RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

Comitato editoriale

Urologia **Salvatore Siracusano**
Ginecologia **Luisa Marcato**
Andrologia **Andrea Garolla**
Colo-Proctologia **Simona Ascanelli**
Imaging **Vittorio Piloni**
Fisiatria **Elena Maccagnan**
Microbiologia **Ulla Fronzoni**
Nutrizione **Stefano Sbrignadello**
Psicologia **Alessia Carsughi**
Sessuologia **Stella De Chino**
Riabilitazione **Loredana La Torre**
Statistica **Carlo Schievano**
Storia della Coloprocto-pelviperineologia **Mario Pescatori**
Editore Direttore resp. **Giuseppe Dodi**

Collaborazione con

Società Monitoraggi Interdisciplinari in PelviPerineologia
Società Italiana di Pelvi-perineologia e di Urologia Femminile e Funzionale
Integrated Pelvis Group
Associazione Italiana di Ginecologia Estetica e Funzionale
Club Amici della Proctologia e Perineologia
Federazione Italiana Incontinenti e Disfunzioni del Pavimento Pelvico
AisFinVeneto



Indice

79 Il prolasso rettale come complessità mente-corpo A. Carsughi
81 Nuovo approccio multimodale nella gestione della CP/CPPS e dei disturbi dell'umore associati: due casi clinici
G. Canepa, F. Campodonico, C. Introini
86 Chirurgia della stipsi M. Pescatori
89 Il trattamento della stipsi con idrocolonterapia
G.L. Pesce, F. Villani, R. Giuberti
91 Dolore Pelvico Cronico (DPC) di origine sconosciuta nella donna
P. Petros, J. Bornstein, K. Scheffler, F. Wagenlehner, B. Abendstein, A. Zaytseva
92 Un sistema diagnostico pratico basato sui legamenti per la cura dei sintomi pelvici e del prolasso
P. Petros, B. Liedl, P. Palma, C. Riccetto, S. Ding
93 Incontinenza e dintorni: dal punto di partenza alla vita di tutti i giorni S. Laiti

Leda e il cigno - Leonardo da Vinci, 1510

Trimestrale di informazione scientifica
registrato al Tribunale di Padova n. 741 (23-10-1982 e 26-5-2004)

www.pelviperineologia.it

Redazione:
info@espodesign.it
Stampa:
Pixartprinting S.p.A.
Euro 12,00

vessilen®

INSTILLAZIONE ENDO-VESCICALE

Adelmidrol 2%
Acido Ialuronico 0,1%

nella Bladder Pain Syndrome (BPS)

- **Gestione della neuroinfiammazione vescicale e dei sintomi correlati:** dolore, bruciore e urgenza minzionale.

- **Protegge la degradazione dell'acido ialuronico, favorendo l'integrità del coating uroteliale.**

Dispositivo Medico sterile monouso
per instillazioni endo-vescicali.

www.epitech.it

epitech group

Il prolasso rettale come complessità mente-corpo

ALESSIA CARSUGHI

Psicologa Psicoterapeuta LPN-Laboratorio PsicoNutrizionale - Ancona

Riassunto: Il prolasso rettale, tradizionalmente considerato una patologia di pertinenza esclusivamente proctologica, rivela una complessità clinica che coinvolge anche aspetti psichiatrici, nutrizionali e neurologici. Evidenze recenti indicano un'elevata prevalenza di disturbi psichiatrici nei pazienti, soprattutto nei soggetti giovani, con conseguenze negative sugli esiti chirurgici e sulla persistenza della sintomatologia. Malnutrizione, disturbi del comportamento alimentare e uso di psicofarmaci rappresentano fattori aggravanti che incidono sulla motilità intestinale e sulla funzione del pavimento pelvico, contribuendo alla cronicizzazione della stipsi e alla comparsa del prolasso. Inoltre, nei pazienti con disabilità intellettiva o ritardo cognitivo, vulnerabilità anatomiche e difficoltà gestionali richiedono approcci terapeutici adattati. Alla luce di questi dati, emerge la necessità di un modello biopsicosociale che integri trattamento psichiatrico, supporto nutrizionale, fisioterapia del pavimento pelvico e valutazione chirurgica personalizzata. Un approccio multidisciplinare e integrato appare essenziale per migliorare la qualità di vita e ridurre il rischio di recidiva in questa complessa popolazione di pazienti.

Parole chiave: Prolasso rettale; Salute mentale; Modello biopsicosociale; Disturbi psicologici

Rectal prolapse as mind-body complexity

Abstract: Rectal prolapse, traditionally regarded as a purely proctological condition, reveals a broader clinical complexity involving psychiatric, nutritional, and neurological aspects. Recent evidence shows a high prevalence of psychiatric disorders in affected patients, particularly among younger individuals, with negative consequences on surgical outcomes and persistence of symptoms. Malnutrition, eating disorders, and the use of psychotropic medications act as aggravating factors, impairing intestinal motility and pelvic floor function, thus contributing to chronic constipation and the onset of prolapse. Furthermore, in patients with intellectual disability or cognitive impairment, anatomical vulnerabilities and management challenges call for tailored therapeutic approaches. Taken together, these findings highlight the need for a biopsychosocial model integrating psychiatric care, nutritional support, pelvic floor physiotherapy, and personalized surgical evaluation. A multidisciplinary and integrated approach appears essential to improve quality of life and reduce the risk of recurrence in this complex patient population.

Keywords: Rectal prolapse; Mental health; Biopsychosocial model; Psychological disorder

INTRODUZIONE

Il prolasso rettale è spesso considerato una patologia esclusivamente proctologica, trattata chirurgicamente con buoni risultati. Tuttavia, sotto la superficie anatomica di questa condizione si cela una realtà più intricata, dove fattori neurologici, funzionali e perfino psicologici intrecciano i loro effetti.

In anni recenti, un numero crescente di studi ha messo in luce quanto disturbi psichiatrici, disordini alimentari e malnutrizione possano non solo coesistere con il prolasso rettale, ma anche influenzarne l'insorgenza e l'andamento clinico.

Questa revisione narrativa si propone di esplorare il terreno condiviso tra psicologia e gastroenterologia, suggerendo che un approccio terapeutico integrato, capace di considerare la persona nella sua totalità, possa migliorare sensibilmente gli esiti clinici.

L'intreccio clinico trascurato tra prolasso rettale e salute mentale

Non è raro che il prolasso rettale si presenti in pazienti con diagnosi psichiatriche preesistenti. Studi osservazionali riportano una comorbidità fino al 15%[1], ma questo dato potrebbe essere sottostimato, dato la frequente ipodiagnosi in ambito psichiatrico. Un'indagine retrospettiva su 156 pazienti sottoposti a intervento chirurgico ha rivelato che nei soggetti giovani (età <40 anni), la prevalenza di disturbi psichiatrici saliva all'80%, contro il 41% degli anziani[2]. Una differenza così marcata ha spinto i ricercatori a indagare le implicazioni di questo legame.

I pazienti psichiatrici con prolasso rettale tendono a riportare esiti chirurgici meno soddisfacenti e una persistenza dei sintomi gastrointestinali, in particolare la stipsi[3]. Quest'ultima, ben nota come fattore predisponente al prolasso, può essere aggravata da diversi meccanismi legati alla malattia mentale: scarsa attenzione alla dieta, sedentarietà, disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-intestino e, non da ultimo, l'effetto dei farmaci psicotropi.

Malnutrizione e psicofarmaci come alleati insospettabili del prolasso

La malnutrizione è un tema ricorrente nei pazienti psichiatrici, in particolare nei quadri di schizofrenia, depressione maggiore e disturbi alimentari. Le carenze nutrizionali compromettono la motilità intestinale e il tono del pavimento pelvico, creando un terreno fertile per la comparsa della stipsi cronica. In uno studio multicentrico su pazienti con schizofrenia, l'uso di psicofarmaci e lo stile di vita sono risultati fortemente associati al rischio di stipsi cronica[4].

Inoltre, l'uso di psicofarmaci – come antidepressivi SSRI, antipsicotici e ansiolitici – è noto per il suo impatto negativo sulla peristalsi. In uno studio su 156 pazienti, coloro con diagnosi psichiatrica facevano un uso significativamente maggiore di tali farmaci, contribuendo probabilmente alla comparsa del prolasso[2]. Un caso clinico emblematico è quello di una giovane paziente con psicosi acuta trattata con antipsicotici, nella quale è comparso un prolasso rettale recidivante, gestito con misure conservative e monitoraggio.[5]

Il controllo che diviene danno nei disturbi alimentari

I disturbi del comportamento alimentare rappresentano una delle espressioni più evidenti dell'interazione tra psiche e intestino. In condizioni come anoressia nervosa e bulimia, il prolasso rettale può insorgere come conseguenza della cronica disfunzione evacuativa e dell'abuso di pratiche purgative.

Nel caso dell'anoressia, la drastica riduzione dell'introito calorico e la perdita di massa muscolare si accompagnano a una marcata stipsi. Un caso clinico descrive una giovane paziente con anoressia che sviluppa un prolasso rettale, risolto solo dopo un percorso multidisciplinare di nutrizione e psichiatria[6]. Uno studio italiano condotto su 85 pazienti con anoressia nervosa ha evidenziato che il 93% presentava almeno una disfunzione della defecazione, con un'associazione significativa tra severità del sottopeso (BMI ridotto) e gravità del disturbo evacuativo[7].

La bulimia presenta un'altra via patogenetica: le condotte

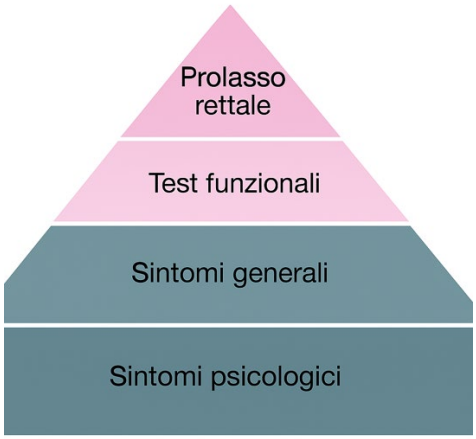


FIG. 1. Il diagramma dell'iceberg: i disagi nascosti nel prolasso rettale. Questo diagramma illustra come i disturbi psichiatrici e psicologici possano rappresentare la parte sommersa dell'iceberg nel contesto del prolasso rettale. Sopra la superficie si evidenziano i sintomi fisici evidenti, mentre sotto la superficie si celano fattori psicologici come ansia, depressione, abuso sessuale e disturbi del comportamento alimentare (questi fattori possono influenzare significativamente la funzionalità intestinale ed anche la risposta al trattamento).

purgative, in particolare il vomito ripetuto e la cosiddetta "purga rettale" manuale, aumentano la pressione intra-addominale e traumatizzano direttamente il retto. In un caso estremo, una giovane donna ha richiesto due interventi correttivi dopo danni autoindotti[8].

Ritardo cognitivo e disabilità intellettiva: vulnerabilità anatomica e gestionale

Nei soggetti con disturbi del neurosviluppo, come autismo o disabilità intellettiva, la presenza di ipotonia, alterata coordinazione motoria e ridotta consapevolezza del corpo può aumentare il rischio di prolasso rettale. Studi clinici hanno documentato casi di bambini con autismo e disabilità intellettiva che sviluppano prolasso rettale[9], evidenziando come questa popolazione richieda approcci terapeutici personalizzati e grande attenzione alla gestione quotidiana. Le terapie conservative, come la fisioterapia del pavimento pelvico, possono risultare efficaci, ma necessitano di adattamenti per essere fruibili da pazienti cognitivamente fragili.

L'auspicabilità di un modello biopsicosociale

La gestione del prolasso rettale in pazienti con comorbidità psichiatriche richiede un cambio di paradigma. Più che trattare il sintomo, è necessario affrontare l'intero ecosistema che lo ha generato. Le strategie terapeutiche efficaci includono:

- *Trattamento psichiatrico* mirato a stabilizzare la condizione mentale e migliorare la compliance;
- *Supporto nutrizionale*, per correggere carenze e ottimizzare la funzione intestinale;
- *Fisioterapia pelvica*, adattata al profilo del paziente, utile in età pediatrica e nei soggetti cognitivamente compromessi;
- *Valutazione chirurgica personalizzata*, tenendo conto della storia psichiatrica e del rischio di recidiva.

CONCLUSIONI

Il prolasso rettale non è soltanto una condizione meccanica da "riparare". È spesso l'epifenomeno di un disagio più profondo, in cui mente, corpo e comportamento si influenzano a vicenda. Ignorare i disturbi psichiatrici o le problematiche nutrizionali significa limitarsi a trattare il sintomo, lasciando intatta la causa. Un approccio multidisciplinare, integrato e umano è la chiave per restituire dignità e qualità di vita a questi pazienti complessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Kairaluoma MV, Kellokumpu IH. Epidemiologic aspects of complete rectal prolapse. Scand J Surg. 2005;94(3):207–210.
2. Whitlock A, Arndt KR, Allar BG, et al. Mental health disorders as a risk factor in young patients with rectal prolapse. Dis Colon Rectum. 2024;67(2):35–41.
3. Marceau C, Parc Y, Debroux E, et al. Complete rectal prolapse in young patients: psychiatric disease a risk factor of poor outcome. Colorectal Dis. 2005;7(4):360–365.
4. Chiang C-Y, Lo S-C, Beckstead JW, Yang C-Y, et al. Associations between constipation risk and lifestyle, medication use, and affective symptoms in patients with schizophrenia: a multicenter cross-sectional study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2025;60(1):427–440.
5. Pak AD, Nguyen TT, Bogoyas M. Rectal prolapse in a 17-year-old female with acute psychosis: a case report. Cureus. 2022;14(8):e28573.
6. Mitchell N, Norris ML. Rectal prolapse associated with anorexia nervosa: a case report and review of the literature. J Eat Disord. 2013;1:39.
7. Sileri P, Franceschilli L, De Lorenzo A, et al. Defecatory disorders in anorexia nervosa: a clinical study. Tech Coloproctol. 2014;18(5):439–444. doi:10.1007/s10151-013-1068-x.
8. Guerdjikova AI, O'Melia A, Riffe K, et al. Bulimia nervosa presenting as rectal purging and rectal prolapse: case report and literature review. Int J Eat Disord. 2011;45(3):456–459.
9. Van Heest R, Jones S, Giacomantonio M. Rectal prolapse in autistic children. J Pediatr Surg. 2004;39(4):643–644.

DICHIARAZIONE

L'autore dichiara l'assenza di conflitti di interesse, finanziamenti o problemi di riservatezza connessi con la pubblicazione del presente articolo.

Corrispondenza
a.carsughi@gmail.com

Nuovo approccio multimodale nella gestione della CP/CPPS e dei disturbi dell'umore associati: due casi clinici

GIORGIO CANEPA[1], FABIO CAMPODONICO[2], CARLO INTROINI[3]

1 - Libero Professionista, Specialista in Urologia, Genova 2 - Dirigente Medico U.O. Urologia E.O. Galliera, Genova
3 - Direttore U.O. Urologia E.O. Galliera Genova

Riassunto: La prostatite cronica/sindrome da dolore pelvico cronico (CP/CPPS), conosciuta anche come prostatite cronica abatterica, rappresenta il 90-95% di tutti i casi di prostatite. La condizione, altamente diffusa tra la popolazione maschile, è caratterizzata da differenti sintomi urinari, dolore pelvico e disagio psicologico, che nel loro insieme compromettono significativamente la qualità di vita dei pazienti che ne soffrono. La gestione della CP/CPPS è ad oggi ancora complessa e i trattamenti disponibili risultano spesso non risolutivi, causando episodi ricorrenti e sofferenza psicologica nei pazienti. Pertanto, nuove strategie in grado di modulare i processi responsabili dell'insorgenza e del mantenimento del dolore e dei sintomi urinari, e allo stesso tempo di intervenire sul benessere emotivo, potrebbero rappresentare delle valide alternative. Vengono di seguito presentati i casi clinici di due pazienti con diagnosi di CP/CPPS, a cui è stata prescritta supplementazione con una forma di palmitoiletanolamide ad elevato assorbimento (micro/ultramicronizzata - micro-PEA), in associazione al flavonoide baicaleina e al polifenolo polidatina. Dopo soli 20 giorni di trattamento, entrambi i soggetti hanno riportato benefici non solo in termini di sollievo dal dolore, miglioramento dei sintomi urinari e della qualità della vita ad essi associata, ma anche ed in particolar modo della sintomatologia ansiosa. Tali risultati offrono una prima evidenza dell'efficacia e della sicurezza dell'associazione micro-PEA, baicaleina e polidatina come supporto nella gestione dei sintomi associati alla CP/CPPS.

Parole chiave: Prostatite cronica/sindrome da dolore pelvico cronico; Palmitoiletanolamide; Baicaleina; Polidatina; Dolore; Sintomi urinari; Ansia

A new multimodal approach in the management of CP/CPPS and associated mood disorders: two case reports

Abstract: Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS), also known as chronic nonbacterial prostatitis, accounts for 90-95% of all prostatitis cases. This condition, widespread among men, is characterized by various urinary symptoms, pelvic pain, and psychological distress, which together significantly impair patients' quality of life. To date, the management of CP/CPPS remains complex, and the available treatments are often incomplete, resulting in recurrent episodes and psychological suffering. Therefore, new strategies able to modulate processes responsible for the onset and maintenance of pain and urinary symptoms, while concurrently improving emotional well-being, could represent reasonable alternatives. Here, we presented the clinical cases of two patients diagnosed with CP/CPPS, who were prescribed supplementation with a highly absorbable form of palmitoylethanolamide (micro/ultramicronized - micro-PEA), combined with the flavonoid baicalein and the polyphenol polydatin. After just 20 days of treatment, both subjects reported benefits not only in terms of pain relief, improvement in urinary symptoms and associated quality of life, but also, and especially, in anxiety symptoms. These results provide the first evidence for the efficacy and safety of the combination of micro-PEA, baicalein, and polydatin as a support for the management of CP/CPPS-associated symptoms.

Keywords: Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome; Palmitoylethanolamide; Baicalein; Polydatin; Pain; Urinary symptoms; Anxiety

INTRODUZIONE

La prostatite cronica/sindrome da dolore pelvico cronico (CP/CPPS), conosciuta anche come prostatite di categoria III o prostatite cronica abatterica, è una condizione clinica altamente diffusa[1,2] che colpisce tra il 10% e il 14% della popolazione maschile, rappresentando il 90-95% di tutti i casi di prostatite[3,4]. La CP/CPPS è caratterizzata da una varietà di sintomi quali dolore pelvico, difficoltà di svuotamento della vescica, ostruzione urinaria, irritazione del tratto urinario inferiore, ma anche disfunzione sessuale e disagio psicologico, che nel loro insieme compromettono significativamente la qualità della vita dei pazienti che ne soffrono[5,6].

Ad oggi, sia l'eziologia, a causa della mancanza di infezioni urogenitali, sia la patogenesi, che sembra coinvolgere fattori immunologici, endocrini, psicologici e alterazioni del sistema nervoso somatico e autonomo, rimangono ancora incerte[1,2,4]. Tuttavia, la CP/CPPS sembra essere il risultato di un'infiammazione scatenata da uno stimolo nella ghiandola prostatica, che nei soggetti vulnerabili può portare alla sensibilizzazione del sistema nervoso periferico della prostata e delle aree circostanti e allo sviluppo di dolore[3]. La cronicizzazione dell'infiammazione pelvica, se non gestita adeguatamente, causa a sua volta la sensibilizzazione del sistema nervoso centrale e la conseguente amplificazione e persistenza della percezione del dolore[7]. Questo stato prolungato di infiammazione e dolore è una conseguenza anche della neuroinfiammazione, un processo che si instaura quando i nervi rilasciano neurotrasmettitori, come la sostanza P, provocando la liberazione di mediatori infiammatori[4,8]. La secrezione della sostanza P, in particolare, attiva le cellule mastocitarie, causandone la degranulazione ed il conseguente rilascio di proteasi, istamina, citochine e chemochine che, stimolando ulteriormente i mastociti, perpetuano il ciclo infiammatorio[4,9].

Data la complessità della condizione, la sua gestione richiede un approccio multidisciplinare[5]. Le terapie di prima linea comprendono gli alfa-bloccanti uroselettivi e gli antibiotici, raccomandati per i pazienti con nuova diagnosi, naïve a tali trattamenti[10,11]. Al contrario, l'utilizzo dei farmaci anti-infiammatori è consigliato nel contesto di un regime terapeutico multimodale[8] che, specialmente nei pazienti con sintomi di lunga data, sembra offrire un maggior potenziale di miglioramento[12]. Tali opzioni, tuttavia, risultano spesso non risolutive, causando episodi ricorrenti e di conseguenza sofferenza psicologica[4]. Oltre l'80% dei pazienti con CP/CPPS soffre infatti di disordini psicologici e, di loro, il 20-50% presenta problematiche gravi[13]. Tra le manifestazioni cliniche di tali disagi, l'ansia e la depressione sono le più comuni, compromettendo seriamente la qualità di vita dei pazienti[14,15]. Tuttavia, nonostante il deterioramento psicologico sia una componente decisamente importante della CP/CPPS, viene spesso trascurato[16]. Molti pazienti riportano sintomi persistenti di ansia e depressione malgrado i trattamenti effettuati, suggerendo quindi che nei soggetti con sindromi dolorose urologiche tali disturbi siano più difficili da trattare[15] e che la loro gestione rimane un bisogno clinico insoddisfatto.

Nuove strategie per intervenire sui processi responsabili dell'insorgenza e del mantenimento del dolore e dei sintomi urinari, e allo stesso tempo sul benessere emotivo, potrebbero quindi risultare di grande utilità. La palmitoiletanolamide (PEA) è un mediatore lipidico endogeno sintetizzato "su ri-

chiesta" in risposta a lesioni, infiammazione e dolore[17]. Tuttavia, quando queste condizioni si protraggono, la PEA può andare incontro ad esaurimento e la sua somministrazione esogena diventa fondamentale per ripristinarne i livelli e gli effetti antinfiammatori, neuroprotettivi, immunomodulatori ed anti-iperalgesici, ascrivibili alla sua capacità di modulazione di cellule non neuronali quali i mastociti e la microglia, quando queste si trovano in uno stato iperattivo[17–20]. Grazie alla sua interazione diretta o indiretta con alcuni recettori, fra cui il recettore attivato dai proliferatori dei perossisomi alfa (PPAR-α), il canale cationico a potenziale recettoriale transitorio (TRPV1) ed il recettore 55 accoppiato alla proteina G (GPR55), implicati nelle vie di segnalazione dello stress e dell'ansia, la PEA è inoltre in grado di mitigare tali manifestazioni cliniche[20]. In aggiunta, essendo substrato dell'enzima metabolico FAAH (amide idrolasi degli acidi grassi), la PEA riduce la degradazione, da parte dell'enzima stesso, degli endocannabinoidi endogeni anandamide (AEA) e 2-arachidonoilglicerolo (2-AG) che, agendo per un periodo più prolungato sui recettori cannabinoidi di tipo 1 e 2 (CB1, CB2) e TRPV1, migliorano l'umore e potenziano, di fatto, l'attività anti-infiammatoria e neuroprotettiva della PEA stessa[21].

La natura lipofila e le grandi dimensioni particellari di questo mediatore lipidico nel suo stato nativo rappresentano tuttavia un limite al suo assorbimento per via orale che viene però aumentato, insieme alla sua biodisponibilità, grazie alla riduzione della dimensione delle particelle stesse, attraverso processi di micro/ultramicronizzazione (micro-PEA)[22]. L'associazione di tali forme di PEA con alcune molecole naturali attraverso metodi di co-(ultra)-micronizzazione produce inoltre un effetto sinergico in grado di potenziare l'azione dei singoli componenti[23]. Tale effetto è stato recentemente dimostrato in un modello animale di iperplasia prostatica benigna (IPB) per un nuovo composto che combina le proprietà di micro-PEA a quelle della baicaleina, un flavonoide naturale estratto dalla radice di *Scutellaria baicalensis*[24]. La combinazione micro-PEA/Baic è infatti risultata significativamente più efficace rispetto ai due componenti somministrati singolarmente nella modulazione dei livelli degli androgeni, delle vie di segnalazione del recettore degli androgeni e dell'apoptosi, nella riduzione dei processi infiammatori e dello stress ossidativo[24].

Una proprietà di particolare interesse della baicaleina è quella ansiolitica, esercitata mediante interazione con le subunità alpha2 e alpha3 dei recettori GABA(A)[25,26], e dimostrata in diversi modelli animali[27,28]. Gli effetti benefici della molecola sono stati altresì riscontrati nei disordini mentali correlati alle alterazioni del sistema dopaminergico, nei quali la somministrazione di Baic ha dimostrato di indurre un aumento dei livelli di dopamina, neurotrasmettitore chiave nel controllo dell'umore, e di proteggere i neuroni dopaminergici dalla tossicità mitocondriale e ossidativa[29]. Ad oggi, tuttavia, studi clinici che valutino gli effetti ansiolitici di questo flavonoide, risultato comunque sicuro e ben tollerato dall'uomo se somministrato per via orale[30], sono ancora mancanti.

Un'altra sinergia, quella tra micro-PEA e il potente antiossidante polidatina (micro-PEA/Pol), è invece stata dimostrata in differenti disturbi che interessano l'area pelvica, nei quali, alla diminuzione dell'intensità del dolore e dei sintomi del basso tratto urinario (LUTS, *Lower Urinary Tract Symptoms*), seguiva un importante miglioramento della qualità della vita dei pazienti trattati[31–38].

Poiché un approccio che integri al trattamento dei sintomi fisici la gestione della sintomatologia ansiosa è di fondamentale importanza per i soggetti con LUTS[39], l'associazione di micro-PEA, baicaleina e polidatina in un unico composto, agendo simultaneamente sulla riduzione della neuroinfiammazione e sul potenziamento dell'attività GABAergica, potrebbe rappresentare una nuova valida strategia.

Sulla base di tali premesse, questo lavoro riporta l'esperienza in merito all'utilizzo di un prodotto a base di micro-PEA, baicaleina e polidatina, in due pazienti con diagnosi di CP/CPPS.

MATERIALI E METODI

Vengono di seguito presentati i casi clinici di due pazienti con diagnosi di CP/CPPS afferenti all'ambulatorio specialistico privato di Urologia (Dr. Canepa), trattati con un'associazione di micro-PEA (800 mg), baicaleina (40 mg) e polidatina (40 mg) (Pelviprost® somatico, Epitech Group SpA, Saccolongo, Padova), alla dose di 2 compresse al giorno per 20 giorni.

In accordo con la normale pratica clinica, sono stati monitorati i seguenti parametri:

- intensità del dolore, valutata prima di iniziare il trattamento (T0) e al termine di quest'ultimo (T1) mediante *Numeric Rating Scale* (NRS), una scala a 11 punti dove 0 rappresenta "nessun dolore" e 10 "il dolore più intenso che si possa immaginare"[40];
- sintomatologia urinaria, valutata a T0 e T1 mediante compilazione del questionario *International Prostatic Symptoms Score* (IPSS). Il questionario è costituto da otto domande: le prime sette permettono di valutare la gravità dei sintomi urinari attraverso un punteggio totale che varia da 0 a 35 con intervalli che indicano una sintomatologia lieve (0-7), moderata (8-19) e grave (20-35); l'ottava domanda è invece un indice della qualità della vita e, con un punteggio crescente di gravità da 0 a 6, valuta quanto la condizione urinaria influenza il benessere personale[41,42];
- sintomi ansiosi, valutati a T0 e T1 mediante il questionario Hamilton per l'ansia (*Hamilton Anxiety Rating Scale*, HAM-A) composto da 14 *items,* ciascuno dei quali presenta un punteggio da 0 (sintomo non presente) a 4 (sintomo grave). Il punteggio totale, compreso tra 0 e 56, se <17 indica sintomi ansiosi lievi, tra 18-24 da lievi a moderati, 25-30 da moderati a gravi e >30 gravi[43];
- miglioramento soggettivo del paziente, valutato a T1 mediante la scala a 7 punti *Patient Global Impression of Change* (PGIC), che variando da "estremamente peggiorato" a "estremamente migliorato" indica l'impressione del paziente sul cambiamento del proprio stato di salute[44];
- miglioramento del paziente valutato al termine del trattamento dal clinico mediante la scala a 7 punti (da "estremamente peggiorato" a "estremamente migliorato") *Clinical Global Impression of Change* (CGIC)[45];
- sicurezza del trattamento, valutata monitorando gli eventi avversi osservati o riportati dal paziente.

Entrambi i soggetti hanno fornito il consenso informato al trattamento dei dati personali ai fini della pubblicazione scientifica.

RISULTATI

Caso clinico 1. Uomo di 39 anni, impiegato, visitato a Dicembre 2024 presso l'ambulatorio specialistico di Urologia per la comparsa di sintomi LUTS di tipo irritativo, in particolare urgenza minzionale, in associazione a dolore pelvico persistente e parziale deficit erettile. Durante la visita urologica, il paziente ha riferito di aver già sofferto in passato di due episodi di prostatite acuta, trattati con terapia antibiotica e prodotti a base di estratti vegetali, e di essere stato sottoposto, all'età di 25 anni, ad un intervento chirurgico di appendicectomia effettuato in urgenza. Al momento dell'anamnesi, il paziente ha inoltre segnalato l'assunzione di Omeprazolo 20 mg e Perindopril arginina 5 mg/Amlodipina 10 mg (Coverlam®) per il controllo del reflusso gastroesofageo e dell'ipertensione arteriosa essenziale, quest'ultima diagnosticata sin dall'età di 26 anni. Dopo aver eseguito l'esame obiettivo prostatico, ed in considerazione dei sintomi descritti, sono stati richiesti ulteriori accertamenti diagnostici, quali l'urinocoltura e un'ecografia addominale, ed è stata avviata una iniziale terapia a base di estratti vegetali di *Serenoa Repens*. Alla successiva visita, avvenuta 6 settimane dopo l'insorgenza dei sintomi urinari, il paziente si è presentato

Fig. 1 Variazione del dolore e dei sintomi urinari e ansiosi prima e dopo il trattamento (caso clinico 1).

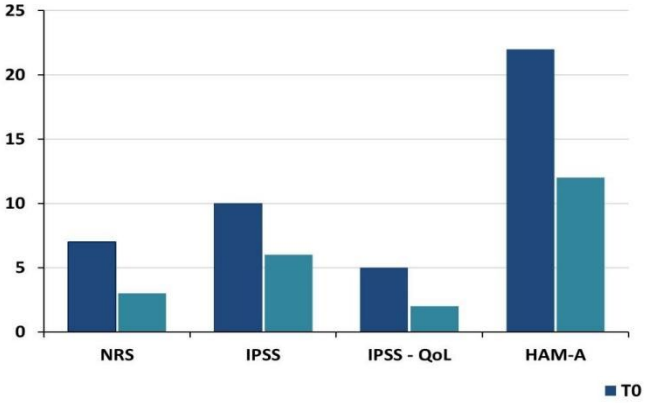
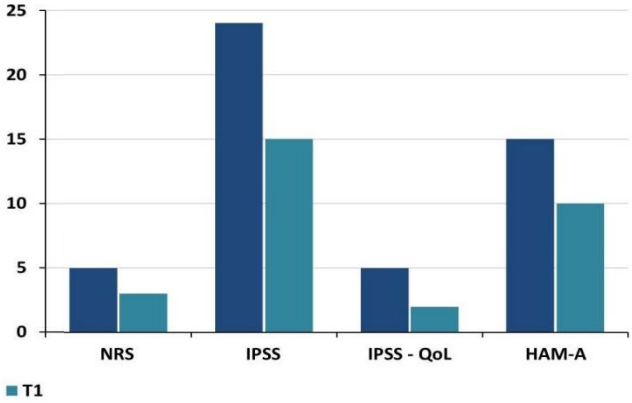


Fig. 2 Variazione del dolore e dei sintomi urinari e ansiosi prima e dopo il trattamento (caso clinico 2).



dichiarando un importante disagio rispetto alla sua condizione, lamentando persistenza dell'urgenza minzionale, del deficit dell'erezione e del dolore perineale, quest'ultimo descritto come sintomo costante, prevalente al mattino al risveglio. Alla valutazione clinica, il paziente ha infatti segnalato la presenza di dolore di intensità severa, pari a 7/10 su scala NRS, sintomatologia urinaria di grado moderato ed una notevole influenza di quest'ultima sul benessere personale, indicate rispettivamente da un punteggio IPSS totale di 10/35 e di 5/6 alla domanda relativa alla qualità della vita. Inoltre, dalla compilazione del questionario HAM-A è emerso un punteggio pari a 22/56, rivelando uno stato ansioso di gravità moderata che, essendo considerato come clinicamente significativo, ne ha richiesto la gestione. Durante la medesima visita, il paziente ha inoltre fornito i referti delle indagini diagnostiche prescritte, risultate entrambe negative. L'esame colturale delle urine ha infatti escluso la presenza di un'infezione batterica così come l'ecografia addominale non ha evidenziato patologie organiche dell'apparato urinario. Sulla base del risultato degli esami effettuati e della valutazione dei sintomi LUTS, del dolore pelvico (presente da oltre 3 mesi) e dello stato emotivo è stata formulata diagnosi di CP/CPPS, associata ad una componente ansiosa. Al fine di controllarne le differenti manifestazioni cliniche è stato prescritto un ciclo di supplementazione con Pelviprost® somatico, al dosaggio di una compressa assunta due volte al giorno per 20 giorni. Alla visita di controllo al termine del trattamento, il paziente ha riferito una notevole riduzione dell'intensità del dolore, riportando un punteggio NRS pari a 3, corrispondente a un "dolore lieve". La compilazione del questionario IPSS ha mostrato un miglioramento dei sintomi urinari, evidenziato dalla riduzione del punteggio totale da 10 a 6/35, considerato tipico di una sintomatologia lieve. Allo stesso modo, alla domanda relativa alla qualità della vita (IPSS QoL), il paziente ha dichiarato di sentirsi "abbastanza soddisfatto" nell'eventualità in cui la condizione urinaria di quel momento persistesse in egual modo a vita. Di particolare interesse è il risultato relativo ai sintomi ansiosi che, dopo soli 20 giorni di trattamento, hanno mostrato un notevole miglioramento. La sintomatologia, di intensità moderata prima dell'assunzione di Pelviprost® somatico, è infatti risultata lieve, come indicato dal punteggio di 12/56 al questionario HAM-A al termine del periodo di integrazione (Fig.1). Nel complesso, al termine del trattamento, il cambiamento dello stato di salute del paziente, sia percepito dallo stesso che osservato dal clinico, è risultato positivo. Entrambi hanno infatti riportato un punteggio corrispondente a "molto migliorato" sulla scala PGIC e CGIC. Infine, l'assenza di eventi avversi ha consentito al paziente di completare il trattamento, suggerendone una buona tollerabilità.

Caso clinico 2. Uomo di 70 anni, pensionato, con storia clinica di pregresse coliche renali da iperuricemia, trattata con Allopurinolo 150 mg (Zyloric®). A seguito della comparsa di sintomi minzionali ostruttivi sin dal 2016, ad ottobre 2024 al paziente era stata formulata diagnosi di ipertrofia prostatica benigna, con conseguente prescrizione di Alfuzosina cloridrato 10 mg (Xatral®), terapia ancora in corso al momento del suo arrivo alla nostra attenzione. A marzo 2025, a distanza di 6 mesi dal precedente controllo, il paziente ha infatti richiesto una nuova consulenza specialistica a causa della persistenza e del peggioramento dei sintomi disurici che, sebbene attenuati dalla terapia alfa-litica convenzionale, si ripresentavano periodicamente con lunghi periodi (superiori ai 3 mesi) caratterizzati da senso di incompleto svuotamento vescicale e dolore perineale, quest'ultimo presente da oltre 6 mesi. In occasione della visita specialistica urologica, il paziente ha presentato gli esiti degli esami diagnostici eseguiti, tra cui l'esame colturale delle urine, risultato negativo per le infezioni da germi comuni; l'ecografia vescicale pre- e post-minzionale, eseguita per la valutazione del residuo post-minzionale, anch'esso nullo; e il dosaggio dell'antigene prostatico specifico (PSA), risultato nei limiti di laboratorio. I sintomi urinari quali la sensazione di svuotamento incompleto della vescica, la frequente e urgente necessità di urinare, la difficoltà ad iniziare la minzione e la presenza di un getto urinario debole, sono stati valutati dal paziente come severi, con un punteggio di 24/35 al questionario IPSS. Di conseguenza, anche la qualità della vita è risultata seriamente compromessa (punteggio IPSS QoL = 5/6). In aggiunta ai sintomi urinari, il paziente ha riportato la comparsa nei 6 mesi precedenti di dolore perineale di gravità pari a 5/10 su scala NRS, corrispondente ad un'intensità moderata. Infine, dopo la compilazione del questionario HAM-A, è stato evidenziato uno stato ansioso di grado lieve (punteggio HAM-A 15/56). A seguito della valutazione clinica e urologica e degli esiti degli esami effettuati, è stata diagnosticata una prostatite cronica abatterica, in associazione a IPB, contraddistinta dalla presenza di ansia. È stata pertanto indicata la supplementazione con Pelviprost® somatico, in aggiunta alla terapia di base con Alfuzosina cloridrato. Dopo 20 giorni di trattamento, durante i quali il paziente non ha riportato la comparsa di alcun effetto collaterale, sono stati osservati miglioramenti in tutti i parametri considerati. Il dolore dichiarato è diminuito ad un punteggio pari a 3/10 sulla scala NRS, indicativo di un'intensità lieve non interferente con le attività quotidiane. I sintomi urinari sono risultati moderati (IPSS 15/35), tanto che il paziente ha manifestato una sufficiente soddisfazione (punteggio 2/6) alla domanda relativa alla qualità della vita del questionario IPSS. Il punteggio emerso dalla compilazione del questionario HAM-A (pari a 10/56) ha evidenziato una notevole riduzione della manifestazione, riflettendo un effettivo miglioramento dell'ansia percepita dal paziente e suggerendo quindi una risposta clinica positiva al termine dei soli 20 giorni di trattamento (Fig.2). Nel complesso, sia la percezione soggettiva che la valutazione clinica hanno dimostrato uno stato di salute del paziente "molto migliorato" al termine del periodo di supplementazione con Pelviprost® somatico.

DISCUSSIONE

La CP/CPPS, la forma più comune di prostatite sintomatica, ha un forte impatto negativo sulla qualità della vita degli uomini che ne soffrono. Ad oggi, non è stata ancora identificata

nessuna terapia specifica per la gestione di questa condizione ed il controverso successo del suo trattamento rende la prostatite cronica abatterica un vero problema terapeutico per gli urologi[46,47]. Tuttavia, sono disponibili differenti approcci per la gestione della condizione, sia farmacologici che non, e tra questi ultimi, l'associazione di un composto endogeno quale la PEA con molecole naturali, potrebbe rappresentare un valido aiuto. In particolare, grazie alla sua azione di modulazione dei processi neuroinfiammatori e dell'attività GABAergica, responsabili del dolore pelvico, dei sintomi del basso tratto urinario e delle alterazioni dell'umore, la combinazione di micro-PEA (800 mg), baicaleina (40 mg) e polidatina (40 mg) potrebbe risultare efficace nel controllo delle manifestazioni appena descritte.

Per tale motivo, l'effetto della supplementazione con tale associazione è stato valutato in due pazienti con CP/CPPS, osservando al termine del trattamento benefici in termini di intensità del dolore, sintomi urinari e qualità della vita ad essi associata, senza alcun effetto collaterale o interazione con le terapie concomitanti effettuate dai pazienti. Inoltre, dal momento che le manifestazioni spastico-dolorose e i sintomi LUTS erano accompagnati, in entrambi i soggetti, da una componente ansiosa, questa è stata valutata mediante apposito questionario, rivelando al termine dei 20 giorni di trattamento un netto miglioramento dei punteggi HAM-A, indicativi di un significativo beneficio psicologico.

I risultati mostrano che entrambi i soggetti hanno riportato, dopo l'utilizzo di Pelviprost® somatico, un sollievo clinicamente significativo dal dolore, la cui intensità di grado severo/moderato è risultata lieve al termine del periodo di trattamento (caso 1: diminuzione di 4 punti/57% su scala NRS; caso 2: 2 punti/40%). Nella gestione del dolore cronico, una riduzione di 2 punti o di circa il 30% nel punteggio NRS viene infatti considerata un miglioramento clinicamente rilevante[48,49]. Tale cambiamento minimo, conosciuto come "differenza minima clinicamente importante" (MCID), viene spesso utilizzato per valutare se il miglioramento nel risultato clinico è percepito come significativo dal paziente, giustificando così un cambio nella sua gestione[50]. Analogamente alla riduzione del punteggio NRS, un miglioramento di almeno 3 punti o del 25% nel punteggio IPSS è stato stimato come il cambiamento minimo necessario affinché un paziente percepisca come rilevante la variazione nella gravità dei LUTS dopo terapia farmacologica per l'IPB[51,52]. In entrambi i pazienti, il miglioramento dei sintomi urinari valutati mediante questionario IPSS è risultato maggiore (caso 1: 4 punti/40%; caso 2: 9 punti/37,5%) rispetto alla MCID riportata in letteratura, suggerendo quindi un effetto clinicamente rilevante del Pelviprost® somatico in relazione al miglioramento dei LUTS. Infine, sebbene la letteratura non fornisca un valore MCID specifico per il questionario HAM-A rispetto alla CP/CPPS o ai LUTS, uno studio condotto su pazienti con prolasso degli organi pelvici dopo intervento chirurgico ha riportato un MCID di circa 4 punti[53]. Il raggiungimento di tale differenza minima tra il punteggio del questionario HAM-A prima e dopo il trattamento (caso 1: 10 punti; caso 2: 5 punti), suggerisce che entrambi i soggetti abbiano percepito un miglioramento clinicamente significativo della sintomatologia ansiosa dopo soli 20 giorni di trattamento. I risultati indicano quindi che in entrambi i pazienti la combinazione di micro-PEA, baicaleina e polidatina ha efficacemente contrastato l'ansia, consentendo di ripristinare il benessere emotivo in modo naturale e sicuro.

Il miglioramento dello stato ansioso permette inoltre di interrompere il circolo vizioso che si instaura a causa dell'influenza reciproca tra il sistema nervoso centrale e il pavimento pelvico, e che amplifica sia i sintomi fisici che il disagio psicologico[4,39]. L'ansia infatti induce una tensione muscolare nell'area pelvica aumentando il dolore e i LUTS, che a loro volta causano un ulteriore incremento del disagio emotivo[54–56]**.** Alla luce di ciò, il miglioramento del tono dell'umore riscontrato in entrambi i soggetti a seguito della somministrazione di Pelviprost® somatico risulta di fondamentale importanza in quanto supportando il benessere psicologico permette anche il controllo dei sintomi fisici.

Nel complesso, i risultati ottenuti dall'osservazione dei casi presentati offrono una prima evidenza dell'efficacia e della sicurezza dell'utilizzo di Pelviprost® somatico che, grazie alla sua azione positiva sia sul dolore e sui LUTS che sull'ansia, potrebbe rappresentare un valido supporto nella gestione della moltitudine dei sintomi associati alla CP/CPPS.

Studi clinici strutturati, condotti con un disegno controllato, randomizzato, in doppio cieco, con placebo, saranno tuttavia necessari al fine di confermare gli effetti osservati.

BIBLIOGRAFIA

1. Pontari MA, Ruggieri MR. Mechanisms in prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. J Urol 2004; 172(3): 839-845
2. Strauss AC, Dimitrakov JD. New treatments for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Nat Rev Urol 2010; 7(3): 127-135
3. Khan FU, Ihsan AU, Khan HU, et al. Comprehensive overview of prostatitis. Biomed Pharmacother 2017; 94: 1064-1076
4. He H, Luo H, Qian B, et al. Autonomic Nervous System Dysfunction Is Related to Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. World J Men's Health 2024; 42(1): 1-28
5. Abdelaziz AY, Kishk MA, Meshref A, et al. Safety and Efficacy of Intra-Prostatic Injection of Betamethasone for Refractory Chronic Nonbacterial Prostatitis: A Prospective Cohort Clinical Study. Prostate 2025; 85(3): 243-251
6. Murphy AB, Macejko A, Taylor A, Nadler RB. Chronic prostatitis: management strategies. Drugs 2009; 69(1): 71-84
7. Šutulović N, Grubač Ž, Šuvakov S, et al. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome increases susceptibility to seizures in rats and alters brain levels of IL-1β and IL-6. Epilepsy Res 2019; 153: 19-27
8. Nickel JC, Baranowski AP, Pontari M, et al. Management of Men Diagnosed With Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome Who Have Failed Traditional Management. Rev Urol 2007; 9(2): 63-72
9. Cho IC, Min SK. Proposed New Pathophysiology of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. Urogenit Tract Infect 2015; 10(2): 92-101
10. Wagenlehner FM, Naber KG, Bschleipfer T, et al. Prostatitis and Male Pelvic Pain Syndrome - Diagnosis and Treatment. Dtsch Arztebl Int 2009; 106(11): 175-183
11. Nickel JC. Treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Int J Antimicrob Agents 2008; Supplement 1: S112-S116
12. Shoskes DA, Katz E. Multimodal Therapy for Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. Curr Urol Rep 2005; 6(4): 296-299
13. Xu Y, Zhang L, Shen Y, et al. Effectiveness of psychological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A protocol for systematic review and meta-Analysis. Medicine 2020; 99(39): e22151
14. Chen JL, Chen SF, Kuo HC. Clinical assessment and management of patients with National Institutes of Health categories IIIA and IIIB chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Tzu Chi Med J 2014; 26: 151-156
15. Kwon JK, Chang IH. Pain, catastrophizing, and depression in chronic prostatitis/ chronic pelvic pain syndrome. Int Neurourol J 2013; 17(2): 48-58
16. Pena VN, Engel N, Gabrielson AT, et al. Diagnostic and Management Strategies for Patients with Chronic Prostatitis and Chronic Pelvic Pain Syndrome. Drugs Aging 2021; 38(10): 845-886
17. Clayton P, Hill M, Bogoda N, et al. Palmitoylethanolamide: A natural compound for health management. Int J Mol Sci 2021; 22(10): 5305
18. Roviezzo F, Rossi A, Caiazzo E, et al. Palmitoylethanolamide supplementation during sensitization prevents airway allergic symptoms in the mouse. Front Pharmacol 2017; 8: 857
19. Nobili S, Micheli L, Lucarini E, et al. Ultramicronized N-palmitoylethanolamine associated with analgesics: Effects against persistent pain. Pharmacol Ther 2024; 258: 108649

20. Yin T, Sun S, Peng L, et al. Targeting microglial NAAA-regulated PEA signaling counters inflammatory damage and symptom progression of post-stroke anxiety. Cell Commun Signal 2025; 23(1): 211
21. Petrosino S, Di Marzo V. The pharmacology of palmitoylethanolamide and first data on the therapeutic efficacy of some of its new formulations. Br J Pharmacol 2017; 174: 1349-1365
22. Petrosino S, Cordaro M, Verde R, et al. Oral ultramicronized palmitoylethanolamide: Plasma and tissue levels and spinal anti-hyperalgesic effect. Front Pharmacol 2018; 9: 249
23. Peritore AF, Siracusa R, Crupi R, Cuzzocrea S. Therapeutic efficacy of palmitoylethanolamide and its new formulations in synergy with different antioxidant molecules present in diets. Nutrients 2019; 11(9): 2175
24. D'amico R, Genovese T, Cordaro M, et al. Palmitoylethanolamide/baicalein regulates the androgen receptor signaling and nf-κb/nrf2 pathways in benign prostatic hyperplasia. Antioxidants 2021; 10(7): 1014
25. Ruan L, Guan K, Wang Y, et al. Baicalein exerts anxiolytic and antinociceptive effects in a mouse model of post-traumatic stress disorder: Involvement of the serotonergic system and spinal delta-opioid receptors. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2023; 122: 110689
26. Lee B, Sur B, Park J, et al. Chronic administration of baicalein decreases depression-like behavior induced by repeated restraint stress in rats. Korean J Physiol Pharmacol 2013; 17(5): 393-403
27. Selvaraj LK, Jeyabalan S, Wong LS, et al. Baicalein prevents stress-induced anxiety behaviors in zebrafish model. Front Pharmacol 2022; 13(13): 990799
28. De Carvalho RSM, Duarte FS, De Lima TCM. Involvement of GABAergic non-benzodiazepine sites in the anxiolytic-like and sedative effects of the flavonoid baicalein in mice. Behav Brain Res 2011; 221(1): 75-82
29. Limanaqi F, Biagioni F, Busceti CL, et al. Potential antidepressant effects of scutellaria baicalensis, hericium erinaceus and rhodiola rosea. Antioxidants 2020; 9(3): 234
30. Pang H, Xue W, Shi A, et al. Multiple-Ascending-Dose Pharmacokinetics and Safety Evaluation of Baicalein Chewable Tablets in Healthy Chinese Volunteers. Clin Drug Investig 2016; 36(9): 713-724
31. Indraccolo U, Barbieri F. Effect of palmitoylethanolamide-polydatin combination on chronic pelvic pain associated with endometriosis: Preliminary observations. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010; 150(1): 76-79
32. Cobellis L, Castaldi MA, Giordano V, et al. Effectiveness of the association micronized N-Palmitoylethanolamine (PEA)-transpolydatin in the treatment of chronic pelvic pain related to endometriosis after laparoscopic assessment: A pilot study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2011; 158(1): 82-86
33. Giugliano E, Cagnazzo E, Soave I, et al. The adjuvant use of N-palmitoylethanolamine and transpolydatin in the treatment of endometriotic pain. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2013; 168(2): 209-213
34. Tartaglia E, Armentano M, Giugliano B, et al. Effectiveness of the Association N-Palmitoylethanolamine and Transpolydatin in the Treatment of Primary Dysmenorrhea. J Pediatr Adolesc Gynecol 2015; 28(6): 447-450
35. Sommariva M, Schievano C, Saleh O. Micronized palmitoylethanolamide reduces bladder chronic pelvic pain due to different etiologies and improves bladder functions. Pelviperineology 2017; 36: 92-96
36. Stochino Loi E, Pontis A, Cofelice V, et al. Effect of ultramicronized-palmitoylethanolamide and co-micronized-palmitoylethanolamide/polydatin on chronic pelvic pain and quality of life in endometriosis patients: An open-label pilot study. Int J Womens Health 2019; 11: 443-449
37. Cervigni M, Nasta L, Schievano C, et al. Micronized Palmitoylethanolamide-Polydatin Reduces the Painful Symptomatology in Patients with Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. Biomed Res Int 2019; 2019: 9828397
38. Mittino I, Peraldo F, Marenghi C, et al. Iperplasia prostatica benigna, prostatite cronica e LUTS: ruolo della Palmitoiletanolamide co-micronizzata con Polidatina e ultramicronizzata nel controllo della sintomatologia. Indagine osservazionale retrospettiva. Pelviperineologia 2021; 40: 79-82
39. Shin YS, Soni KK, Lee DY, Kam SC. The relationship between depression, anxiety and lower urinary tract symptoms in men. Prostate Int 2024; 12(2): 86-89
40. Breivik H, Borchgrevink P, Allen S, et al. Assessment of pain. Br J Anaesth 2008; 101(1): 17-24
41. Bertolo R, Cipriani C, Pozzi L, Bove P. A simplified Italian translation of the international prostate symptom score twists the reality in the aging male with lower urinary tract symptoms. Prostate Cancer Prostatic Dis 2020; 23(3): 534-536
42. Ölçücü MT, Aydın ME, Avcı S, et al. Comparison of a Visual Prostate Symptom Score and International Prostate Symptom Score: A Prospective Multicenter Study and Literature Review. Urology 2020; 146: 230-235
43. Fan YH, Lin AT, Wu HM, et al. Psychological Profile of Female Patients with Dysfunctional Voiding. Urology 2008; 71(4): 625-629
44. Viktrup L, Hayes RP, Wang P, Shen W. Construct validation of patient global impression of severity (PGI-S) and improvement (PGI-I) questionnaires in the treatment of men with lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia. BMC Urol 2012; 12: 30
45. Busner J, Targum SD. The Clinical Global Impressions Scale: Applying a Research Tool in Clinical Practice. Psychiatry 2007; 4(7): 28-37
46. Kim KJ, Lee Y, Cha YS, et al. Hyperbaric Oxygen Therapy for the Treatment of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: Case Report. Urogenit Tract Infect 2024; 19(2): 44-47
47. Kulovac B, Aganović D, Prcić A, Hadziosmanović O. Management of chronic nonbacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Bosn J Basic Med Sci 2007; 7(3): 245-249
48. Farrar JT, Young JP, LaMoreaux L, et al. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. Pain 2001; 94(2): 149-158
49. Salaffi F, Stancati A, Silvestri CA, et al. Minimal clinically important changes in chronic musculoskeletal pain intensity measured on a numerical rating scale. Eur J Pain 2004; 8(4): 283-291
50. Cook CE. Clinimetrics Corner: The Minimal Clinically Important Change Score (MCID): A Necessary Pretense. J Man Manip Ther 2008; 16(4): E82-E83
51. Barry MJ, Williford WO, Chang Y, et al. Benign prostatic hyperplasia specific health status measures in clinical research: how much change in the american urological association symptom index and the benign prostatic hyperplasia impact index is perceptible to patients? J Urol 1995; 154(5): 1770-1774
52. Babar M, Abramson M, Labagnara K, et al. Predictors of achieving a minimal clinically important difference in lower urinary tract symptoms 3 months after Rezum therapy. Cent European J Urol 2024; 77(2): 262-272
53. Xiong Z, Hu Y, Zhang J, et al. The calculation of the minimal clinically important differences of anxiety, depression and quality of life scale in patients with pelvic organ prolapse. Chin J Clin Obstet Gynecol 2022; 23(4): 378-381
54. Quaghebeur J, Petros P, Wyndaele JJ, De Wachter S. The innervation of the bladder, the pelvic floor, and emotion: A review. Auton Neurosci 2021; 235: 102868
55. Anderson RU, Wise D, Nathanson BH. Chronic Prostatitis and/or Chronic Pelvic Pain as a Psychoneuromuscular Disorder—A Meta-analysis. Urology 2018; 120: 23-29
56. Hughes FM, Odom MR, Cervantes A, et al. Why Are Some People with Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) Depressed? New Evidence That Peripheral Inflammation in the Bladder Causes Central Inflammation and Mood Disorders. Int J Mol Sci 2023; 24(3): 2821

DICHIARAZIONE
Questo articolo non è stato supportato da nessun finanziamento.

Corrispondenza
Giorgio Canepa, giocanepa@libero.it

Review

Chirurgia della stipsi

MARIO PESCATORI

Clinica Parioli, Roma

Riassunto: La stitichezza è una patologia molto diffusa e si può manifestare in diverse forme cliniche. Metà degli stitici soffrono di ostruita defecazione, caratterizzata da senso di blocco anale, che spesso costringe a manipolazioni e clisteri. Secondo il modello dell'"iceberg" rettocele e prolasso mucoso sono le lesioni evidenti, mentre ve ne sono altre dieci "sommerse", metà funzionali e metà organiche. Ansia e depressione, anismo o muscolo pubo-rettale che non si rilascia in ponzamento, iposensibilità rettale, rallentato transito intestinale, ulcera solitaria del retto sono tra le patologie associate che talvolta richiedono la chirurgia. La stipsi da megacolon congenito richiede un intervento chirurgico, al contrario di quella da colon irritabile. La miotomia parziale bilaterale del pubo-rettale può curare l'anismo, la colectomia e ileo-retto-anastomosi più di rado cura la stipsi da rallentato transito. Che invece può trarre beneficio dalla neuro-modulazione sacrale. Nella nostra esperienza di rado operiamo la stipsi da ostruita defecazione e lo facciamo con un approccio "su misura". Di 80 pazienti operati in undici anni, i due terzi sono guariti o migliorati ad un *follow-up* di sei anni.

Parole chiave: Stipsi cronica; Ostruita defecazione; Rettocele; Anismo; Neuromodulazione sacrale; Colectomia

Surgery in constipation

Abstract: Constipation affects many patients and may be divided into slow-transit costipation and obstructed defecation, both represented in the "iceberg diagram". Rectocele and rectal mucosal prolapse are present in nearly all the patients with obstructed defecation in the so-called iceberg diagram. Most of the associated lesions, both functional and organic, do not require surgery. However it is indicated in case of congenital megacolon, whereas the long-term results following colectomy and ileorectal anastomosis are relatively poor. Sacral neuromodulation is a costly but non-invasive procedure which may cure constipated patients. Following the criteria of the iceberg syndrome we operated a relatively small number of patients with constipation due to obstructed defection (80 in eleven years). Two-thirds of them were cured at six years follow up.

Keywords: Chronic constipation; Obstructed defecation; Rectocele; Anismus; Sacral neuromodulation; Colectomy

INTRODUZIONE

Un paziente si definisce stitico se evacua meno di una volta ogni tre giorni oppure se deve sforzarsi per defecare più dei due terzi delle volte. Nel primo caso è probabile che si tratti di una stipsi da rallentato transito, nel secondo invece di ostruita defecazione (OD).

La stitichezza può essere inquadrata in vari modi, tenendo presente sia la sintomatologia che la patogenesi. In accordo con quanto stabilito dal S Mark's Hospital di Londra, in metà dei casi la stitichezza è da OD. In questo caso il paziente, o meglio, più spesso, la paziente, si deve molto sforzare nel tentativo di evacuare, passa gran parte del suo tempo sul water, talvolta usa le dita per estrarre le feci o per spingere il perineo tra ano e vagina, deve spesso ricorrere a clisteri. La gran parte di questi soggetti hanno un prolasso mucoso interno del retto e un rettocele[1]. Le difficoltà ad evacuare incidono e vengono a loro volta influenzate dal *pattern* psicologico*,* tant'è vero che i due terzi di questi pazienti hanno ansia e-o depressione[1].

La manipolazione rettale, l'intrappolamento della mucosa rettale fra strati muscolari circostanti in tensione, la protrusione-erniazione interna della mucosa rettale, possono causare la *sindrome dell'ulcera solitaria del retto,* che, nella nostra esperienza[1] si trova nel 13% dei casi di OD. Occorre fare molta attenzione. Il primo caso di ulcera solitaria del retto che mi capitò quando ero un chirurgo trentenne al Policlinico Gemelli, fu scambiato per una neoplasia del retto dal locale istopatologo, che pure era bravo. Avevo dei dubbi e mandai i vetrini a Basil Morson, l'allievo di Dukes, al St Mark's Hospital dove "avevo studiato". Risultò essere una ulcera solitaria del retto, benigna, esito di invaginazione retto-rettale. Per fortuna così la paziente evitò una amputazione del retto con colostomia permanente.

Vi sono poi dei particolari soggetti con OD che hanno una *iposensibilità rettale*, per cui le feci rimangono per giorni nel retto senza essere "avvertite" dalla paziente. La quale finisce per doversele estrarre (con dita o clistere) dopo giorni quando sono piccole e dure perché l'acqua del bolo fecale è stata assorbita dal retto. Qui il difetto sta in genere in un deficit della sensibilità rettale, a volte da neuropatia del pudendo. Ovviamente la terapia non è chirurgica, ma casomai riabilitativa con il biofeed-back o l'elettrostimolazione transanale.

In caso di rallentato transito intestinale l'evacuazione avviene meno di una volta ogni tre giorni. Le cause più frequenti sono due.

1) Le feci impiegano più tempo a "percorrere" il grosso intestino, che si tratti o meno di un dolicocolon, ciò a causa di una ipomotilità del viscere, un difetto della peristalsi, che può essere dovuto a un danno del plesso nervoso intrinseco, causato ad esempio da abuso di lassativi come la senna. Per lo più questi pazienti non hanno dolore addominale crampiforme, come quelli descritti nel paragrafo successivo. Oppure 2) le feci rimangono a lungo "intrappolate" in un sigma spastico, ipersegmentante, perdono acqua, diventano più dure e piccole e meno inclini a distendere la parete dell'intestino e suscitare il riflesso peristaltico che le trasporti fino all'ano. Questa è la stipsi dei pazienti con sindrome del colon irritabile.

Un *flash* dalla patogenesi alla diagnosi: con una semplice palpazione dell'addome, il reperto di un "salsicciotto" teso e dolorabile in fossa iliaca sinistra è utile per orientare la diagnosi.

La diagnosi radiologica della stipsi da rallentato transito si fa con lo studio dei tempi di transito intestinali. E questo non va dimenticato nemmeno se il paziente si presenta con un quadro di stipsi da ostruita defecazione. Infatti[1] può avere associati tempi di transito rallentati nel 23% dei casi. Non è poco. Dunque si manda il-la paziente dal radiologo che gli somministrerà 20 *markers* radiopachi al mattino e gli o le farà una radiografia dell'addome al giorno finché il 20% dei *markers* non siano stati eliminati o comunque al massimo per cinque giorni. L'esame permette di osservare dove rallentano i *markers* e capire quali sono i segmenti del grosso intestino responsabili della stitichezza.

C'è spazio per la chirurgia nella stipsi da rallentato transito? Per decenni si è pensato di sì e io stesso ho fatto alcune colectomie e ileorettoanastomosi con risultati alterni. Fra

gli studi consultabili su Medline ce ne sono due che mi sono sembrati degni di nota. Anche perché, molto stranamente, i loro autori, dopo aver riferito i risultati a dir la verità assai poco brillanti ottenuti dal *follow-up* eseguito nei pazienti operati (si noti bene, solo metà di loro hanno risposto, il che è già un dato poco incoraggiante…) traggono delle conclusioni positive. Ma io vorrei che fossero i lettori a decidere, quindi ora citerò quanto ho letto. Il primo studio è di Johnstone et al[2]. I chirurghi hanno spedito ai loro pazienti operati dei questionari e le risposte sono state solo il 45%. Frequenti i dolori addominali (72%) e l'incontinenza fecale (53%). Il 44% sono stati ricoverati per occlusione intestinale, 8 rioperati per aderenze. La conclusione degli autori? "La maggior parte dei pazienti erano contenti". Questo è davvero sorprendente… Ma non basta. Cito un altro studio, come l'altro pubblicato su una prestigiosa rivista. Gli autori sono Patton et al[3]. Su 102 operati solo 42 i valutati… L'articolo è stato pubblicato su Tech Coloproct quando io non ero più Editor-in-chief, ma, detto onestamente, non l'avrei accettato: il 60% dei pazienti persi al *follow-up*! Davvero troppi per avere un quadro scientifico. Comunque di buono c'è un *follow-up* lungo e cioè 16 anni dopo la chirurgia. Frequenti le occlusioni intestinali. Otto pazienti hanno subito una ileostomia (vuol dire che erano ancora così "disperatamente" stitici da invocare un ano artificiale). Un paziente su cinque (21%) era incontinente. Ebbene dopo tutto questo la conclusione degli autori è: "la soddisfazione dei pazienti era alta".

Per fortuna la tecnologia ha fatto progressi e ha permesso di ridurre le colectomie per stipsi. Infatti, una opzione abbastanza moderna e di certo mini-invasiva per la cura della stitichezza da rallentato transito è la *neuromodulazione sacrale,* ovvero l'impianto di un neuromodulatore, di un elettrostimolatore, grande come un orologio "a cipolla" dei tempi andati, in regione lombare-glutea sotto la cute. Una sorta di *pace-maker.* Che ha i suoi costi considerevoli. Ma il grande vantaggio di questa metodica, oltre ad essere mini-invasiva, è che può essere eseguita in due fasi. Ovvero c'è una neuromodulazione provvisoria temporanea, con uno stimolatore collegato agli elettrodi impiantati sui nervi sacrali in anestesia locale. Ma il paziente lo può tenere in tasca per vari giorni e far così una stimolazione di prova. Si farà l'impianto del *pace-maker* solo se la stimolazione provvisoria avrà dato esito positivo.

Quali sono i risultati della neuromodulazione? Sembrano più che discreti, anche se bisogna fare attenzione al *follow-up*, che sia adeguato. Ma la tecnica, almeno per la stitichezza, è abbastanza recente. Ho scelto dalla abbondante letteratura due articoli[4,5] uno negli adulti e l'altro in età pediatrica. Entrambi riferiscono risultati positivi. Il secondo è più consistente, perché è una *review* di ben 241 articoli. I risultati della metodica: migliorata la stipsi nell'86% dei pazienti. Guarigione completa ottenuta nel 40%. Complicanze postoperatorie? Nessuna con la tecnica non invasiva.

Infine c'è una categoria particolare di pazienti stitici, quelli che spesso ma non sempre hanno un megacolon, il cui disturbo motorio, il rallentamento del transito e la susseguente non costante ma frequente dilatazione del viscere, è dovuto alla mancanza o alla carenza dei neuroni del plesso intrinseco a livello del retto o della giunzione retto-sigmoidea. Se questo avviene alla nascita, occorre un intervento precoce e si parla di *megacolon congenito* o *morbo di Hirschprung.* L'operazione può essere una Soave (resezione e anastomosi colo-endorettale), una Swenson (resezione anteriore bassa del retto) o una Duhamel (resezione del grosso intestino dilatato e anastomosi retro-anale con conservazione del retto come serbatoio fecale). É questa l'operazione che ho eseguito in alcuni pazienti (meno di dieci) nell'arco di 40 anni, tutti con morbo di Hirschsprung dell'adulto, cioè col difetto gangliare. I più con megacolon, ma alcuni senza. Questi riferivano stitichezza (tipo rallentato transito, non ostruita defecazione) dalla nascita e, alla manometria anorettale, mostravano un difetto del riflesso retto-anale. Quello suscitato gonfiando un palloncino nel retto e registrando un difetto del rilasciamento riflesso dello sfintere interno. Attenzione, un difetto, non una mancanza. Altrimenti avrebbero avuto di sicuro un megacolon e avrebbero dovuto essere operati alla nascita. Non ho studiato i risultati a distanza.

Nei casi in cui la manometria anorettale dà un risultato non chiaro, è bene eseguire una biopsia rettale profonda in sala operatoria prelevando tessuto di muscolatura longitudinale e circolare (un frammento) e poi suturando la breccia chirurgica. Un esperto istopatologo sarà poi in grado di confermare o smentire la diagnosi di stipsi cronica dell'adulto da difetto gangliare.

Una parte consistente (il 44%) dei soggetti con stipsi da ostruita defecazione ha *anismo*: ovvero incapacità del muscolo pubo-rettale di rilasciarsi in ponzamento. Questo *deficit* causa una mancata o difficoltosa espulsione delle feci. La diagnosi può essere fatta anche con la semplice esplorazione rettale, invitando il (o più spesso la) paziente a inspirare e ponzare e mantenendo il dito esploratore sulla parte posteriore del muscolo pubo-rettale, che si avverte come una protuberanza teso-elastica.

Una diagnosi sicura si ottiene con l'ecografia transanale con sonda rotante da 8-12 megaHertz (che mostra il muscolo pubo-rettale, un *boomerang* iperecogeno ovvero biancastro, che non si rilascia in ponzamento) e con la defecografia, che evidenzia un non ampliamento dell'angolo retto-anale nella spinta defecatoria. Il mezzo di contrasto dimostra che, anzichè rettileinizzarsi, ovvero da 90° passare a 180°, l'angolo non "si apre" o diventa acuto. Diagnosi: discinesia addomino-pelvica o più brevemente, anismo.

Il trattamento di prima scelta nelle pazienti di sesso femminile che abbiano anche ansia o depressione è lo *psico-eco-biofeed-back*[6]. Lo effettuano una psicoterapeuta e un proctologo-ecografista. La sonda ecografica si inserisce in vagina e alla paziente si mostra il suo muscolo pubo-rettale, che appare come una fionda biancastra (cioè iperecogena). All'inizio la psicologa "somministra" alla paziente l'"immaginario guidato", cioè una combinazione di musica *new-age* e parole ipnotiche. Non più tesa, e vedendo il muscolo sullo schermo e ponzando in maniera adeguata e (anche questo conta) desiderando fortemente di far "aprire" quel suo "pezzetto di corpo", la paziente riuscirà ad "aprire il muscolo a comando" di almeno un centimetro. Il risultato è stato positivo a un anno nel 70% dei casi. Se ad avere l'anismo è un maschio, lo si affida prima alla fisiochinesiterapista. Se non guarisce lo si tratta con iniezioni di tossina botulinica A, talvolta ecoguidate, fino a 100 unità, nel muscolo, con un anestetico locale. Il botulino dovrebbe rilasciare il muscolo ed infatti lo fa nel 60-70% dei casi. Può però dare tre effetti collaterali: sepsi, temporanea incontinenza fecale e, quel che è peggio, sebbene molto di rado, sincope.

Infine: la chirurgia. Ovvero la miotomia parziale bilaterale del pubo-rettale. Tramite due incisioni perianali si accede verso l'alto al muscolo, "traversando" la fossa ischio-rettale e, se necessario, asportando parte del grasso per avere una migliore visuale. Si abbassa poi, con l'aiuto di una digitazione endoanale, il pubo-rettale fino all'incisione cutanea e si seziona per metà bilateralmente.

Una recente *review* sistematica e metanalisi del gruppo di Wexner ha dimostrato efficacia nel 70% di circa 200 casi[7]. Uno studio comparativo tra miotomia parziale e iniezione di tossina botulinica ha mostrato la superiorità dell'opzione chirurgica[8].

La nostra esperienza è simile, sia con la tecnica tradizionale[9], sia con un intervento mini-invasivo[10]. Contrariamente a quanto riportato nello studio di Wexner (12%) non abbiamo avuto casi di incontinenza anale permanente nei nostri "miotomizzati". Ma siamo molto selettivi nelle indicazioni. I pazienti devono essere possibilmente maschi, con una continenza anale perfetta e con uno stato mentale equilibrato. L'ultimo dei nostri soggetti operati, un giovane, è rimasto stitico perché molto ansioso. Questo influsso della psiche sull'esito della chirurgia lo avevamo già notato in uno studio pubblicato 15 anni fa[11]. Quindi è imperativo selezionare i pazienti dopo uno *screening* psicologico.

L'articolo che avete appena letto suggerisce che raramente si deve ricorrere alla chirurgia in un paziente stitico. Per ottimizzare i risultati è essenziale lavorare con una equipe che comprenda il gastro-enterologo, la psicologa e-o psichiatra, il fisiokinesiterapista, perché spesso la eziopatogenesi della stitichezza è multimodale. E' anche importante avere una buona squadra per *l'imaging*: per lo studio dei tempi di transito intestinali, per la TAC del grosso intestino, per la defecografia e per l'ecografia transanale con sonda rotante. Seguendo questi criteri abbiamo operato solo pochi dei nostri pazienti stitici (80 in 11 anni), quelli resistenti a terapie conservative. A sei anni di distanza i due terzi sono migliorati o guariti[12].
Usando invece sempre lo stesso intervento, ad esempio la STARR, Madbouly et al[13] hanno avuto un miglioramento solo nel 40% dei loro pazienti stitici a quattro anni dall'operazione. Ecco perché bisogna essere eclettici e, in Paesi come il nostro, privilegiare la chirurgia a basso costo.

BIBLIOGRAFIA

1. Pescatori M, Spyrou M, Pulvirenti d'Urso A. A prospective evaluation of occult disorders in obstructed defecation using the 'iceberg diagram'. Colorect Dis 2006;8:785-789.
2. Johnstone B J, Clark D A, Wawick A M. Long-term outcomes of total colectomy for severe constipation. Colorect Dis 2023; 25: 1194-1201
3. Patton V, Balakrishnan V, Pieri C et al. Subtotal colectomy and ileorectal anastomosis for slow transit constipation: clinical follow-up at median 15 years. Tech Coloproctol 2020;24: 173-179.
4. Jarret ME. Neuromodulation for constipation and fecal incontinence. Urol Clin North Am 2005; 32: 79-87
5. Iacona R, Ramage L, Malakoodines G. Current state of neuromodulation for constipation and fecal incontinence in children: a systematic review. Eur J Pediatr Surg 2019;29(6):495-503
6. Del Popolo F, Cioli M, Plevi T, Pescatori M. Psychoecho-bio-feed-back: a novel treatment for anismus. Results of a prospective controlled study. Tech Coloproctol 2014;18: 895-900
7. Emile SH, Barsom SH, Khan SM, Wexner SD. Systematic review and meta-analysis of the outcome of puborectalis division in the treatment of anismus. Colorect Dis 2022;24:369-379
8. Farid M, Youssef T, Mahdy et al. Comparative study between botulinum toxin injection and partial division of puborectalis for treating anismus. Int J Colorect Dis 2009;24:327-334
9. Asciore L, Pescatori L C, Pescatori M. Semi-closed bilateral partial miotomy of the puborectalis for anismus: a pilot study. Int J Colorect Dis 2015;30: 1729-1734
10. Pescatori M. A modified miotomy of the puborectalis for anismus. Tech Coloproctol 2023;27: 507-512
11 Pescatori M, Zbar A P. Reinterventions after complicated or failed STARR procedure. Int J Colorect Dis 2009;24:785-789
12. Pescatori M, Zbar A P, Ayabaca S. M. Tailoring surgery for obtructed defecation syndrome to the "iceberg diagram". Long term results. Surgery 2022;172:1636-1641.
13. Madbouly K M, Abbass K S, Hussein A M. Disappointing long-term outcomes after stapled transanal rectal resection for obstructed defecation. World J Surg 2010;34:2191-2196

DICHIARAZIONE

L'autore dichiara l'assenza di conflitti di interesse, finanziamenti o problemi di riservatezza connessi con la pubblicazione del presente articolo.

Corrispondenza:
ucpclub@virgilio.it

Articolo originale

Il trattamento della stipsi con idrocolonterapia

GIAN LUIGI PESCE[1], FEDERICO VILLANI[2], ROSANNA GIUBERTI[3]

[1] Vicepresidente Società Italiana Idrocolonterapia [2] Researcher MD PhD University Arad, Romania [3] Presidente S.I.ICT.

Riassunto: La stipsi funzionale è un disordine gastro-intestinale invalidante, il cui trattamento rimane una sfida continua. Lo scopo dello studio è indagare e valutare un trattamento politerapico consistente nell'associazione tra idrocolonterapia (ICT) e contemporaneo impiego di probiotici ceppo specifici con purganti osmotici. Sono stati presi in osservazione 98 pazienti (84 F, 14 M) di età media 60 anni sui quali sono stati studiati gli effetti della poli-terapia sulla frequenza delle evacuazioni, sulla sensazione di gonfiore e di percezione della completezza dell'evacuazione. Dopo il primo ciclo di 6 sedute di ICT i pazienti sono stati sottoposti alla terapia con purganti osmotici, probiotico terapia insieme ad una seduta di mantenimento con intervallo variabile dalle due alle sei settimane a seconda della sintomatologia del paziente. Dopo 60 mesi di follow up la valutazione clinica dei pazienti ha ottenuto risultati soddisfacenti nel 72% dei casi.

Parole chiave: Stipsi; Idrocolonterapia; Probiotici; Purganti osmotici

Treatment of constipation with colon hydrotherapy

Abstract: Functional constipation is a burdensome gastrointestinal disorder, the treatment of which remains an ongoing challenge. The aim of the study is to investigate and evaluate a polytherapy treatment consisting of the association of colon hydrotherapy (CHT) and the simultaneous use of strain-specific probiotics with osmotic purgatives. 98 patients (84 F, 14 M) with an average age of 60 years were observed and the effects of polytherapy on the frequency of evacuations, the sensation of bloating and the perception of completeness of evacuation were studied. After the first cycle of 6 CHT sessions, patients were subjected to therapy with osmotic purgatives, probiotic therapy together with a maintenance session with an interval varying from two to six weeks depending on the patient's symptoms. After 60 months of follow-up, the clinical evaluation of the patients obtained satisfactory results in 72% of cases.

Keywords: Constipation; Colon Hydrotherapy; Probiotics; Osmotic purgatives

PREMESSA

La stipsi è un disturbo caratterizzato dalla scarsa frequenza e/o difficoltosa evacuazione delle feci con prevalenza dal 5 al 28% della popolazione dei paesi occidentali, in Italia il 18%[1], maggiore nelle femmine sui maschi sotto i 65 anni, negli over 65 le percentuali si avvicinano (in Italia circa 9 milioni di femmine e 4 di maschi. Uno studio OMS parla di 25 miliardi di dollari per lassativi annui nel mondo, in Italia circa 200 milioni di euro[1,2]. Per distinguere una stipsi transitoria da cambio di alimentazione e stile di vita da una forma primaria cronica, serve un'accurata visita (anamnesi ed esame obiettivo) e talvolta indagini strumentali e di laboratorio. I criteri per fare diagnosi di stipsi sono: presenza contemporanea di 2 o più dei seguenti sintomi: difficoltà in almeno ¼ delle defecazioni; senso di evacuazione incompleta in più di ¼ delle defecazioni; senso di ostruzione/blocco in più di ¼ delle defecazioni; meno di 3 evacuazioni spontanee/settimana; rare feci molli senza lassativi; criteri insufficienti per diagnosi di IBS; sintomi per oltre 3 mesi in un semestre (Criteri Roma IV/2016). Nella stipsi cronica è raccomandata la colonscopia dopo i 50 anni o prima con calo di peso, sangue nelle feci, anemia, febbre, famigliarità per cancro del colon-retto o IBD. Con diagnosi di stipsi cronica secondo i criteri di Roma IV va iniziato un trattamento dietetico, comportamentale e farmacologico.

INTRODUZIONE

Lo studio LIRS (39 centri di gastroenterologia italiani) ha dimostrato che la terapia dietetica, comportamentale e farmacologica è insufficiente nel 50% dei casi[2]. La peristalsi colica è controllata dai recettori della distensione della parete intestinale che avviano il riflesso neuromeccanico[3], propulsione modulata da dimensioni e consistenza del bolo fecale formato soprattutto da batteri, per cui con un'alterazione di volume e composizione del microbiota intestinale cambia volume e consistenza delle feci e con stimolo anomalo e rallentata propulsione nel colon[4-6].

MATERIALI E METODI

Questo studio osservazionale retrospettivo analizza l'efficacia della idrocolonterapia (ICT) e della politerapia (idrocolonterapia, lassativi e probiotici) nella gestione dei sintomi della stipsi cronica che non risponde alla classica terapia orale. Si sono sviluppati tre diversi studi osservazionali in tempi diversi, dal 2014 al 2024 per poi controllare i risultati. Sono stati suddivisi in 3 studi: 1) utilizzo della sola idrocolonterapia, 2) idrocolonterapia e terapia lassativa e probiotica per 6 mesi, 3) idrocolonterapia, terapia lassativa e probiotica prolungata. I parametri di inclusione sono omogenei sui 3 trial, rispettano i criteri di Roma III e la scala Wexner per la diagnosi di stipsi. Il primo studio (Tab. 1) è stato condotto dal 2014 al 2016 su 17 pazienti con tutta una serie di criteri sia per l'inclusione dei casi clinici (criteri Roma III e scala Wexner, Tab. 2) sia per la modalità di trattamento con una seduta di ICT alla settimana per 6 settimane. Il secondo studio (Tab. 3) è stato condotto dal 2017 al 2018 su 30 pazienti trattati con un approccio politerapeutico con utilizzo di purganti osmotici (magnesio supremo o macrogol) e di probiotici ceppo specifici integrati con cicli di ICT (una seduta ogni 15 giorni per tre mesi ed una di mantenimento mensile per altri tre mesi).

Tabella 1 - Diagnosi di stipsi cronica secondo Roma III
Sintomi presenti nei pazienti, per almeno tre mesi, con inizio almeno 6 mesi prima della diagnosi

Descrizione	Numero pazienti
Sforzo in almeno il 25% delle evacuazioni	16
Feci aride o dure in almeno il 25% delle evacuazioni	17
Sensazione di evacuazione incompleta in almeno il 25% delle evacuazioni	17
Manovre manuali in almeno il 25% delle evacuazioni	3
< 3 evacuazioni a settimana	13
Feci liquide raramente presenti in assenza di lassativi	8
insufficienti criteri per la diagnosi di sindrome dell'intestino irritabile	1

Tabella 2 - Scala di Wexner per la valutazione della stipsi (0-30)

Valutazione	Numero pazienti
Stipsi lieve	0
Stipsi moderata	3
Stipsi grave	11
Stipsi molto grave	4

Tabella 3 - Trattamento della stipsi con idrocoloterapia
Studio osservazionale SICT 2017 - 2018

30 Pazienti (F 26 e M 4) - età media 46 anni (24 e 76)

Il terzo studio dal 2019 al 2024 su 98 pazienti trattati con un approccio politerapeutico con purganti osmotici (magnesio supremo o macrogol), probiotici ceppo specifici e cicli di ICT (una seduta ogni 15 giorni per 3 mesi e sedute di mantenimento da 3 a 6 settimane secondo il grado di severità della stipsi), in quest'ultimo gruppo suddivisi anche per disfunzione motoria (Tab. 4).

Tabella 4 - Classificazione secondo Disfunzione Motoria

n. pazienti 98			
Pazienti con transito normale	10	10%	età media 51
Pazienti con transito rallentato	45	46%	età media 59
Pazienti con defecazione ostruita	19	20%	età media 70
Pazienti con stipsi mista colica ed anorettale	24	24%	età media 60

RISULTATI

Il primo studio ha evidenziato un miglioramento dei sintomi (n. evacuazioni, percezione di evacuazione completa, senso di gonfiore) alla fine delle 6 settimane di trattamento con ripresa dei disturbi dopo 4-6 settimane nel 70% dei casi (Tab. 5). Nel secondo studio alla fine del trattamento di 6 mesi (Tab. 6), 24 pazienti su 30 (80%) sono rientrati nell'ambito della defecazione normale ed un 20% non hanno avuto beneficio. Ma a distanza di ulteriori 6 mesi dopo la sospensione della terapia 17 pazienti su 24 (70%) hanno ripresentato una diminuzione nel numero delle evacuazioni (Tab. 6).

Tabella 5 - Risultati alla fine del trattamento

numero di evacuazioni		
Evacuazione giornaliera	12	40%
Ogni due giorni	6	20%
Ogni tre giorni	6	20%
Ogni quattro giorni	2	7%
Ogni sei giorni	1	3%
Non responders	3	10%

24 pz su 30 (80%) sono rientrati nell'ambito della defecazione normale.
Il 10% non ha avuto alcun beneficio.

Tabella 6 - Risultati dopo 6 mesi dal trattamento

numero di evacuazioni		
Evacuazione ogni 1-2 giorni	6	20%
Evacuazione ogni 3 giorni	1	3%
Evacuazione ogni 4-5 giorni	12	40%
Evacuazione ogni 6-7 giorni	8	27%
Non responders	3	10%

A distanza di 6 mesi 20 pz (67%) hanno ripresentato disturbi per cui è stato necessario riprendere sedute di ICT.

Nel terzo studio (transito normale o rallentato) c'è stata una buona percentuale di miglioramento con la politerapia, per frequenza della defecazione, meteorismo, percezione di evacuazione completa. Nei pazienti con defecazione ostruita e /o con stipsi mista la politerapia associata anche a fisioterapia del pavimento pelvico ha prodotto una minore percentuale di miglioramento (Tab.7).

Tabella 7 - Risultati dopo 60 mesi dal trattamento

10 pz	Transito normale	70%	30%	-
45 pz	Transito rallentato	62%	15%	23%
18 pz	Defecazione ostruita	37%	26%	37%
22 pz	Mista (t. rallentata+ defec. ostruita)	58%	21%	21%
	Tot pazienti	57%	20%	23%
		Buono	Sufficiente	Insufficiente

DISCUSSIONE

L'analisi dei dati nei tre tipi di studi ha permesso di fare queste valutazioni: nei pazienti con stipsi grave l'utilizzo di un solo tipo di terapia è inefficace. Il primo studio ha messo in evidenza che l'ICT può migliorare temporaneamente la frequenza nell'evacuazione, il senso di gonfiore e il beneficio dopo l'evacuazione, ma dopo qualche settimana i disturbi ritornano. Il secondo ha rilevato l'efficacia della politerapia per tutti i 6 mesi dello studio, con ricomparsa dei sintomi dopo qualche mese dalla sospensione del trattamento. Il terzo depone per un miglioramento con la politerapia che si mantiene nel tempo attraverso una seduta di ICT cronoprogrammabile con un timing personalizzato a seconda della gravità clinica. Questa esperienza indica che l'interazione di probiotici mirati, purganti osmotici e ICT può modificare alcuni aspetti patologici a livello molecolare nel sistema nervoso enterico (intrinseco), interagendo con alcune funzioni intestinale e ripristinando una motilità più utile al benessere del paziente.

CONCLUSIONE

La stipsi è una patologia a carattere multifattoriale. Sarà necessario adottare sistemi di analisi più complessi per comprendere meglio l'interazione delle singole terapie e le loro sinergie per utilizzarle meglio nella gestione della stipsi[7,8,9]. Lo studio in sé, anche senza analisi statistica avanzata, permette di prendere spunti per la gestione delle stipsi croniche soprattutto nei pazienti che non beneficiano della classica terapia, migliorando la qualità della vita attraverso nuove opzioni terapeutiche per questa tipologia di pazienti che vive in un grave disagio.

BIBLIOGRAFIA

1. Cottone C, Tosetti C, Ubaldi E. La stipsi cronica: trattamento clinico. Rivista SIMG 2012; 1:82
2. Neri L, Basilisco G, Corazziari E, et al. Constipation severity is associated with productivity losses and healthcare utilization in patients with chronic constipation. United European Gastroenterol J. 2014;2(2):138-47. doi: 10.1177/2050640614528175.
3. Costa M, Spencer NJ, Brookes SJH. The role of enteric inhibitory neurons in intestinal motility. Auton Neurosci. 2021;235:102854.
4. Kwon HJ, Lim JH, Kang D, et al. Is stool frequency associated with the richness and community composition of gut microbiota? Intest Res. 2019;17(3):419-426. doi: 10.5217/ir.2018.00149.
5. Barbara G,Stanghellini V,Brandi G, et al. Interaction between commensal bacteria and gut sensorimotor function in health and disease. Am J Gastroenter 2005; 100:2560-68
6. Riezzo G, Orlando A, Attoma B, et al. Randomized double blind placebo controlled trial on lactobacillus reuteri DSM 17938: improvement in symptoms and bowel habit in functional constipation. Benef Microb 2018, 9:51-60
7. Wang JK, Yao SK. Roles of Gut microbiota and metabolites in pathogenesis of functional constipation. Evid Based Complement Alternat Med. 2021:5560310. doi: 10.1155/2021/5560310.
8. Xu X, Wang Y, Long Y, et al. Chronic constipation and gut microbiota. Current research insights and therapeutic implications. Postgrad Med 2021; 100 (1190):890-7
9. Naito Y. Gut frailty: its concept and pathogenesis. Digestion 2024; 105 (1): 49-57

DICHIARAZIONE

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitti di interesse, finanziamenti o problemi di riservatezza connessi con la pubblicazione del presente articolo.

Corrispondenza
villanidottfederico@gmail.com
Società Italiana IdroColonTerapia, Via Catalani 65, Milano

Venti articoli sul **Paradigma della Teoria Integrale** sono stati pubblicati su **Annals of Translational Medicine** nel 2024 (12/2). Pelviperineologia ne pubblica gli abstract dal numero 2 2025 redatti a cura di G.Dodi, M.P. Di Silvestro e S. Moroni. In questo fascicolo compaiono le sintesi degli articoli 6 e 7. Se ne raccomanda la lettura nella versione completa cliccando su DOI di fianco al titolo.

Dolore Pelvico Cronico (DPC) di origine sconosciuta nella donna

https://dx.doi.org/10.21037/atm-23-1758

PETER PETROS[1], JACOB BORNSTEIN[2], KAY SCHEFFLER[3], FLORIAN WAGENLEHNER[4], BURGHARD ABENDSTEIN[5], ANASTASIYA ZAYTSEVA[6]

[1]Sidney, Australia; [2]Ramat Gan, Israel; [3]Schwerin, Germany; [4]Giessen, Germany; [5]Feldkirch, Austria; [6]Saint-Petersburg, Russian Federation

INTRODUZIONE

Il dolore pelvico cronico (DPC) è un problema diffuso che colpisce il 10–20% delle donne di tutte le età. Spesso classificato come di "origine sconosciuta", in realtà esistono evidenze risalenti al 1938 (Martius) e successivamente al 1993 (Petros e Ulmsten) che identificano nella lassità dei legamenti uterosacrali (USL) una causa del CPP, inserita nella più ampia **sindrome del fornice posteriore** (PFS) (Video S1, S2). Nello studio di Petros del 1996 su 28 donne con sintomi gravi, il dolore era severo, spesso monolaterale, situato nella fossa iliaca e alleviato dalla posizione supina o dall'uso di un pessario vaginale. Palpare la cervice riproduceva il dolore, spesso associato a stanchezza, irritabilità e dolore post-coitale. Tuttavia, la dispareunia profonda non era frequentemente riportata spontaneamente. Lo scopo principale di questa revisione è dimostrare che il CPP, quando coesiste con sintomi urinari, prolasso uterino e talvolta problemi intestinali, è spesso parte della PFS, e quindi potenzialmente curabile attraverso il rafforzamento chirurgico o non chirurgico dei legamenti USL. Descritta per la prima volta nel 1993, la SFP include DPC, urgenza, frequenza urinaria, nicturia, difficoltà di svuotamento vescicale e ritenzione post-minzionale, tutte correlate a lassità dei legamenti uterosacrali e migliorabili o risolvibili con la loro riparazione.

CAUSA DEL DPC

Secondo Petros, la causa del dolore è il cedimento dei plessi viscerali (PV), situati presso la giunzione inferiore degli USL. Questi plessi contengono assoni afferenti provenienti da vari organi pelvici. Quando gli USL sono lassi, i VP non sono adeguatamente supportati e il peso della gravità stimola i nervi a inviare segnali di dolore al cervello, che interpreta questi segnali come originati dagli organi periferici (vulva, vescica, retto, addome), non dai VP stessi (Fig.1).

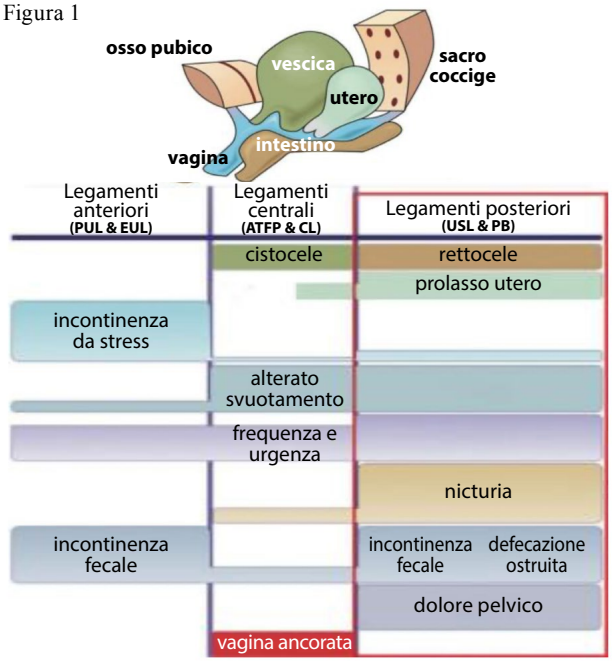
DIAGNOSI

La diagnosi si basa su un algoritmo illustrativo che raggruppa i sintomi correlati (dolore, nicturia, sintomi vescicali e intestinali) e indica la lassità degli USL come causa principale (Fig.2). Due test possono supportare questa ipotesi: Speculum test: l'introduzione di uno **speculum** sostiene gli USL e può ridurre il dolore e l'urgenza urinaria; **Bornstein test**: iniezione di anestetico locale nella zona degli USL che porta al rapido sollievo di dolori multipli (vulvodinia, dolore addominale, parauretrale, cervicale), confermando l'origine comune; **supporto meccanico intravaginale**: oltre allo speculum, anche dispositivi come tamponi vaginali o garze arrotolate possono sostenere meccanicamente gli USL e alleviare i sintomi. Questo conferma la connessione tra supporto legamentoso e sollievo dal CPP. Vanno poi considerate l'influenza degli ormoni e le variazioni sintomatiche durante il ciclo mestruale o la gravidanza: l'influsso ormonale sul collo uterino può influenzare gli USL, causando l'insorgenza o peggioramento del CPP e altri sintomi della PFS.

Il dolore può variare anche giornalmente, come osservato nel tracciamento di una paziente di 67 anni con prolasso di primo grado, evidenziando la complessità individuale del CPP.

Spesso le pazienti riferiscono solo un sintomo principale (dolore), mentre altri sintomi urinari o intestinali rimangono "sotto la superficie" e devono essere ricercati attivamente dal medico tramite un'attenta anamnesi guidata secondo il **principio dell'iceberg** di Pescatori (Fig.3).

Figura 1



TERAPIA DEL CPP

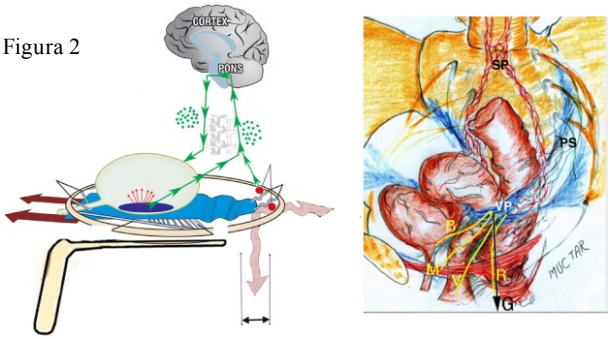
Trattamento non chirurgico: gli esercizi del pavimento pelvico basati su squat (Skilling) hanno mostrato buoni risultati, con un miglioramento dei sintomi in una percentuale tra il 60% e il 90% delle donne premenopausali con prolasso minimo. Questi risultati confermano che il rafforzamento funzionale dei legamenti può essere efficace anche senza chirurgia.

Cura chirurgica: nel trial di Petros (1996), la plicatura vaginale dei legamenti USL portò alla scomparsa del dolore nel 85% dei casi a 3 mesi e nel 70% a 12 mesi. In seguito, fu notato che la riparazione nativa degli USL era inefficace nelle donne in post-menopausa, portando all'uso di sling sintetici. Altri studi (Goeschen et al., 2008) riportarono risultati simili in 198 donne trattate con sling USL, mostrando miglioramenti sia nei sintomi dolorosi che in quelli urinari e intestinali.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Secondo la teoria del "centralino telefonico" i plessi viscerali agiscono come nodi in cui convergono assoni da diversi organi. Quando non sono supportati, questi inviano segnali di dolore erroneamente attribuiti a organi periferici. La conferma arriva da: sollievo simultaneo di dolori in più sedi dopo anestesia locale ai VP; test dello speculum; chirurgia degli USL con esito positivo. Tali interventi hanno risolto vari fenotipi del CPP, come vulvodinia, cistite interstiziale, spasmi muscolari pelvici, dolore cervicale, dispareunia e dolore lombare basso.

Figura 2



Limitazioni e sviluppi futuri: nonostante l'efficacia clinica, i meccanismi istologici (infiammazione, neuroproliferazione) presenti negli organi periferici (vulva, urotelio) restano da spiegare completamente. Una possibile interpretazione è che, sebbene il segnale doloroso origini dai VP, il cervello invia impulsi agli organi periferici che innescano una risposta infiammatoria locale.
Il CPP può assumere diverse forme (vulvodinia, IC/BPS, dolore muscolare, coccigodinia) e, se coesiste con altri sintomi, è probabilmente causato da lassità degli USL. La risposta positiva ai test meccanici o anestetici indica una probabile curabilità chirurgica o riabilitativa. È fondamentale per il medico investigare sintomi "nascosti" secondo il principio dell'iceberg e utilizzare strumenti

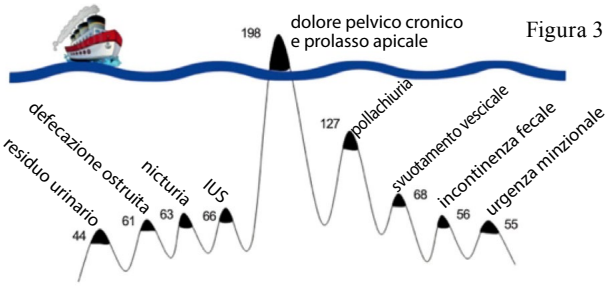


Figura 3

come l'algoritmo diagnostico e il questionario ITSQ per una diagnosi e gestione complete.

Un sistema diagnostico pratico basato sui legamenti per la cura dei sintomi pelvici e del prolasso Video 1-3 https://dx.doi.org/10.21037/atm-23-1759

PETER PETROS[1], BERNHARD LIEDL[2], PAOLO PALMA[3], CASSIO RICCETTO[3], SHUQING DING[4]

[1]Sidney, Australia; [2]Planegg, Germany ;[3]Sao Paulo, Brazil; [4]Minnesota, USA

INTRODUZIONE

Il sistema clinico basato sull'anatomia, derivato dal Paradigma della Teoria Integrale (ITP), offre un approccio diagnostico e terapeutico pratico per le donne con sintomi pelvici come disfunzione vescicale e intestinale, dolore e prolasso ed enfatizza l'identificazione delle cause ligamentose dei sintomi offrendo un percorso curativo, anche quando il prolasso è minimo.
Incontinenza, dolore pelvico e prolasso rappresentano una sfida soprattutto quando i sintomi non corrispondono chiaramente a un prolasso visibile. L'articolo presenta un sistema diagnostico convalidato, graduale e incentrato sui legamenti e ipotizza che molti di questi sintomi non siano misteriosi o incurabili, ma il risultato diretto di legamenti pelvici lassi o danneggiati e può essere applicato nella pratica ambulatoriale quotidiana.

COMPRENDERE IL PARADIGMA DELLA TEORIA INTEGRALE (ITP)

L'ITP è determinante nel collegare specifici sintomi del pavimento pelvico a difetti nei legamenti di supporto. Contrariamente alle opinioni tradizionali che spesso etichettano il dolore pelvico o l'urgenza urinaria come di origine idiopatica o neurologica, l'ITP suggerisce che derivino spesso da un cedimento strutturale dei tessuti connettivi pelvici e un prolasso minimo può segnalare una disfunzione.
Il sistema identifica il legamento problematico, lo conferma tramite esame obiettivo e lo convalida con supporto meccanico (intervento simulato) prima di iniziare il trattamento migliorando la precisione del trattamento.

SISTEMA DIAGNOSTICO IN QUATTRO FASI

1. *Identificazione dei sintomi*: questionario sui sintomi della teoria integrale (ITSQ) classificati in zone anatomiche: anteriore (legamento pubo-uretrale): incontinenza da stress, perdite uretrali; intermedia (legamento cardinale): cistocele, scarso svuotamento vescicale; posteriore (legamento uterosacrale): prolasso uterino, dolore pelvico cronico, problemi intestinali. Ogni sintomo viene etichettato in base alla probabile causa legamentosa e le risposte vengono mappate su un algoritmo visivo per guidare la valutazione successiva.
2. L'*algoritmo diagnostico visivo*: organizza i sintomi nelle tre zone e aiuta a identificare quali legamenti sono probabilmente compromessi. E' uno strumento diagnostico e di supporto mnemonico durante i colloqui clinici. Questa mappatura garantisce che nessun sintomo o prolasso venga trascurato ed è la base per l'esame obiettivo.
3. *Esame vaginale*: l'esame specifico per zona verifica il danno legamentoso previsto dall'algoritmo. Ogni zona viene esaminata per segni quali: debolezza del PUL: confermata con una pinza dietro la sinfisi a supportare un PUL debole prevenendo l'allungamento del PUL durante tosse o sforzo; difetti del CL: evidenti nel prolasso della parete vaginale laterale vicino alla cervice; lassità del LUS: valutata tramite test con speculum e osservazione di enterocele o rettocele.
4. *Simulazione chirurgica*: per convalidare il sospetto danno legamentoso, durante l'esame vengono applicati semplici test meccanici: test emostatico: la pressione dietro l'osso pubico simula quella di una fionda; se la perdita di urina si arresta durante la tosse, il danno al legamento pubico posteriore è confermato (video 4); test dello specchio: il supporto della parete vaginale posteriore allevia l'urgenza o il dolore pelvico, indicando il coinvolgimento del legamento pubico superiore. Questi test confermano in tempo reale che i sintomi sono di origine strutturale (vedi Fig.1 pag.91).

SINTOMI COMUNI E CONNESSIONE LEGAMENTOSA

Incontinenza urinaria da sforzo (IUS): correlata alla disfunzione del legamento pubococcigeo;
urgenza urinaria e nicturia: spesso si risolvono con il supporto del legamento uterosacrale (USL); *dolore pelvico cronico*: fortemente correlato alla lassità dell'USL può essere alleviato con il supporto della parete posteriore; *sintomi intestinali e discesa perineale* associati a danni all' USL e ai legamenti perineali trasversi profondi; *cistocele*: difetti trasversali si verificano con prolasso laterale del legamento pubococcigeo, i cistoceli centrali possono essere collegati al distacco del muscolo pubococcigeo, eziologia meno conosciuta. (video 5)
Il sistema descrive e prevede quale riparazione legamentosa può eliminare i sintomi.

TEST OGGETTIVI E VALORE PREDITTIVO

Il sistema clinico si integra con test oggettivi di supporto nei casi complessi (test del tampone, urodinamica, ecografia, diario minzionale) e prevede i risultati con accuratezza, anche in assenza di prolasso visibile significativo; quindi è utile nei casi che verrebbero liquidati come "funzionali" o psicosomatici.

CONSIDERAZIONI SPECIALI E CONCLUSIONE

Sindrome della vagina ancorata (TVS): causata da cicatrici iatrogene, con grave incontinenza al risveglio; *perineo discendente*: indica un danno ai legamenti trasversi profondi del perineo (DTP), con perineocele o rettocele basso valutato durante l'esplorazione rettale e lo sforzo. (video 6)
Orientamenti futuri: il sistema ITP si presta ad applicazioni di apprendimento automatico e i modelli di *reti bayesiane* potrebbero replicare il processo decisionale del medico adattandosi nel tempo e diventando più accurati apprendendo nuovi dati. Questo promette una più ampia diffusione e standardizzazione della diagnostica del pavimento pelvico sfidando l'idea che molti sintomi pelvici siano inspiegabili o irrisolvibili. Offre invece un metodo riproducibile per identificarne le radici strutturali. I principali vantaggi includono: rapida mappatura sintomo-legamento; chiara guida anatomica per il trattamento chirurgico o conservativo; applicabilità ambulatoriale con test non invasivi; conferma oggettiva attraverso strumenti semplici e in definitiva il sistema consente ai medici di trattare le cause, non solo i sintomi, di disturbi pelvici complessi.

Incontinenza e dintorni: dal punto di partenza alla vita di tutti i giorni

SILVIA LAITI

Chirurgia Generale San Bortolo Vicenza

Nella suggestiva Ex Centrale del Latte di Vicenza, il grande edificio dove sorgeva lo storico stabilimento ora convertito a spazi accessibili alla cittadinanza, il 18 Ottobre in collaborazione con l'AisFin Veneto OdV, si è svolto un evento che coniuga gli obiettivi sociali e umani di AISTOM e FincoPP con l'intento di essere supporto e riferimento per i pazienti stomizzati e con disturbi del pavimento pelvico. Hanno dato il patrocinio anche AULSS 8 Berica, Comune di Vicenza, Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri, associazioni Apis, GAS, Palinuro, Associazione Tecnico-Scientifica di Stomaterapia e Riabilitazione del Pavimento Pelvico e Radiotelevisioni Europee Associate. A riempire la sala oltre 80 persone che hanno potuto ascoltare, confrontarsi e chiedere delucidazioni ai professionisti presenti durante la sessione.
Dal titolo accattivante ma non così immediato, l'icona immagine cela una realtà che tocca da vicino: una mamma giovane, stomizzata, che gioca con il figlio nel terreno farraginoso del mondo moderno. L'evento, con fine ultimo i pazienti, ha avuto intento informativo e conoscitivo, con l'obiettivo di trasmettere alla popolazione target la presenza e la copartecipazione attiva alle problematiche inerenti il loro status. Si sono susseguite brevi sessioni, tenute da figure professionali attive nel relativo campo, con un unico focus: il paziente. Dopo i saluti delle autorità e la breve introduzione del prof Giuseppe Dodi, che ha puntualizzato il fine dell'incontro stesso e le volontà dell'associazione patrocinatrice, è stato dato spazio ad alcuni pazienti che hanno portato la loro testimonianza sulla loro vita quotidiana di convivenza con incontinenza e/o stomia. È stato quindi il momento degli interventi dei vari specialisti, interpreti preparati, che con entusiasmo hanno accolto l'invito a partecipare all'incontro. Il dr Daniele Canova, con il supporto della dr.ssa Linda Cingolani (entrambi dirigenti medici UOC Gastroenterologia Ospedale San Bortolo), ha aperto la sessione con una panoramica ampia e dettagliata sulle IBD e il controllo intestinale; l'intervento, iniziato con brevi dati statistici, si è focalizzato su diagnosi, possibili terapie e trattamenti. La parola è passata quindi alla dr.ssa Silvia Laiti e al dr Andrea Geron, UOC Chirurgia Generale che hanno affrontato la problematica dell'incontinenza relativa alla valutazione ambulatoriale dei pazienti e ai possibili approcci chirurgici. La dr.ssa Claudia Colbacchini, UOC Urologia si è occupata dell'incontinenza urinaria, evidenziando quando si presenta e quali sono i possibili approcci medici. In qualità di stomaterapiste, le dr.sse Valeria Picco e Silvia Bressan, hanno spiegato la loro attività, preziosa, circa l'educazione alla gestione del presidio stomale e lo stoma-care. La dr.ssa Maria Vittoria

Vicenza, 18 Ottobre 2025. Riunione provinciale annuale dell'AisFinVeneto nella Sala convegni dell'Ex Centrale del Latte.

Zanoni, fisioterapista riabilitatrice del pavimento pelvico, ha illustrato sia le disfunzioni del pavimento pelvico sia in cosa consiste la fisioterapia dedicata a questa area del nostro corpo. In chiusura, non era tralasciabile il risvolto psicologico nei pazienti, che la dr.ssa Rossana Terni, psicologa e psicoterapeuta, ha illustrato mettendo in evidenza i lati emotivo e relazionale dell'incontinenza sul vissuto quotidiano. Non ci sono solo i pazienti: attorno a ciascuno, ruotano familiari, amici, colleghi, conoscenti. Ci sono le emozioni, che ricordano quotidianamente quanto sia bello e altrettanto difficile mantenere aperta la porta della speranza. E poi ci siamo anche noi, specialisti del settore, che non abbiamo solo bisogno di aggiornarci e impratichirci: il percorso della condivisione ci aiuta ad accettare i limiti e ritrovare coraggio quando la stanchezza schiaccia, l'entusiasmo perde smalto, i buoni propositi vacillano.

AisFinVeneto 2026

sono previsti, per il terzo anno consecutivo, incontri a Venezia, Chioggia, Padova, Piove di Sacco, Vicenza, Verona, Rovigo, Feltre/Belluno, Castelfranco/Treviso

e, a sorpresa,

nel cuore dei Colli Euganei,

Gli Incontri della Yurta

confronti e spettacolo

sui grandi temi della pelvi-perineologia

Pelvishop
LA PELVI SICURA

*USUFRUISCI DEL CODICE SCONTO pelviperineologia2025 -20% su www.pelvishop.com

TEST DEL MICROBIOTA Nell'arco di alcune settimane analizza in coltura un campione di feci. Considera le condizioni generali del paziente e identifica gli squilibri (disbiosi) tra le colonie microbiche responsabili di varie malattie. Un professionista qualificato fornisce consigli sull'alimentazione e l'eventuale assunzione di integratori o farmaci.

RELAXER Dispositivo wireless studiato per lo svolgimento degli esercizi mirati al rilassamento dei muscoli pelvici a livello anale, urinario e sessuale. Permette di visualizzare sullo smartphone la contrazione e il rilasciamento dei muscoli del perineo e dello sfintere anale, in modo piacevole e rilassante, con la possibilità di avere un riscontro (feedback) in tempo reale sul corretto svolgimento dell'esercizio.

INTELLISTIM Dispositivo professionale ad uso domiciliare per il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale con l'elettrostimolazione perineale.

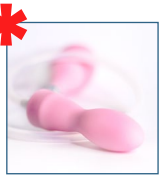
PULSACLIS Il clisma a getto pulsante, dotato di cannula lunga e morbida, svuota e pulisce l'ultimo tratto dell'intestino (retto e sigma) e con le pulsazioni stimola la peristalsi per una corretta gestione sia della stipsi che dell'incontinenza anale.

REGOLAUS RABARBARO Integratore alimentare; regola la funzione intestinale in caso di stipsi svolgendo coi suoi principi attivi naturali un'azione efficace ed equilibrata anche sulle prime vie digestive. Il contenuto di senna e frangula è dosato al fine di limitarne l'aggressività sulle mucose, facendo rientrare il prodotto nella categoria dei lassativi non irritanti. Come digestivo: 1 grano dopo i pasti; come blando lassativo: 3 grani prima di coricarsi la sera.

CREMA EMORAUS Crema a base di centelloside, calendula, allantoina, escina, elianto, cardiospermum halicacabum; astringente, antiossidante. Migliora la vascolarizzazione e la riepitelizzazione, il trofismo tissutale e allevia il prurito/fastidio/dolore anale. Applicare 2 volte/dì sulla zona interessata.

DILATAN Plus I dilatatori, nelle misure 18, 20, 23 e 27 mm, sono indicati nelle stenosi del canale anale e nello spasmo doloroso dell'ano associato ad ipertono sfinterico indotto da ragade anale o crisi emorroidaria. Introdotti per pochi secondi, sono utili in caso di sanguinamento emorroidario e di stipsi per difficile espulsione delle feci. Spalmare il dilatatore con la crema indicata per ragade, emorroidi o altro, possibilmente priva di anestetico locale che è spesso irritante.

ANIBALL Dispositivo medico per l'allenamento del pavimento pelvico in gravidanza; rinforza e rende più elastici muscoli e tessuti vulvo-vaginali, riduce le indicazioni per l'episiotomia e il rischio di lacerazioni al parto. Utilizzare regolarmente in preparazione al parto.



ANIBALL INCO Dispositivo medico per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria da sforzo; aiuta a percepire e allenare il pavimento pelvico, coordinandolo con la respirazione, per ripristinare le molteplici funzioni della pelvi, in particolare la continenza urinaria (Pelviperineologia 2025; 44 (3): 72-73).

IGIET Dispositivo meccanico, un solo gesto, un maggior benessere e un occhio di riguardo alla natura, evitando inutili sprechi di carta. È di particolare beneficio in quelle situazioni di problemi anali (emorroidi, ragadi, dermatiti con prurito, fistole, ferite di vario tipo, ecc.) in cui è preferibile evitare lo sfregamento della carta igienica con l'ano. Inoltre induce il riflesso ano-colico per completare lo svuotamento del retto nei casi, molto frequenti, in cui c'è la sensazione di defecazione incompleta.

TIME MARKERS Marcatori radiopachi per lo studio dei tempi di transito intestinale. Metodo consigliato: assumere 10 marcatori al giorno (1 busta) per 10 giorni (con dieta regolare e nessuno stimolo per la defecazione); effettuare una radiografia diretta dell' addome l'11° giorno.

VENOCIRCOLAUS Integratore alimentare naturale contiene diosmina, esperidina e centella. Migliora il microcircolo e previene la fragilità capillare nelle gambe e favorisce la circolazione del plesso emorroidario. Assumere 2 capsule al dì.

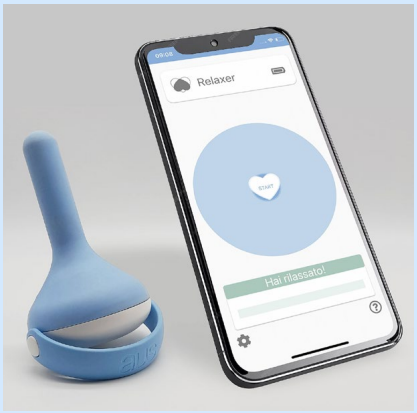
PERAUSETTA Peretta indicata per effettuare piccoli clisteri e lavaggi del tratto finale dell'intestino (retto e canale anale, ano) e della vagina. L'applicazione è consigliata per lo stimolo iniziale alla defecazione oppure, nei casi di sensazione di incompleto svuotamento, per indurre, dopo il primo passaggio delle feci, l'emissione successiva e concludere in due sole volte la defecazione.

CREMA RAGADAUS Crema naturale a base di calendula, vit. A, E, cardiospermum. Migliora la vascolarizzazione e la riepitelizzazione dell'anoderma e predispone alla rapida riduzione del prurito e del dolore anale. Applicare 2 volte/dì sulla zona interessata.

LA PELVI SICURA

PULSACLIS Kit Irrigazione Trans Anale

L'Irrigazione Trans Anale (TAI) è la risposta alle situazioni più fastidiose collegate alla stitichezza (intestino irritabile/"colite") e all'incontinenza anale. Il clisma a getto pulsante, dotato di cannula lunga e morbida, svuota e pulisce l'ultimo tratto dell'intestino (retto e sigma) e stimola la peristalsi per una corretta gestione della stipsi e dell'incontinenza. Molti fattori, comprese le emozioni, possono impedire una soddisfacente defecazione. Nelle forme che maggiormente disturbano la qualità della vita il problema si supera in modo semplice col clistere pulsante, approccio innovativo di facile uso a domicilio, economico rispetto ad altri dispositivi, utile nella stitichezza con transito rallentato. All'effetto meccanico dell'acqua si possono aggiungere prodotti con azione emolliente e lenitiva sulle mucose irritate.



RELAXER biofeedback®

È un dispositivo wireless studiato per lo svolgimento degli esercizi mirati al rilassamento dei muscoli pelvici a livello anale, urinario e sessuale. La sonda, di 6 × 1,5 cm, è elasticamente deformabile e sensibile alla pressione sfinterica. Contiene un sensore di pressione che emette un segnale audio attraverso lo smartphone con cui è collegato per mezzo di una app. È alimentato da una batteria ricaricabile al suo interno. Il Relaxer® permette di visualizzare sullo smartphone il rilasciamento dei muscoli del perineo e dello sfintere anale, in modo piacevole, con la possibilità di avere un riscontro (feedback) in tempo reale sul corretto svolgimento dell'esercizio.

IGIET getto igienico

Dispositivo meccanico, un solo gesto, un maggior benessere e un occhio di riguardo alla salvaguardia della natura, evitando inutili sprechi di carta. L'Igiet va collegato al rubinetto del bidè o del lavandino accanto al wc. Oltre che per una normale igiene personale, l'Igiet è di particolare beneficio in quelle situazioni di problemi anali (emorroidi, ragadi, dermatiti con prurito, fistole, ferite di vario tipo, ecc.) in cui è preferibile evitare lo sfregamento della carta igienica con l'ano. È inoltre adatto alle persone con disabilità fisiche, con difficoltà nell'utilizzo delle mani, soggetti molto anziani, obesi, poiché non richiede alcuno sforzo fisico.

ANIBALL INCO

Alleato ideale per il benessere intimo femminile, studiato per prevenire e trattare l'incontinenza urinaria da sforzo, questo innovativo dispositivo medico in silicone aiuta a rafforzare e armonizzare tutte le funzioni del pavimento pelvico in modo delicato e naturale. Grazie al palloncino gonfiabile utilizzato in combinazione con la respirazione profonda, ogni donna può riscoprire la consapevolezza dei propri muscoli, migliorandone tono e rilassamento. Facile da usare, sicuro e confortevole, Aniball INCO offre un supporto concreto per ritrovare equilibrio, fiducia e libertà nei gesti quotidiani. Un piccolo passo per prendersi cura di sé, con grandi benefici a lungo termine (Pelviperineologia 2025; 44 (3): 72-73).

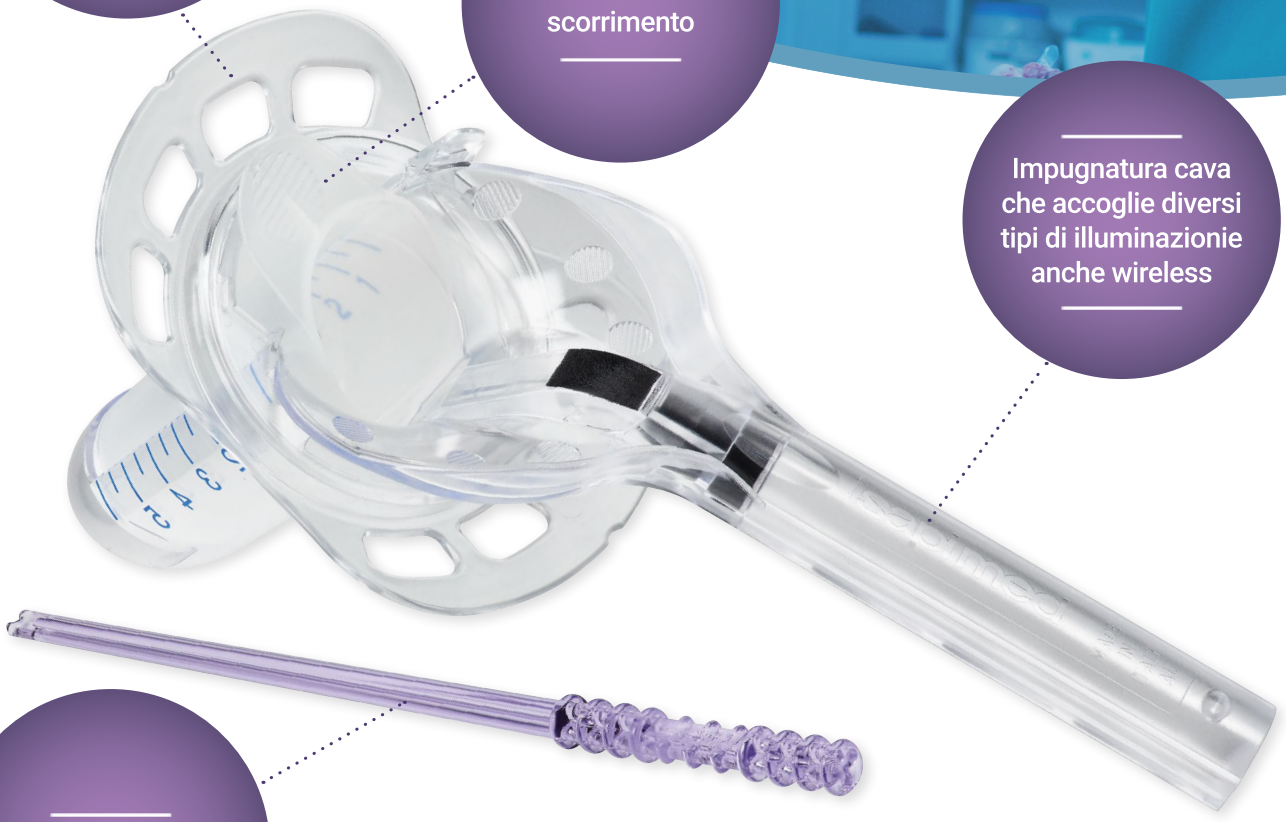
A.U.S. Srl
Sede legale e Amministrativa: Via Croce Rossa, 42 Padova
Tel. 393 85 795 61 - P.Iva 04616290286
pelvishop.com
info@pelvishop.com

Pelvishop
LA PELVI SICURA

Flangia di fissaggio per operatività **hands-free**

Slider di scorrimento

Impugnatura cava che accoglie diversi tipi di illuminazionie anche wireless



Spinginodo

ERODe

ENDORECTAL OPERATIVE DEVICE

Abbinabile a sonda doppler pluriuso

ERODe è un dispositivo chirurgico versatile che si presta a diverse tipologie di interventi proctologici per l'ampia visuale e il comodo spazio di manovra.

sapimed
via della Chimica, 6 - Alessandria
www.sapimed.com