Vol. 44 - N. 2
Giugno 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

www.pelviperineologia.it

Indice

23 La sindrome del prolasso rettale, aspetti anatomo-funzionali e centrali. Proposta nosografica innovativa per una visione multidimensionale G. Dodi, A. Carsughi

28 Aggiornamento sul significato e l'utilità dell'analisi del microbiota nel dolore pelvico cronico U. Fronzoni

30 Miotomia parziale bilaterale del pubo-rettale per anismo con ostruita defecazione M. Pescatori

32 Dalla mente al pavimento pelvico: approccio integrato in un caso complesso di stipsi cronica in un disturbo ossessivo compulsivo T. Peserico

33 Affrontare incontinenza e stomie: strategie e supporto per una vita senza limiti. L'AisFinVeneto a Verona F. Mazzola

34 La Teoria Integrale: 1 Un paradigma, 2 Introduzione, 3 Anatomia pelvica strutturale, funzionale e disfunzionale D. Gold, P. Petros, B. Liedl, G. Dodi, H. Inoue, M. Neuman, E. Del Amo

36 Stato dell'arte su incontinenze, stomie e disfunzioni del pavimento pelvico. L'AisFinVeneto a Padova-Piove di Sacco B. Santoni

37 Fondazione Francesco della Valle. Excellence in Neuroinflammation. Praglia (Padova) 18 Ottobre 2025

38 "Miele" per le dissinergie addomino-pelviche: nasce Ape Maia M. Pescatori, V. Piloni, G. Dodi

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)

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

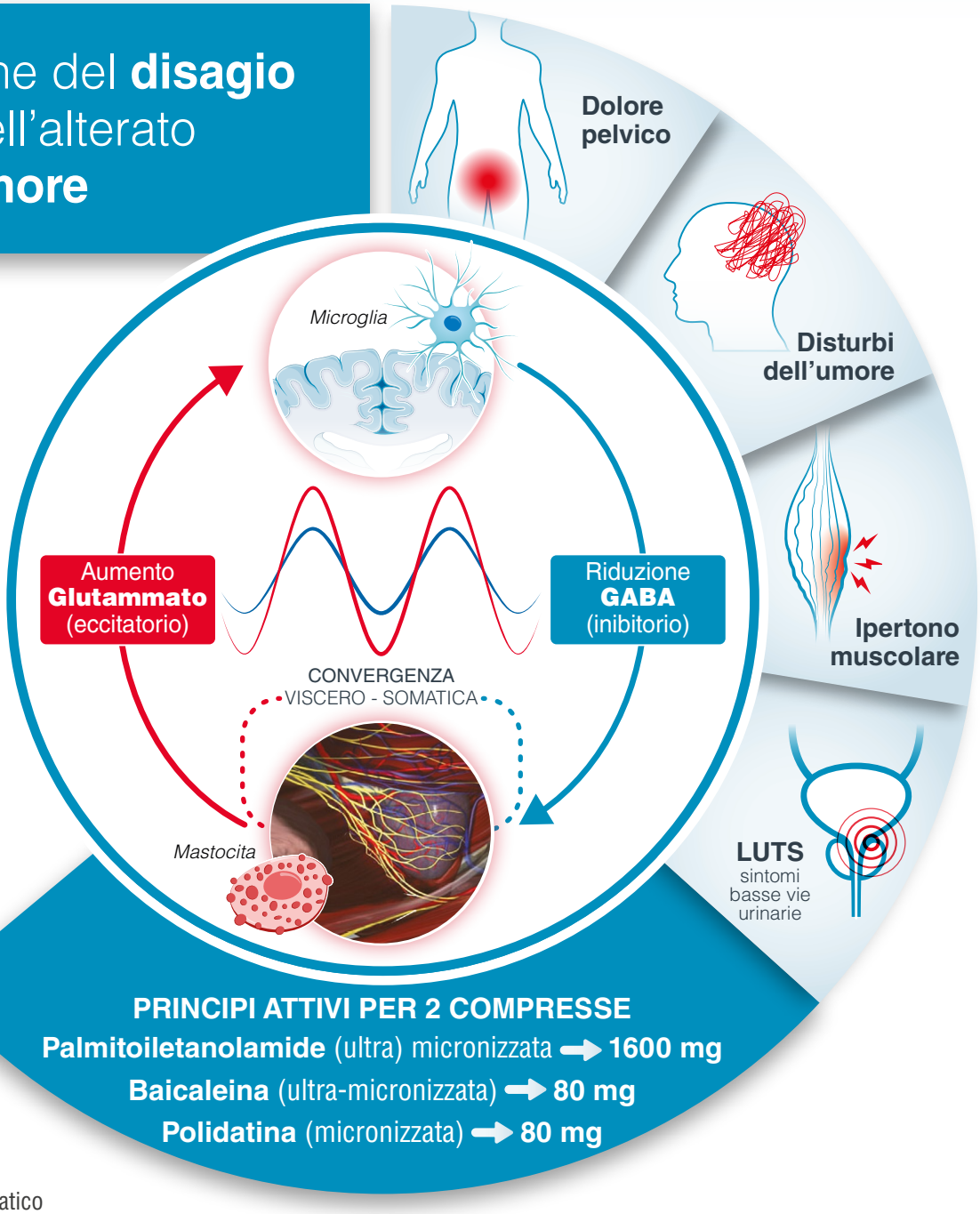
pelviprost® somatico

Co-ultramicronizzato (10:1)
Palmitoiletanolamide/Baicaleina (400 mg + 40 mg)

Co-micronizzato (10:1)
Palmitoiletanolamide/Polidatina (400 mg + 40 mg)

Formula brevettata

Nella gestione del **disagio pelvico** e dell'alterato **tono dell'umore**



PRINCIPI ATTIVI PER 2 COMPRESSE

Palmitoiletanolamide (ultra) micronizzata → **1600 mg**

Baicaleina (ultra-micronizzata) → **80 mg**

Polidatina (micronizzata) → **80 mg**

Pelviprost® somatico
Confezione 20 compresse
in farmacia

EPITECH Group SpA - Via Egadi 7, 20144 - Milano - www.epitech.it

epitech group

Articolo originale

La sindrome del prolasso rettale, aspetti anatomo-funzionali e centrali. Proposta nosografica innovativa per una visione multidimensionale

GIUSEPPE DODI[1], ALESSIA CARSUGHI[2]

[1] *Chirurgo Generale, Centro Pelvi, Padova*
[2] *Psicologa Psicoterapeuta, Residenza per la cura dei disturbi alimentari "Villa Oasi", S. Marcello, Jesi (AN)*

Riassunto: Il prolasso rettale, ossia la fuoriuscita di una porzione del retto dall'ano, può manifestarsi nell'ambito di quadri clinici molto diversi e di diversa gravità. Le ipotesi eziopatogenetiche del prolasso in sè sono numerose e di interpretazione non univoca: aumento della pressione intra-addominale, debolezza muscolare e fasciale pelvica, invecchiamento, traumi di vario tipo possono concorrere al cedimento delle strutture del comparto posteriore della pelvi. La definizione innovativa di *sindrome del prolasso rettale* (SPR) è giustificata dalla variabilità del corredo sintomatologico in cui si associa il prolasso nelle diverse età e nei due sessi: più o meno gravi disfunzioni intestinali con stipsi o incontinenza o entrambe, disturbi psicologici e psichiatrici, disturbi alimentari in particolare nelle giovani donne con anoressia nervosa, disturbi d'ansia, depressione, stress post-traumatico. I problemi metabolici e mentali della SPR possono contribuire significativamente alla ulteriore compromissione della qualità della vita dovuta al prolasso e alle disfunzioni ad esso collegate, peggiorando il prolasso stesso con le alterazioni della motilità intestinale, delle strutture di tutto il pavimento pelvico e la gestione dello stress. L'approccio clinico alla SPR deve quindi considerare non solo gli aspetti fisici ma anche quelli neurologici centrali e psichici, integrando in modo globale trattamenti fisici, psicoterapici e nutrizionali oltre a quello, spesso inevitabile, della correzione chirurgica del prolasso. Quest'ultimo, il segno più eclatante, va comunque operato con la tecnica, tra le numerosissime poposte, adatta al singolo caso proprio alla luce dell'impostazione nosografica onde migliorare la qualità della vita del paziente nelle varie componenti disfunzionali periferiche e centrali.

Parole chiave: Prolasso rettale; Disturbi psicologici; Disturbi della nutrizione; Pavimento pelvico; Stipsi; Incontinenza; Sindrome

Rectal prolapse syndrome: anatomical, functional, and central aspects. An innovative nosographic approach for a multidimensional perspective

Abstract: Rectal prolapse, the protrusion of a portion of the rectum through the anus, can manifest itself in a variety of clinical conditions and with varying degrees of severity. The etiopathogenetic hypotheses for the prolapse itself are numerous and of mixed interpretation: increased intra-abdominal pressure, pelvic muscle and fascial weakness, aging, and various types of trauma can contribute to the collapse of the posterior pelvic structures. The innovative definition of rectal prolapse syndrome (RPS) is justified by the variability of the symptomatology associated with prolapse at different ages and in both sexes: more or less severe intestinal dysfunction with constipation or incontinence, or both, psychological and psychiatric disorders, and nutritional disorders, particularly in young women with anorexia nervosa, anxiety disorders, depression, and post-traumatic stress. The metabolic and mental health problems of RPS can significantly contribute to further impaired quality of life due to prolapse and related dysfunctions, worsening the prolapse itself with alterations in intestinal motility, pelvic floor structures, and stress management. The clinical approach to RPS must therefore consider not only the physical aspects but also the central neurological and psychological ones, comprehensively integrating physical, psychiatric, and nutritional treatments, in addition to the often unavoidable surgical correction of the prolapse. The latter, the most striking sign, must be operated with the technique, among the numerous options, carefully tailored to each individual case, based on the nosographic approach, in order to improve the patient's quality of life in the various peripheral and central dysfunctional components.

Keywords: Rectal prolapse; Psychological disorders; Nutrition disorders; Pelvic floor; Constipation; Incontinence; Syndrome

INTRODUZIONE

Scopo di questo lavoro è di comporre un insieme di quadri clinici che hanno in comune il prolasso del retto. Con la definizione di *sindrome del prolasso rettale* (SPR) si crea una entità nosografica innovativa per gli aspetti anatomo-funzionali e centrali dell'inquadramento e della gestione del prolasso rettale. A partire dalle criticità della visione tradizionale della letteratura medica e chirurgica sull'argomento, si ottiene un'impostazione clinica che prelude ad un programma terapeutico basato sulle diverse componenti della sindrome. Passare dal concetto di semplice prolasso rettale a quello di sindrome presuppone innanzitutto chiarezza nelle definizioni.

Per *prolasso* si intende la fuoriuscita di un organo o di una sua parte dalla sua collocazione attraverso aperture naturali come la vagina o l'ano. Il *prolasso rettale* è una protrusione completa del retto attraverso il canale anale. Evolve da un'intussuscezione (visibile in proctoscopia e documentabile con le tecniche di imaging pelvico, ossia defecografia, Fig.1, e RMN) seguita da un prolasso mucoso esterno (Fig. 2) e infine da un prolasso rettale a tutto spessore (Fig.3) in cui il retto, che rappresenta i circa 15 cm finali del grosso intestino, fuoriesce dal canale anale dopo la defecazione o un'attività fisica che incrementi la pressione addominale e rientra spontaneamente (grado secondo) oppure manualmente (grado terzo) o infine non è più possibile una riduzione stabile (grado quarto). Nelle fasi iniziali il disturbo può variare anche in gravità: da un prolasso parziale, in cui solo una piccola parte del retto distale fuoriesce, ad un prolasso completo che coinvolge l'intero retto. Il grado 1 di de-

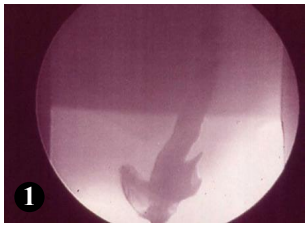


Fig. 1. Defecografia con intussuscezione retto-rettale.

Fig. 2. Prolasso mucoso del retto di grado 4 a tutta circonferenza.

Fig. 3. Prolasso rettale completo.

scensus definito invaginazione o intussuscezione o prolasso rettale interno, è da considerare in assenza di sintomi una variante della norma venendo osservato nel 20-50% delle defecografie effettuate in volontari asintomatici[1,2]. È il principio che giustifica in ambito *genitale* la denominazione di prolasso anche per l'abbassamento di grado 1 e 2 di utero, vescica, retto o Douglas quando non oltrepassino il livello imenale. A tal proposito va ricordato come il prolasso rettale possa verificarsi in modo solitario o associato alla discesa e alla disfunzione di altri organi pelvici, ad esempio prolasso uterino, della volta vaginale, cistocele, rettocele o enterocele[3]. Quando vescica, utero, Douglas e retto siano tutti prolassati, vale la definizione di "tetralogia del fallout".
Il prolasso completo esterno, la forma clinica macroscopica più nota, rappresenta dunque la punta dell'iceberg di una condizione anatomo-clinica ben più ampia che può includere oltre alla discesa dell'organo dalla sua posizione normale anche altri quadri anatomo funzionali non assimilabili ma potenzialmente coesistenti rappresentati dal *prolasso mucoso* (inizialmente "occulto"), dalle *emorroidi* prolassanti, dal *perineo discendente*[4], dall'*ulcera solitaria* del retto, associati spesso alla sindrome da *defecazione ostruita* (ODS).
Per *sindrome* si intende un quadro clinico che si manifesta con un insieme di segni e sintomi più o meno caratteristici che possono essere la manifestazione di una determinata malattia o di malattie di origine completamente diversa e con origini multifattoriali, senza che necessariamente si identifichi un'unica eziopatogenesi. Un classico esempio è dato dalla tachicardia, un'anomalia del ritmo cardiaco comune a condizioni patologiche completamente diverse: cardiopatia, anemia, preumopatia, ipertiroidismo, farmaci ma dovuta anche ad un semplice stress fisico o psichico.
In quest'ottica si propone di riconoscere il *prolasso rettale* non solo come l'entità morfologica della protrusione del retto attraverso l'orifizio anale, ma inquadrandolo nell'ambito della *sindrome del prolasso rettale* (SPR): un disturbo a complessità anatomo-funzionale, sistemica e neuropsichica che si manifesta con quadri clinici variegati e a genesi multifattoriale, quindi come epifenomeno di condizioni disparate venendone infine condizionato anche l'approccio terapeutico.

ANATOMIA E FISIOPATOLOGIA "CENTRALE" DEL PROLASSO RETTALE

Il prolasso rettale completo è già di per sè una condizione complessa la cui eziopatogenesi non è del tutto chiarita. La prevalenza è relativamente bassa, si stima che si verifichi complessivamente in meno dello 0,5% della popolazione generale. Si verifica più frequentemente nella popolazione anziana e nelle donne, anche nullipare[3].
Le evidenze cliniche e la letteratura suggeriscono che sia riconducibile a una compromissione strutturale e funzionale del comparto pelvico posteriore, con un disordine multifattoriale che coinvolge componenti anatomiche, funzionali, nutrizionali, neurologiche e psichiche. Questi aspetti vanno sviluppati in una descrizione accurata considerando molti fattori: età, sesso, disturbi del tessuto connettivo, disturbi del tessuto adiposo, dolore e relative tipologie, fattori predisponenti come preesistenza di intussuscezione rettale, quindi tipo ernia da scivolamento, coesistenza di perineo discendente o disceso[4], prolasso mucoso o semplici emorroidi, ulcera solitaria rettale, coesistenza nella donna di prolasso genitale (POP) con enterocele (elitrocele /edrocele), associazione con più o meno gravi disturbi psicologici / psichiatrici e nutrizionali (BMI<20), defecazione insoddisfacente in senso ritentivo (stipsi grave) o viceversa incontinenza fecale e debolezza della muscolatura del pavimento pelvico, quindi con quadri di ipertono o al contrario di ipotono muscolare o distonia e dissinergia[3]. In questo ambito così variegato i fattori anatomici e strutturali sembrano essere rappresentati da una debolezza delle strutture di sostegno: i muscoli del pavimento pelvico, in particolare l'elevatore dell'ano, il puborettale e lo sfintere esterno dell'ano, che vengono descritti come indeboliti o mal coordinati, i legamenti pelvici e la fascia rettale con perdita di integrità e lassità del tessuto di supporto, vedi il modello teorico di Petros[5,6] e di Gold[7,8]. Il tessuto connettivo e adiposo pelvico sembrano presentare alterazioni nella qualità o nella quantità (es. perdita di massa adiposa pelvica nei soggetti con BMI < 20)[9]; si osservano associazioni con anomalie anatomiche come un retto-sigma e relativo meso ridondante, una profonda tasca di Douglas, nella donna un prolasso genitale. A queste alterazioni anatomiche si associano disfunzioni (stipsi cronica, incontinenza fecale, distonia del pavimento pelvico con mancata coordinazione tra muscoli addominali e sfinterici durante l'evacuazione e si ipotizza infine anche una disfunzione del sistema nervoso autonomo enterico con alterazioni nella regolazione neuromuscolare della defecazione.
Per quanto riguarda i fattori psicologici e psichiatrici (che costituiranno l'oggetto di un secondo articolo in cui uno degli autori, A.C., presenterà un'analisi volta ad integrare sia le competenze accademico-professionali che esperienziali inerenti la propria storia clinico-chirurgica) l'asse psicologico e neuroendocrino con effetti sulla motilità intestinale va visto nell'ottica di quadri di stress, ansia e disturbi alimentari con un'interessante variabilità di corredo sintomatologico nelle diverse età e nei due sessi, in particolare quanto segnalato nelle donne con disturbi psichiatrici e dell'umore. Le giovani donne rappresentano una fascia particolarmente esposta a questo tipo di eziologia con disturbi del comportamento alimentare, in particolare con anoressia nervosa, disturbi d'ansia, depressione, stress post-traumatico (PTSD)[10,11]. In questi casi la mancanza di supporto rettale dovuta alla perdita di grasso ischiorettale è stata proposta come uno dei possibili meccanismi eziopatogenetici del prolasso rettale, col concorso della stipsi cronica, delle forti spinte per evacuare e l'abuso di lassativi. Il ruolo causale della fame cronica in questi casi di prolasso rettale è sottolineato anche dalla sua frequenza nei pazienti pediatrici con diarrea acuta sovrapposta a malnutrizione[12-15].
Concludendo questa disamina, il prolasso rettale sembra quindi l'esito finale di un'interazione complessa tra molte possibili combinazioni fattoriali: debolezza strutturale, alterazioni funzionali, squilibri neurologici e psichici, condizioni anatomiche predisponenti e fattori demografici. Una valutazione accurata deve tenere conto di tutti questi elementi, integrandoli nel contesto clinico individuale, per una diagnosi e una terapia corrette.

SINTOMATOLOGIA E DIAGNOSI

Tenuto conto delle suddette premesse di anatomia e fisiopatologia *periferica* e *centrale* dei soggetti affetti da prolasso del retto, la definizione sindromica presuppone la valutazione clinica delle/dei pazienti in base ai sintomi riferiti e ai segni. I *sintomi* del prolasso rettale in sè variano in base alla gravità della condizione, ma generalmente includono: sensazione di massa che sporge con percezione della fuoriuscita del retto durante l'evacuazione o per un'attività fisica più o meno intensa che aumenti la pressione addominale; dolore o fastidio specialmente durante l'attività fisica o durante l'evacuazione; tenesmo rettale: il retto eccedente prima di prolassare dà la sensazione falsa di presenza di feci; difficoltà nell'evacuazione: il prolasso può ostacolare il normale transito delle feci, generando poi, come per il tenesmo, una sensazione di evacuazione incompleta; sanguinamento e mucorrea: l'area di prolasso può irritarsi, portando a perdite di sangue e muco; incontinenza fecale: in alcuni casi si sviluppa incontinenza a causa della compromissione da stiramento dei nervi pudendi e sfiancamento degli sfin-

teri e dei muscoli pelvici, ma l'estroflessione del prolasso fa sì che le feci bypassino la zona sensibile del canale anale e fuoriescano in un quadro di incontinenza pasiva; l'aumento della pressione intra-addominale si verifica a seguito di sforzi ripetuti per evacuare, nel quadro di stitichezza cronica. Si aggiungano fattori come la tosse persistente, l'obesità e le gravidanze.
La *diagnosi* di prolasso rettale viene fatta tramite una anamnesi ed un esame fisico generale e pelviperineologico completo, durante il quale il medico può osservare il prolasso, in particolare quando il paziente è in piedi o accovacciato o durante l'evacuazione, in quest'ultimo caso va raccomandato l'autoscatto fotografico nel privato del bagno del paziente, subito dopo la defecazione. Possono essere necessari esami come la colonscopia per escludere altre patologie intestinali, l'ecografia pelvica o la risonanza magnetica ugualmente per escludere altre patologie o per ricerca scientifica così come misurare le variazioni dei parametri anatomici e funzionali pelvici (manometrie, elettromiografia, ecografia transanale a sonda rotante).

PROPOSTA NOSOGRAFICA: CLASSIFICAZIONE A FENOTIPI CLINICI

Si propone una classificazione sindromica centrata su variabili anatomo-funzionali, psicologiche e costituzionali.
La *sindrome del prolasso rettale* infatti non è un'entità unica ma va vista come un *fenotipo clinico polimorfo*, con molte possibili componenti che vengono di seguito elencate.
Componenti strutturali e meccaniche: con una varietà di *tipi di prolasso*: mucoso, rettale interno (intussuscezione), rettale completo; *competenze muscolari*: ipotonia/atonia vs ipertono paradosso vs dissinergia; *associati pelvici e altri compartimenti*: POP (prolasso organi pelvici, perineo discendente, colpocele anteriore/cistocele, colpocele posteriore/rettocele-enterocele, isterocele-distopia uterina, incontinenza urinaria, incontinenza anale-fecale.
Componenti funzionali / pattern evacuativo: stipsi da defecazione ostruita, incontinenza, alternanza; stato del tessuto connettivo: sindromi da lassità (es. Ehlers-Danlos), disturbi adiposi: ipotrofia del grasso pelvico (es. BMI <20).
Componenti neurologiche e psichiatriche: disturbi psichiatrici (depressione, disturbi d'ansia, PTSD, DCA, anoressia, bulimia); componente neurovegetativa: disregolazione autonomica; fattori comportamentali: abuso di lassativi, compulsioni evacuative.
Fattori predisponenti: *età:* infantile, giovane adulta (es. anoressia), anziana; *sesso* prevalente nel sesso femminile; *ostetrici e ginecologici:* nulliparità, parti traumatici, menopausa; *proctopatie* pregresse: emorroidi, ragadi, chirurgia.
La classificazione clinico-fenotipica viene presentata nella Tabella 1.

IMPLICAZIONI ED IPOTESI TERAPEUTICHE PER CIASCUN FENOTIPO

In questo paragrafo si ipotizzano e si analizzano le implicazioni terapeutiche personalizzate riferite al prolasso rettale in sè e ovviamente al quadro sindromico particolare in funzione della gravità della condizione e delle prospettive prognostiche[3]. La *prognosi* infatti dipende oltre che dall'impegno del caso, dalla tempestività e correttezza del trattamento. Se trattato nel modo appropriato la maggior parte delle persone migliora significativamente. In alcuni casi il prolasso può recidivare se non vengono adottate le misure preventive adeguate[16].
La visione tradizionale della letteratura medica e chirurgica sull'argomento si ferma alla correzione chirurgica del prolasso e non sembra impostare il programma terapeutico in base alle criticità delle diverse componenti della sindrome. I trattamenti conservativi comportano le modifiche dietetiche e la gestione della stitichezza aumentando l'assunzione di fibre, con la corretta idratazione e l'uso di lassativi leggeri, gli esercizi per il pavimento pelvico; la fisioterapia pelvica aiuta a rafforzare i muscoli del pavimento pelvico, migliorando il supporto al retto. Gli interventi chirurgici considerano il trattamento del prolasso rettale per via anale o addominale. La via bassa consiste nell'intervento minimamente invasivo del cerchiaggio, molto interessante ed ancora attuale, nella plicatura secondo Delorme, nella resezione chirurgica secondo Altemeier o con suturatrice meccanica; l'approccio addominale comporta la fissazione del retto al sacro o la resezione chirurgica con rimozione di una parte del retto [17-20].
La classificazione sindromica permette di personalizzare il trattamento riabilitativo, chirurgico, psicoterapico, nutrizio-

fenotipo	caratteristiche chiave	sintomi dominanti	fattori predisponenti	complicanze comuni
A - meccanico puro	prolasso completo, lassità connettivale, perineo discendente	stipsi ostinata, senso di massa, incompleto svuotamento	donna, età >60, multiparità, pop, lassità connettivale e dei tessuti in genere	incontinenza anale, ulcera solitaria, enterocele, non disturbi psichiatrici rilevanti
B - neuro-funzionale	prolasso mucoso pregresso / intussuscezione, ipotrofia tessuto adiposo pelvico	disfunzione evacuativa non organica, sforzo evacuativo, iperattenzione intestinale, dolore addominale	giovani donne, disturbi comportamento alimentare (DCA), BMI <20, ansia, depressione	rifiuto chirurgico, evoluzione in peggioramento psichico
C - ipertono-dissinergico	prolasso interno, dissinergia puborettale, ipertono sfinteriale, componente psicosomatica significativa	defecazione ostruita, dolori, spasmi rettali	entrambi sessi, età media, stipsi cronica funzionale, sindromi psicosomatiche	dolore addominale e pelvico cronico, isolamento sociale
D - incontinenza-degenerativo	prolasso rettale con danno sfinterico da parto, chirurgia, trauma, neuropatia, lassità tessutale muscolo fasciale legamentosa	incontinenza fecale, debolezza sfinterica	età avanzata, chirurgia anorettale, patologie neurologiche associate (Parkinson, ictus)	deriva sociale, rischio lesioni cutanee
E - misto / sindromico	coesistenza di più aspetti fenotipici, per es B+C, A+D	alternanza stipsi-incontinenza, disturbi alimentari e psicologici	polimorbidità, storie complesse	scarsa risposta a trattamenti monomodali

Tabella 1- Fenotipi clinici della Sindrome del Prolasso Rettale (SPR).

nale, evitando approcci chirurgici standardizzati soprattutto nei fenotipi non strutturali, integrando in modo multidisciplinare i diversi specialisti coinvolti nella cura di questi pazienti: chirurgo, gastroenterologo, psichiatra, dietista, fisioterapista pelvico. Ciò consente di monitorare il decorso anche nei casi di SPR con intussuscezione senza prolasso esterno evidente, tenendo conto per altro dei frequenti disastri della chirurgia con le suturatrici meccaniche (starr) nella terapia delle sindromi da defecazione ostruita in cui si presuma questa base eziopatogenetica[21].

Segue la presentazione dei fenotipi clinici corredata dalle indicazioni terapeutiche descritte nella Tabella 2.

► *Fenotipo A – meccanico puro:* correzione chirurgica mirata con resezione o rettopessi (laparoscopica o robotica) ventrale per donna, posteriore nel maschio, valutazione prolasso genitale concomitante ed eventuale correzione uroginecologica contestuale con riabilitazione pelvica post-operatoria, nutrizione e gestione pre- e postoperatoria della stipsi.

► *Fenotipo B – neuro-funzionale*: approccio psico-funzionale integrato, terapia cognitiva comportamentale (CBT), trattamento ansia/depressione, supporto nutrizionale per recupero peso e massa adiposa pelvica nei disturbi del comportamento alimentare (DCA), riabilitazione (bfb, tecniche di rilassamento), evitare la chirurgia salvo nei casi refrattari con importante sintomatologia anale.

► *Fenotipo C – ipertono-dissinergico:* per una normalizzazione neuromuscolare riabilitazione con biofeedback, training defecatorio, mio-rilassanti, psicotropi e tecniche comportamentali con gestione del tempo evacuativo, igiene posturale, limitare la chirurgia ai casi refrattari.

► *Fenotipo D – incontinenza-degenerativo:* miglioramento continenza e qualità di vita, valutazione neuromuscolare (manometria, EMG, US transanale), riabilitazione sfinteriale + elettrostimolazione e chirurgia con prolasso evidente (resezione-rettopessi con eventuale neuromodulazione sacrale, se sfintere danneggiato), graciloplastica o sfinteroplastica; igiene cutanea + supporto sociale/geriatrico.

► *Fenotipo E – misto / sindromico:* massima personalizzazione del trattamento con gestione multidisciplinare, stratificando gli interventi, all'inizio gestione funzionale e psicologica, chirurgia in pazienti selezionati, previa stabilizzazione comportamentale/psichica, quindi follow-up stretto condividendo l'evoluzione tra tutti gli specialisti.

DISCUSSIONE

La SPR è una entità nosografica nuova riferita ad un problema antico. Comporta la necessità di un paradigma clinico centrato sul paziente e non solo sull'anomalia anatomica. Il prolasso in molti casi è espressione di un disordine multifattoriale che coinvolge struttura, funzione, mente e comportamento. Una nuova nosografia è il primo passo verso una terapia più efficace in quanto, specie quando i disturbi sono l'esito finale visibile di un'interazione complessa e profonda, si fa più pressante la necessità di diagnosi e terapie sindromiche personalizzate. Bisogna pertanto distinguere l'approccio specifico al prolasso del retto in sè dal trattamento delle disfunzioni che caratterizzano le diverse componenti della sindrome.

Il processo decisionale chirurgico per la defecazione ostruita ad esempio rimane spesso difficile e complesso, così come quello dell'incontinenza anale o delle problematiche nutrizionali. Ancora più importanti delle competenze tecniche chirurgiche sono l'esperienza del chirurgo e dell'equipe medica e la comprensione dell'anatomia e della fisiopatologia pelvica. L'indagine funzionale preoperatoria e l'utilizzo di un sistema di punteggio oggettivo migliorano la selezione dei pazienti che possono beneficiare dell'intervento chirurgico. Inoltre la valutazione dell'esito funzionale e delle sequele funzionali di nuova insorgenza è più importante del risultato anatomico in sè. A tal riguardo il successo dell'intervento chirurgico non dipende più di tanto alla scelta tra via addominale e transanale (tra le innumerevoli proposte chirurgiche della letteratura non esiste la tecnica perfetta univoca[22]). In ogni caso, per poter offrire a questi pazienti un approccio personalizzato, il chirurgo colorettale specialista in patologia del pavimento pelvico deve comunque essere in grado di eseguire procedure diverse. A tal proposito non si finirà mai di raccomandare la prudenza nei confronti di soluzioni tecniche chirurgiche troppe rischiose e illusorie, vedi le non rare gravissime complicanze degli interventi con la tecnica denominata starr[21].

La proposta di una vera e propria "sindrome del prolasso rettale" come entità nosografica autonoma è scarsamente formalizzata nella letteratura corrente, ma alcuni contributi importanti ne tracciano dei presupposti concettuali, se pur con approcci differenti. L'*Integral Theory Paradigm* di Petros[23] ha avuto un ruolo pionieristico nel ridefinire la comprensione funzionale del pavimento pelvico, proponendo che molti disturbi pelvici (incontinenza, stipsi, prolassi) siano espressione di un unico disordine funzionale delle strutture di supporto. Si tratta di un modello anatomo-funzionale sistemico che fondamentalmente pone l'accento sulla instabilità ligamentosa con perdita della tensione ottimale e conseguenti alterazioni anatomiche e funzionali[24]. Anche Gold[7,8] sulla scia di Petros, ha esplorato

fenotipo	obiettivo	terapia	riabilitazione	altro
A - meccanico puro	correzione anatomica del prolasso rettale e della patologia uroginecologica contestuale	chirurgia mirata	pelvica pre e post-operatoria	valutazione POP nutrizione e gestione stipsi pre-operatoria
B - neuro-funzionale	approccio psico-funzionale integrato (CBT), supporto DCA, trattamento ansia depressione, riabilitazione	psicologica/ psichiatrica, nutrizionale, riabilitativa	biofeedback, tecniche di rilassamento pelvico	limitare la chirurgia
C - ipertono-dissinergico	normalizzazione neuromuscolare	mio-rilassante, event. psicotropi, tecniche comportamentali	bfb, training defecatorioGestione tempo evacuativo igiene posturale	chirurgia da riservare a casi refrattari
D - incontinenza-degenerativo	miglioramento della continenza e della q.d.v., valutazione neuromuscolare	chirurgia mirata, eventuale neuromodulazione sacrale	rinforzo sfinteriale + elettrostimolazione	igiene cutanea + supporto sociale/ geriatrico
E - misto / sindromico	massima personalizzazione, con gestione multidisciplinare	chirurgia mirata stratificando gli interventi	gestione funzionale e psicologica	follow-up stretto paziente–gruppo medici, fisioterapisti

Tabella 2- Ipotesi terapeutiche per ciascun fenotipo di SPR.

l'interfaccia tra disordini funzionali e strutturali dell'area anorettale, descrivendo fenomeni come la defecazione ostruita e l'intussuscezione, ma senza una formalizzazione sindromica completa. Così pure D'Hoore[20], Mellgren[25], autori di rilievo per la chirurgia del prolasso rettale, sebbene offrano classificazioni clinico-chirurgiche, non propongono un modello sindromico multidimensionale come quello qui delineato. Sul versante "centrale" si propongono studi che evidenziano l'alta prevalenza di comorbidità psichiatriche in pazienti di varie età con prolasso rettale, da affrontare in modo integrato.

CONCLUSIONE

In letteratura non esiste attualmente una classificazione sindromica esplicita e strutturata del prolasso rettale come quella proposta, esistono al più approcci convergenti con studi sulla comorbidità psichiatrica che giustificano e rafforzano la necessità di una svolta nosografica più moderna e integrata. La SPR è pertanto da considerare una nuova entità nosografica che riflette la necessità di un paradigma clinico centrato sul paziente e non solo sull'anomalia anatomica. Il prolasso rettale è espressione di un disordine multifattoriale che coinvolge struttura, funzione, mente e comportamento.

Una nuova nosografia è anche e soprattutto un passo verso una terapia più efficace. La medicina del futuro richiede diagnosi sindromiche personalizzate, soprattutto quando il disturbo è solo l'esito finale visibile di un'interazione complessa e profonda.

BIBLIOGRAFIA

1. Shorvon PJ, McHugh S, Diamant NE, Somers S, et al. Defecography in normal volunteers: results and implications. Gut. 1989;30(12):1737–1749.
2. Palit S, Bhan C, Lunniss PJ. et al. Evacuation proctography: a reappraisal of normal variability. Colorectal Dis. 2014;16(7):538–546.
3. Bordeianou L, Hicks CW, Kaiser A M, et al. Rectal prolapse: an overview of clinical features, diagnosis, and patient-specific management strategies. J Gastrointest Surg. 2014;18:1059-1069.
4. Broekhuis SR , Hendriks JCM , Fütterer JJ, et al. Perineal descent and patients' symptoms of anorectal dysfunction, pelvic organ prolapse, and urinary incontinence. Int Urogynecol J. 2010; 21:721–729
5. Petros P. The integral theory paradigm in practice—addressing a major health crisis in bladder/bowel/pain management. Ann Transl Med. 2024;12(2):22.
6. Petros P. Il Paradigma della Teoria Integrale nella pratica: affrontare una grave crisi sanitaria nella gestione di vescica/intestino/dolore. Pelviperineologia 2025;32-33.
7. Gold D. The Integral Theory paradigm, not hypothesis. Ann Transl Med 2024;12(2):21.
8. Gold D. La teoria integrale: paradigma, no ipotesi. Pelviperineologia 2025;32.
9. Vescovo M, Pesci L, Lapenna L, et al. Severe rectal prolapse and solitary rectal ulcer in a young anorectic woman with myxoid degeneration of visceral adipose tissue. Pathologica. 2021;113(6):475–480.
10. Whitlock AE, Arndt KR, Allar BG, et. al. Mental health disorders as a risk factor in young patients with rectal prolapse. Langenbecks Arch Surg. 2024;409(1):72.
11. Pak AD, Nguyen TT, Bogoyas M. Adolescent Psychosis and Rectal Prolapse. Cureus 2022;14(8): e27615.
12. Chaloner EJ, Duckett J, Lewin J. Paediatric rectal prolapse in Rwanda. J R Soc Med. 1996;89:688-689.
13. Schalla M A, Stengel A. Gastrointestinal alterations in anorexia nervosa - A systematic review. Eur Eat Disord Rev. 2019;27:447-461.
14. Mitchell N, Norris M L. Rectal prolapse associated with anorexia nervosa: a case report and review of the literature. J Eat Disord. 2013;1:39.
15. 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):360-5.
16. Pikarsky AJ, Joo JS, Wexner SD, et al. Recurrent Rectal Prolapse What Is the Next Good Option? Dis Colon Rectum. 2000;43(9):1273-6.
17. Madbouly KM, Senagore AJ, Delaney CP, et al. Clinically based management of rectal prolapse. Surg Endosc. 2003;17(1):99-103.
18. Schiedeck THK, Schwandner O, Scheele J, et al. Rectal prolap se: which surgical option is appropriate? Langenbecks Arch Surg. 2005;390:8–14.
19. Portier G, Iovino F, Lazorthes F. Surgery for rectal prolapse: Orr-Loygue ventral rectopexy with limited dissection prevents postoperative-induced constipation without increasing recurrence. Dis Colon Rectum. 2006;49(8):1136-40.
20. D'Hoore A. Effectiveness of laparoscopic ventral mesh rectopexy in adults with internal rectal prolapse and defecatory disorders. Tech Coloproctol. 2022;26(12):927-928.
21. Dodi G, Pietroletti R, Milito G, et al. Bleeding, incontinence, pain and constipation after STARR transanal double stapling rectotomy for obstructed defecation. Tech Coloproctol 2003;7:148–153.
22. Sobrado CW, Nahas SC, Habr-Gama A, et al. Surgical treatment of rectal prolapse: experience and late results with 51 patients. Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo 2004;59(4):168-171.
23. Liedl B, Dodi G, Inoue H. Anatomia pelvica strutturale, funzionale e disfunzionale. Pelviperineologia 2025;33-34.
24. Petros P, Maccredie J, Skilling P. I segreti del pavimento pelvico: una congiura del silenzio. Pelviperineologia 2024;3-27.
25. Mellgren A, Zafar M. Obstructed defecation syndrome. Annals of laparoscopic and endoscopic surgery 2022;7:18.

DICHIARAZIONE

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

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia Maria Paula Di Silvestro per la pazienza e il prezioso aiuto fornito nella redazione dell'articolo.

Aggiornamento sul significato e l'utilità dell'analisi del microbiota nel dolore pelvico cronico

ULLA FRONZONI

Biologa molecolare, Padova

Riassunto: Il microbiota è il grande regista della salute e anche un poderoso modulatore del dolore. È costituito dall'endoboloma, un'insieme di microorganismi in grado di modulare ed escrescere ormoni e di produrre e rispondere ai neurotramiettitori, i qualli svolgono un ruolo importante nella salute dell'ospite. Grazie a queste qualità, la disbiosi e la ridotta diversità del microbiota intestinale possono influenzare e modificare l'endoboloma, determinando lo sviluppo del dolore pelvico cronico e di determinate condizioni fisiopatologiche a lungo termine. Per assistere questi pazienti è necessario ripartire degli stili di vita salutari che sono un pontentissimo modulatore della salute del microbiota.

Parole chiave: Dolore neuropatico; Prostatite; Endometriosi; Intestino irritabile; Fibromialgia

Update on the significance and utility of microbiota analysis in chronic pelvic pain

Abstract: The microbiota is the great director of health and also a powerful modulator of pain. It is made up of the endoboloma, a set of microorganisms capable of modulating and excreting hormones and producing and responding to neurotransmitters, which play an important role in the health of the host. Thanks to these qualities, dysbiosis and reduced diversity of the intestinal microbiota can influence and modify the endoboloma, determining the development of chronic pelvic pain and certain long-term physiopathological conditions. To assist these patients, it is necessary to restart healthy lifestyles that are a powerful modulator of the health of the microbiota.

Keywords: Neuropathic pain; Prostatitis; Endometriosis; Irritable bowel; Fibromyalgia

INTRODUZIONE

La diagnosi di **"**dolore pelvico cronico" è l'ammissione di un fallimento diagnostico e spesso purtroppo anche terapeutico. Il microbiota è il grande regista della salute e un poderoso modulatore del dolore viscerale che contribuisce al dolore pelvico [1-3]. Il *cervello viscerale* costituisce con il *microbiota* e l'*intestino* una triade che merita di essere studiata e valorizzata nelle strategie di prevenzione e di cura, anche del dolore pelvico cronico.

Il microbiota intestinale è una sofisticata ghiandola multi-endocrina che produce e secerne ormoni, risponde agli ormoni dell'ospite e ne regola i livelli per quelli endogeni ed esogeni. Ha la capacità di interferire con vie ormonali, immunitarie e nervose, modulando così la salute e la malattia grazie a determinati gruppi di batteri che nei millenni si sono specializzati nello svolgere compiti diversi e complementari, finalizzati alla propria sopravvivenza e a quella dell'ospite con cui hanno imparato a convivere.

L'ENDOBOLOMA

L'*endoboloma* è l'insieme di batteri in grado di modulare il *ricircolo enteroepatico* di ormoni sessuali e influenzare così i livelli circolanti di questi ormoni e la loro escrezione. I batteri dell'endoboloma producono la *beta-glucuronidasi*, un enzima che deconiuga gli ormoni e li trasforma nella loro forma attiva. In generale gli enzimi beta-glucuronidasi espressi dal microbiota intestinale svolgono un ruolo importante nella salute dell'ospite contribuendo all'eliminazione di farmaci, sostanze estranee terapeutiche o tossiche (xenobiotici), componenti nutrizionali e importanti composti endogeni tra cui ormoni steroidei, neurotrasmettitori (come la dopamina), acidi biliari e bilirubina . Nel fegato, tutti questi composti vengono coniugati con un legame con un glucuronide attraverso la glucuronidazione da parte dell'uridina difosfato (UDP)-glucuronosil transferasi. Questi coniugati vengono escreti attraverso il tratto intestinale. Tuttavia, le β-glucuronidasi del microbiota intestinale possono idrolizzare nuovamente questi coniugati (rilasciando agliconi) che, così liberati, possono essere riassorbiti nella circolazione sistemica riesplicando la propria azione. A livello intestinale la deglucuronidazione può liberare sostanze tossiche che hanno un'attività proinfiammatoria per la mucosa intestinale. Tali enzimi sono prodotti da un'ampia gamma di phyla batterici, come Firmicutes, Bacteroidete*s,* Verrucomicrobia e Proteobatteri, che si trovano tipicamente nel microbiota intestinale umano.

La *disbiosi* e la ridotta diversità del microbiota intestinale possono influenzare e modificare l'endoboloma, determinando lo sviluppo di determinate condizioni fisiopatologiche a lungo termine. L'endoboloma può svolgere un ruolo centrale nel microbiota intestinale e quindi può essere considerato un utile strumento diagnostico e un obiettivo terapeutico per future strategie che prevedano l'uso di appropriati probiotici, prebiotici e postbiotici associati ad adeguati interventi alimentari.

LE ANALISI DEL MICROBIOMA INTESTINALE

Attualmente i metodi di elezione per produrre informazioni riguardanti i phyla batterici prima nominati, si basano su tecnologie di amplificazione, sequenziamento next generation sequencing (NGS) e analisi bioinformatica avanzata. Questi metodi, ad oggi reperibili in commercio, consentono un'accurata analisi del *microbioma* intestinale, e permettono di indirizzare in maniera mirata le strategie terapeutiche e le eventuali correzioni alimentari da mettere in atto.

Molto interessante è il ruolo del *microbiota* nel rapporto tra *dolore pelvico e stress cronico.* Nuove scoperte aiutano a comprendere le interazioni tra disturbi ormonali, malattie metaboliche e dolore viscerale sia nella donna che negli uomini (basti pensare ai dolori pelvici da prostata infiammata). Il microbiota interagisce con gli ormoni dello stress, cortisolo e adrenalina, i quali inducono la crescita batterica, modulano la virulenza dei germi e la disbiosi intestinale, mentre inducono la crescita di biofilm patogeni. Questo contribuisce all'infiammazione della barriera intestinale, ne lede la capacità di essere frontiera selettiva viva e dinamica, ne aumenta la permeabilità, e contribuisce al peggioramento del dolore viscerale e pelvico [1,3]. Il microbiota intestinale ha una funzione di modulazione del dolore e dell'umore. Sul fronte dell'*umore* infatti mostra una complessità di modulazione insospettata fino a pochi anni fa, produce *serotonina*, produce e risponde alla *dopamina*, produce l'*acido gamma-aminobutirrico* (GABA) e altera i recettori del GABA[4]. Se trattato con probiotici appropriati, riduce i livelli di ormoni dello stress (*adrenalina* e *cortisolo*) circolanti[1]. Ecco quindi la sua funzione di grande di-

rettore del controllo del dolore e dell'umore. Il cervello viscerale contiene l'85-90% della serotonina, che è il principale neurotrasmettitore modulatore dell'umore. È ben noto quanto l'alterazione dell'umore, e ancor più la *depressione* e lo stress emotivo amplifichino la percezione del dolore[5].
Lo squilibrio fra le varie e complesse popolazioni che compongono il microbiota possono indurre *dolore viscerale* attraverso: l'alterazione dei meccanismi umorali e nervosi dell'asse intestino-cervello (gut-brain axis); la modificazione della consistenza e del contenuto del materiale intestinale (circa 1.500 grammi di batteri); le modificazioni della motilità intestinale, con diarrea e/o stipsi; la sindrome dell'intestino irritabile, che a sua volta può contribuire al dolore pelvico cronico[6]. Disregolazioni del gut-brain axis contribuiscono a molteplici sintomi e malattie[7]: dolore infiammatorio, ipersensibilità viscerale, iperalgesia indotta dallo stress, allodinia, disordini funzionali. Proprio per questo dialogo strettissimo fra microbiota e cervello viscerale e fra microbiota e fibre sensoriali del dolore, l'insieme di microrganismi che abita l'intestino è anche un modulatore potente del dolore e del suo viraggio da nocicettivo a neuropatico e poi nociplastico[8].Quest'ultimo è il dolore che deriva da nocicezione alterata nonostante nessuna chiara evidenza né di danno tissutale, effettivo o potenziale che causi l'attivazione dei nocicettori periferici, né di una malattia o una lesione del sistema somatosensoriale[9].

CONCLUSIONE

Gli *stili di vita* sono potentissimi modulatori dello stato di salute del microbiota, il quale ha subito più aggressioni negli ultimi 60-70 anni che in tutta la storia evolutiva precedente, con ripercussioni particolarmente evidenti per la salute mentale, in particolare di adolescenti e giovani adulti[2].
La questione non è solo alimentare, anche se le drastiche modificazioni negli stili alimentari hanno impattato molto sugli equilibri dinamici assestati da millenni[10-13]. Il bioritmo del sonno, è molto importante per la salute e primo analgesico endogeno[11]. Uno stile di vita sano inizia quindi dal rispetto dei bioritmi naturali, a cominciare dal bioritmo del sonno[14,15].
Ovviamente ciò vale anche per l'attività fisica quotidiana e un'alimentazione più appropriata che diventano analgesiche anche attraverso la modulazione dell'attività del microbiota e l'incremento della produzione di dopamina, serotonina e endorfine, ben noti analgesici endogeni [11, 16-18].
Il microbiota intestinale è quindi un potente regista di salute e di malattia e un sottovalutato modulatore del dolore addominale, viscerale, pelvico e sistemico e neuropatico nell'ombra della consapevolezza clinica. Merita una considerazione particolare anche quando ci si trova ad affrontare pazienti con dolore pelvico. Il ripartire dagli stili di vita più appropriati diventa allora la base per costruire un progetto di salute lungimirante, valorizzato da interventi specifici e competenti sulle basi biologiche dell'infiammazione degli organi e degli apparati coinvolti nel dolore pelvico.

BIBLIOGRAFIA

1. Neuman H, Debelius JW, Knight R, Koren O. Microbial endocrinology: the interplay between the microbiota and the endocrine system. FEMS Microbiol Rev. 2015;39(4):509-21. doi: 10.1093/femsre/fuu010. Epub 2015 Feb 19
2. Liang S, Wu X, Jin F. Gut-brain psychology: rethinking psychology from the microbiota-gut-brain axis. Front Integr Neurosci. 2018 Sep 11;12:33. doi: 10.3389/fnint.2018.00033
3. Hou K, Wu ZX, Chen XY, Wang JQ, Zhang D, Xiao C, Zhu D, Koya JB, Wei L, Li J, Chen ZS. Microbiota in health and diseases. Signal Transduct Target Ther. 2022 Apr 23;7(1):135. doi: 10.1038/s41392-022-00974-4
4. Stasi C, Sadalla S, Milani S. The relationship between the serotonin metabolism, gut-microbiota and the gut-brain axis. Curr Drug Metab. 2019;20(8):646-655. doi: 10.2174/1389200220666190725115503
5. Barandouzi ZA, Lee J, Del Carmen Rosas M, Chen J, Henderson WA, Starkweather AR, Cong XS. Associations of neurotransmitters and the gut microbiome with emotional distress in mixed type of irritable bowel syndrome. Sci Rep. 2022 Jan 31;12(1):1648. doi: 10.1038/s41598-022-05756-0
6. Bazzocchi G, Balloni M, Turroni S. Microbiome and chronic pelvic pain. In: Giammò A, Biroli A (eds). Chronic pelvic pain and pelvic dysfunctions: assessment and multidisciplinary approach. Springer Nature, 2020, p. 145-159
7. Morreale C, Bresesti I, Bosi A, Baj A, Giaroni C, Agosti M, Salvatore S. Microbiota and pain: save your gut feeling. Cells. 2022 Mar 11;11(6):971. doi: 10.3390/cells11060971
8. Guo R, Chen LH, Xing C, Liu T. Pain regulation by gut microbiota: molecular mechanisms and therapeutic potential. Br J Anaesth. 2019 Nov;123(5):637-654. doi: 10.1016/j.bja.2019.07.026. Epub 2019 Sep 21
9. Graziottin A. Endometriosi, dolore e sessualità: come superare le persistenti omissioni diagnostiche? In: Colao A, Graziottin A, Uccella S. (a cura di), Atti e approfondimenti di farmacologia del corso ECM su "Dolore, infiammazione e comorbilità in ginecologia e ostetricia", organizzato dalla Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna Onlus, Milano, 23 novembre 2022, p. 28-37
10. Minerbi A, Shen S. Gut microbiome in anesthesiology and pain medicine. Anesthesiology. 2022 Jul 1;137(1):93-108. doi: 10.1097/ALN.0000000000004204
11. Barber TM, Valsamakis G, Mastorakos G, Hanson P, Kyrou I, Randeva HS, Weickert MO. Dietary influences on the microbiotagut-brain axis. Int J Mol Sci. 2021 Mar 28;22(7):3502. doi: 10.3390/ijms22073502
12. Aguilera-Lizarraga J. Gut reactions: emerging mechanisms of abdominal pain from food intake. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol. 2022 Nov 1;323(5):G401-G409. doi: 10.1152/ajpgi.00173.2022. Epub 2022 Sep 20
13. Lee JE, Walton D, O'Connor CP, Wammes M, Burton JP, Osuch EA. Drugs, guts, brains, but not rock and roll: the need to consider the role of gut microbiota in contemporary mental health and wellness of emerging adults. Int J Mol Sci. 2022 Jun 14;23(12):6643. doi: 10.3390/ijms23126643
14. Robillard R, Carpenter JS, Rogers NL, Fares S, Grierson AB, Hermens DF, Naismith SL, Mullin SJ, Feilds KL, Glozier N, Scott EM, Hickie IB. Circadian rhythms and psychiatric profi les in young adults with unipolar depressive disorders. Transl Psychiatry. 2018 Oct 9;8(1):213. doi: 10.1038/s41398-018-0255-y
15. Toyoura M, Miike T, Tajima S, Matsuzawa S, Konishi Y. Inadequate sleep as a contributor to impaired glucose tolerance: a cross-sectional study in children, adolescents, and young adults with circadian rhythm sleep-wake disorder. Pediatr Diabetes. 2020 Jun;21(4):557-564. doi: 10.1111/pedi.13003. Epub 2020 Mar 16
16. Silva JSC, Seguro CS, Naves MMV. Gut microbiota and physical exercise in obesity and diabetes - A systematic review. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2022 Apr;32(4):863-877. doi: 10.1016/j.numecd.2022.01.023. Epub 2022 Jan 29
17. Hughes RL, Holscher HD. Fueling gut microbes: a review of the interaction between diet, exercise, and the gut microbiota in athletes. Adv Nutr. 2021 Dec 1;12(6):2190-2215. doi: 10.1093/advances/nmab077
18. Garland EL. Pain processing in the human nervous system: a selective review of nociceptive and biobehavioral pathways. Prim Care. 2012 Sep;39(3):561-71. doi: 10.1016/j.pop.2012.06.013. Epub 2012 Jul 24

DICHIARAZIONE

L'autore dichiara l'assenza di finanziamenti connessi con la pubblicazione del presente articolo.

Corrispondenza
ulla.fronzoni@unifarco.it

Caso clinico, conversazioni

Miotomia parziale bilaterale del pubo-rettale per anismo con ostruita defecazione

MARIO PESCATORI

Clinica Parioli, Roma

Questo racconto, una sorta di conversazione, è un breve articolo che ha volutamente un taglio non convenzionale, allo scopo di renderlo più discorsivo e attraente per i lettori. Non per questo non sarà scientifico. Comincio col dire che l'anismo, o mancato rilasciamento del muscolo puborettale in ponzamento, colpisce il 40% dei pazienti con ostruita defecazione (OD). Questo è un nostro dato, su uno studio prospettico in 100 pazienti con OD pubblicato su Colorect Dis nel 2006. Quasi la metà, è tanto!

E' quindi essenziale che in questi pazienti il chirurgo sappia come fare diagnosi di anismo. Innanzitutto con l'esplorazione rettale, si poggia l'estremità del dito indice sul muscolo, posteriormente (anteriormente non c'è). Si sentirà una massa elastica piccola e tondeggiante. Si chiederà al paziente di inspirare e poi "spingere" come per evacuare, lentamente, non "di colpo". Se il dito non apprezza un rilasciamento della "masserella" prima descritta, si ripeterà la prova. Se ancora non c'è rilasciamento, allora si sospetta l'anismo.

Una diagnosi più accurata si può fare con la defecografia e, un metodo che io uso sempre, con l'ecografia transanale con sonda rotante. Si vedrà una semiluna bianca (=iperecogena) convessa posteriormnte e si chiede al paziente di ponzare. Se il bianco scompare e si vede grigio-nero vuol dire che il muscolo si è rilassato. Se permane il "bianco" c'è anismo.

Per non allungare troppo, passo alla terapia. Che deve essere prima conservativa. In primis il bio-feedback o meglio lo psico-eco-bio-feedback, che noi facciamo nelle donne in 4 sedute e ha circa l'80% di successo, facendo rilasciare il muscolo con l'"immaginario guidato" un mix di musica new-age e parole ipnotiche. C'è un articolo su Tech Coloproctol di qualche anno fa, primo nome Del Popolo, la nostra psicologa.

Se vi serve per i vostri pazienti la Del Popolo vi può mandare e-mail l'immaginario guidato, che il paziente stitico con anismo potrà sentire seduto in poltrona prima di andare in bagno con un panchetto sotto ai piedi. Evacuerà meglio.

Se questo non funziona si considera l'iniezione di tossina botulinica A, almeno 100 unità. Che si può ripetere.

Se il paziente è ansioso una psicoterapia può essere utile. Secondo il diagramma dell'Iceberg, che abbiamo pubblicato l'ultima volta su Surgery nel 2023, sette pazienti su 10 con OD hanno o ansia o depressione.

E un famoso chirurgo americano, Ira Kodner, ha scritto su Dis Colon Rectum, "non operate questi pazienti prima di aver fatto una consulenza psicologica".

Molti colleghi invece, appena vedono le radiografie con anismo o intussuscezione retto-rettale, pensano all'intervento. C'è chi crede nella STARR. Ma un recente studio di Ascanelli et al su Pelviperineologia riferisce che la STARR dà dolori e tenesmo, dato già riferito da Stuto et al su Dis Colon Rectum, nel primo articolo sulla STARR: il 20% di proctalgia dopo un anno. Madbouly et al su World J Surg 2010 riferiscono che 6 pazienti su 10 operati di STARR dopo 4 anni sono ancora stitici.

Ma sto uscendo dal tema… devo parlare di anismo.

Se dunque falliscono sia il bio-feedback sia l'iniezione di tossina botulinica, c'è l'indicazione alla miotomia del pubo-rettale. Ma non certo totale. Non si usa più il "vecchio" intervento di Wasserman che facevano decenni fa al St Mark's Hospital di Londra e che dava troppi casi di incontinenza.

E veniamo al tema dell'articolo, la *miotomia parziale bilaterale del puborettale* (vedete quante "rime"…). L'ha inventata un certo Farid, egiziano, che però la faceva molto "open" con un grande taglio e aveva emorragie e sepsi. Allora ha cambiato, faceva un taglietto piccolissimo, però non ho trovato pubblicazioni "reliable" con questa metodica mini-invasiva. C'è poi da dire che Farid è un simpatico, ma è incappato in un articolo fraudolento…

Per non farla lunga veniamo alle figure allegate, che mostrano la tecnica che usiamo oggi nel nostro centro. Si può anche fare "ecoguidata", c'è un articolo Pescatori, Gallo su Tech Coloproctol 2016.

Ma ora per lo più la facciamo senza ecografo.

Il nostro primo articolo è Asciore et al, Int J Colorect Dis 2016. Allora usavamo una tecnica più invasiva. Mentre ora usiamo una tecnica mini-invasiva (Pescatori, Tech Coloproctol 2023). Diciamo subito che i risultati sono stati buoni con entrambe: 75-80% di guariti a un follow-up di un anno, nessuno con incontinenza permanente. Solo due casi di lievi "perdite" temporanee.

Sepsi e emorragie: zero. Score della OD diminuito da 19.6 a 5.2. In modo molto significativo.

Che cosa ha di superiore la tecnica più recente, la mini-invasiva? Ovvero quella descritta nei disegni? Che dura mezz'ora di meno e soprattutto che non ci sono rischi di perforazione rettale. Perchè? Perchè non si sale col bisturi fino al pubo-rettale dove è posizionato cioè molto aderente al retto, ma lo si "abbassa" fino alla cute dopo aver asportato buona parte del grasso della fossa ischiorettale (per consentirne la discesa) e dopo averlo uncinato e spinto in basso con un dito introdotto nel retto. Si seziona metà muscolo da una parte e dall'altra quando esso è lontano dal retto. Passo indietro: notate bene le prime incisioni sulla cute: per entrare nel piano giusto si deve incidere al limite esterno dell'area scura tondeggiante che circonda l'ano. Punto di repere: il limite tra il rosa scuro-bruno e il rosa chiaro-cute indica proprio il limite esterno dello sfintere esterno parte sottocutanea. Ed è lì che si deve incidere.

Altrimenti "si cade" sugli sfinteri e si danneggiano.

Finora abbiamo operato 21 pazienti, nessuno è incontinente, due sono ancora stitici. Uno dei due è uno psicopatico (che ho fatto male a operare).

Follow-up non abbastanza lungo per dire: *fatelo di sicuro l'intervento!!!* Ma penso che siano risultati incoraggianti. Soprattutto l'incontinenza = 0.

E noi questa miotomia la facciamo con fiducia.

Ma con parsimonia, perché, attenzione, abbiamo operato 21 pazienti in 19 anni!!!

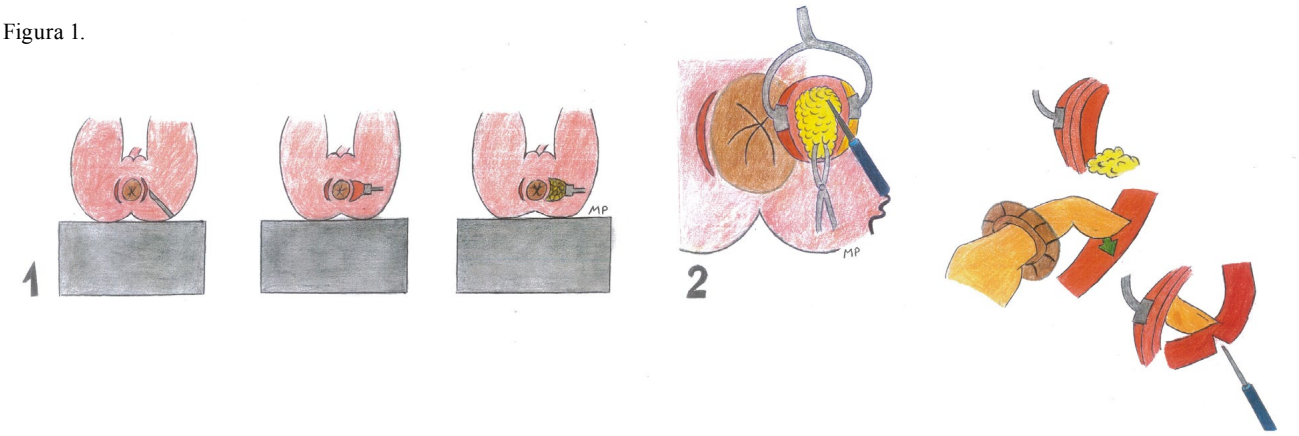
Vuol dire che le indicazioni sono molto selettive.

Prima il bio-feedback, poi il botulino e poi, se c'è ancora anismo, l'operazione. Temo che così non abbia fatto un gruppo di chirurghi credo ancora egiziani … Abdelnby et al, World J Surg 2021, che hanno operato 73 pazienti, secondo me col "bisturi facile" (non vorrei offenderli…), follow-up 1 anno, 89% di miglioramento. Hanno fatto non solo la miotomia parziale del pubo-rettale, ma anche la sfinterotomia laterale interna. A tutti.

Mi chiedo se abbiano chi fa bene il bio-feedback. Se usino la tossina botulinica. Se abbiano uno psicologo di riferimento. *Mah... Comunque follow-up corto!*

Per finire vi cito una review sistematica del gruppo di Wexner, su Colorectal Dis 2022. Ha il difetto di mettere insieme casi di miotomia bilaterale parziale, casi di miotomia mo-

Figura 1.



nolaterale parziale e casi di miotomia completa. Dice che se si taglia da una parte sola e parzialmente dà recidive, se si taglia tutto dà incontinenza, anzi, neanche tanta, il 10%. Comunque, se Wexner ha dedicato una review alla miotomia del puborettale vuol dire che è un hot topic, che l'intervento merita di essere preso in considerazione.
Finisco con una nota personale: sto per operare un paziente di 37 anni, che mi viene dall'Olanda, dove gli hanno iniettato oltre 200 unità di tossina botulinica (secondo me troppo, è anche descritta la sincope come complicanza, rarissima, comunque può succedere). Il suo chirurgo lo accompagnerà per vedere la tecnica.
Un fatto interessante: ha anche un marcatissimo ipertono anale, non ama fare nè Dilatan nè Rectogesic, ha già fatto troppo botulino, per cui gli farò una sfinterotomia interna standard, fino alla linea dentata. E' ansioso, l'ho scoperto col test grafico reattivo del "disegno della famiglia" descritto in colonproctologia da Devroede, efficace per scoprire ansia/depressione, come dimostrato da un nostro studio su Colorectal Dis, intorno al 2010, primo nome Miliacca. Leggetelo, vi sarà utile. Il paziente olandese va da uno psicologo. Fa bene.

Operato il paziente olandese con anismo davanti al suo amico chirurgo belga

Sono passati sei mesi dall'intervento, che si è svolto così come era stato programmato (vedi disegni). Non ci sono state complicanze intra o post-operatorie (che potevano essere - cito dalla letteratura - una lesione del retto, un'eccessiva sezione del puborettale, un ematoma della fossa ischio-rettale, una sepsi postoperatoria). Il paziente è stato dimesso dopo la prima evacuazione, avvenuta in terza giornata postoperatoria. Da allora ha sempre evacuato regolarmente, sia come modalità che come frequenza, a dimostrazione che non ha più anismo (salvo future improbabili recidive). Continua delle sedute dallo psicologo per curare la sua tendenza all'ansia. Una settimana dopo l'intervento ha cominciato ad accusare moderata proctalgia notturna e lievissima rettorragia. Un esame endoanale in sedazione effettuato dal suo chirurgo colo-rettale belga (quello che gli aveva iniettato senza esito 100 cc di tossina botulinica e che era presente all'intervento) non ha evidenziato nulla degno di nota e i sintomi-segni sono scomparsi entro due settimane. Da tenere presente che il paziente aveva anche due piccole ferite endoanali, una da sutura obliterativa di prolasso mucoso del retto e l'altra da sfinterotomia interna per ipertono anale (indicate nella figura), forse responsabili del sanguinamento. In quanto al dolore, il fatto che fosse notturno e di breve durata, simile dunque alla proctalgia fugax, fa pensare che potrebbe avere una componente psicogena, dato che il paziente era eretistico. L'inglese Harvey due decenni fa su Lancet ha ipotizzato che la proctalgia fugax potrebbe essere una irradiazione verso il basso di una crisi dolorosa da colon irritabile. Il quale, come è noto, può avere una eziopatogenesi psicogena. Questo potrebbe essere stato il caso del nostro paziente, ansioso e in cura da uno psicoterapeuta.*

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Asciore L, Pescatori LC, Pescatori M. Semi-closed bilateral partial miotomy of the puborectalis for anismus: a pilot study. Int J Colorect Dis 2015;30:29-34

Bochoucha M, Devroede G, Alsac M. Anismus: a marker of multi-site functional disorders?. Int J Colorect Dis 2004;19:374-9

Brusciano L, Lingelli P, Pescatori M, et al. Ultrasonographic pattern in patients with obstructed defecation. Int J Colorect Dis 2007;22:969-77

Cobellis F, Satta E, Pescatori M. Megabowel with anismus. Tech Coloproctol 2020;24:87-89

Del Popolo F, Cioli VM, Plevi T, Pescatori M. Psycho-echo-biofeedback: a novel treatment for anismus. Results of aprospective controlled study. Tech Coloproctol 2014;18:895-900

Duthie GS, Bartolo DC. Anismus: the cause of constipation? Results of investigation and Treatment. World J Surg 1992:16:831-5

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

Emile SH, Elfeky HA, Elbanna HG, et al. Efficacy and safety of botulin toxin treatment of anismus: a systematic review. World J Pharmac Therapy 2016;74:453-462

Harvey RF. Colonic motility in proctalgia fugax. The Lancet 1979; 314 (8145): 713-714

Jovanovic I, Jovanovic D, Uglyesic M. Et al. Anismus as a cause of functional constipation. Vojnosamit Pregel 2015;72:9-11

Leroi AM, Bevelmaes I, Denis M, et al. Anismus as a marker of sexual abuse. Dig Dis Sci 1995; 40:1411-6

Pescatori M. A modified miotomy of the puborectalis for anismus. Tech Coloproctol 2023;27:507-12

Pescatori M, Gallo G. Endoanal/endovaginal ultrasound assisted bilateral partial miotomy of the puborectalis for anismus. Tech Coloproctol 2016;20:323-5

Podzemny L, Pescatori LC, Pescatori M. Management of obstructed defecation. World J Gastroent 2015;2:1053-66

Corrispondenza
ucpclub@virgilio.it / website: infoucpclub

* Intraluminal pressure recordings were obtained from the rectum and sigmoid colon in two patients experiencing attacks of proctalgia fugax. In each patient the pain appeared to result from contractions of the sigmoid colon, and not from spasm of the levator ani, rectal wall muscle, or anal sphincters, all of which have previously been suggested as the source of such pain. Proctalgia fugax therefore appears, at least in some patients, to be an unusual variant of the irritable bowel syndrome, in which pain is referred from the sigmoid colon to the rectum.

Psicologia: caso clinico

Dalla mente al pavimento pelvico: approccio integrato in un caso complesso di stipsi cronica in un disturbo ossessivo compulsivo

TIZIANA PESERICO

Psicologo Clinico, Fisioterapista, Vicenza (VI) -Feltre (BL)

INTRODUZIONE

Il disturbo ossessivo compulsivo è un disturbo d'ansia caratterizzato da comportamenti ripetitivi e rituali che sfuggono al controllo del paziente. Esordisce solitamente in età precoce ed è fortemente invalidante e ingravescente[1].

La moderna "Teoria dei due Cervelli", elaborata nel 2011 dal biologo cellulare e professore di anatomia della Columbia University Michael Gershon[2], descrive la complessa rete nervosa localizzata intorno al tubo digerente, che funziona in modo autonomo reagendo agli stimoli ambientali come un secondo cervello. L'approccio psicosomatico, ipotizzato dalla psicanalisi negli anni '80, trova oggi riscontro negli studi di questo autore, spiegando in che modo gli eventi della vita abbiano un impatto sul corpo, in questo caso sulla complessa area del pavimento pelvico.

IL CASO

Anamnesi remota. Emma soffre di Disturbo Ossessivo Compulsivo sin dall'età di otto anni. Ha terminato a fatica la scuola media perché presentava continui comportamenti ossessivi che interferivano con lo studio: sentiva di essere obbligata a ordinare tutti gli oggetti in file precise e in multipli di quattro, temendo il verificarsi di catastrofi se avesse fallito questo compito. Tali ossessioni la costringevano a complessi rituali, che coinvolgevano anche i membri della famiglia. Seguita dapprima in Neuropsichiatra Infantile e in seguito da uno specialista privato, le vengono prescritti vari psicofarmaci, con scarso esito. Come avviene frequentemente in questo tipo di disturbo, i sintomi si modificano nel tempo, pur mantenendo il significato originario di controllo.

Anamnesi prossima. Nei mesi precedenti l'invio della paziente al mio ambulatorio la sintomatologia psichiatrica si é aggravata, costringendo Emma a casa, incapace di frequentare altre persone.

Presentazione. La paziente all'età di 23 anni giunge in ospedale dopo essere caduta dalla finestra: chiusa in camera dai familiari, ha cercato di scappare.

Emma da due anni è in trattamento con Clomipramina 75mg. Nell'ultimo periodo la madre si è accorta che Emma ha spesso le dita imbrattate di feci, perciò le ha proibito di avvicinarsi alla cucina e alle stoviglie, esacerbando la compulsione al lavaggio di piatti e bicchieri.

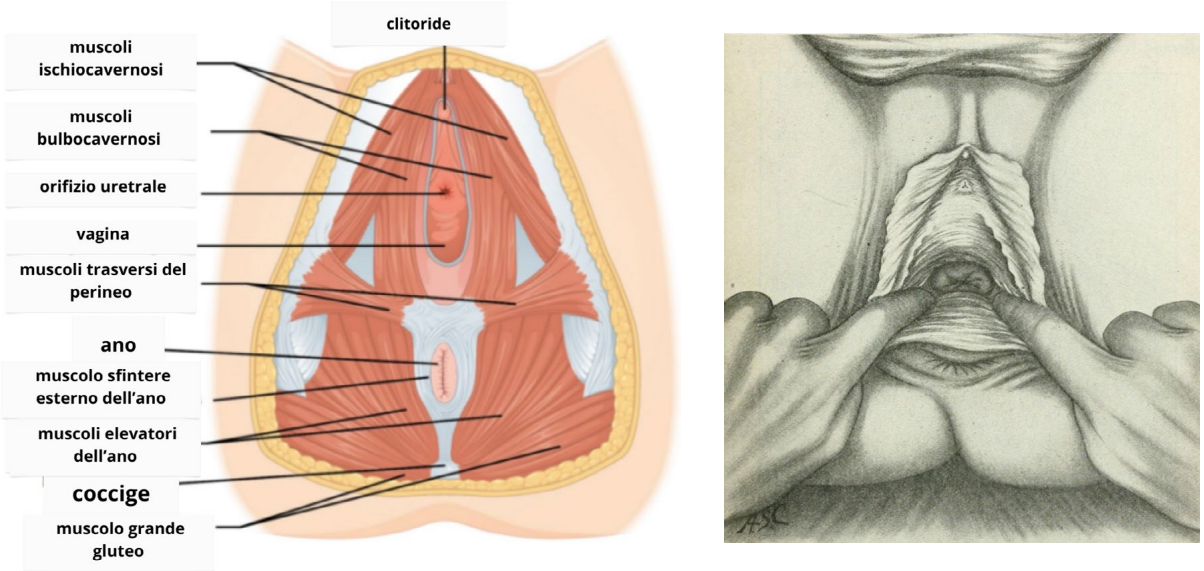
Una sera il padre ordina una pizza, ma Emma è invitata a non sedersi a tavola con la sorella maggiore e il cognato, bensì a consumarla nella propria camera. Emma si ribella, furiosa, si scaglia contro il padre, lo graffia. Lui reagisce chiudendola a chiave in stanza. Lei cerca di scappare dal balcone del primo piano, cade e si frattura una caviglia.

Una volta in ospedale la famiglia non può più nascondere il problema di Emma: la ragazza viene inviata a consulenza psichiatrica, la madre racconta che da tempo la figlia soffre di stipsi e ha preso il brutto vizio di cavarsi le feci con le dita, che puzzano e non sono mai pulite.

Emerge dunque un quadro clinico complesso: nell'ambito di un disturbo ossessivo compulsivo si verifica una cronica ritenzione di feci, aggravata dal trattamento con l'antidepressivo triciclico, che porta alla formazione di fecalomi. La paziente ha preso dunque l'abitudine di estrarre i fecalomi con le dita, dopo essersi masturbata per provocare la produzione di liquido vaginale, che utilizza per lubrificare l'ano.

Viene suggerito alla paziente l'invio al mio ambulatorio per una valutazione finalizzata ad un intervento riabilitativo integrato. L'approfondimento anamnestico e fisiopatologico mette in luce come nel tempo si sia instaurato un circolo vizioso: partendo dal disturbo ossessivo compulsivo e dalla tendenza alla ritenzione delle feci che talvolta si osserva in questi pazienti, si somma l'effetto dischezia dato dal farmaco, che porta ad un rallentamento del transito intestinale, con formazione di feci caprine. Il dolore nella fase espulsiva sostiene il circolo vizioso, aumentando la tendenza a ritardare l'evacuazione. La paziente trova nella manipolazione delle feci dapprima sollievo e poi piacere, unendo alla pratica igienica quella masturbatoria, amplificando così il circolo vizioso[3-4].

Fig.1- a Rappresentazione del pavimento pelvico femminile; b Descrizione della manovra antidolorifica



Approccio diagnostico e terapeutico
Tre sono i percorsi terapeutici che a questo punto offro alla paziente:
1- un counselling psicodinamico per aiutarla a comprendere le origini del suo disturbo[5];
2- un trattamento fisioterapico composto di esercizio terapeutico e terapia manuale, allo scopo di rilassare primariamente il muscolo pubo-rettale che all'esame obiettivo risulta ipertonico e il pavimento pelvico in toto. Ho trattato trigger point ampiamente diffusi nella zona, in questo caso molto rappresentati anche a livello intrarettale e intravaginale e ho insegnato un autotrattamento consistente nell'introdurre entrambi i pollici all'imbocco del canale vaginale effettuando una manovra di "mungitura" del muscolo bulbo spongioso e un massaggio "a semiluna" delle pareti interne delle grandi e piccole labbra (Fig. 1a, 1b). Ho integrato con tecar terapia ed elettroterapia[6];
3- un ritorno dallo psichiatra inviante per una correzione psicofarmacologica, oltre all'introduzione di una alimentazione più adeguata, con integrazione per evitare la formazione dei fecalomi, e idratazione.
A distanza di un anno il trattamento é tuttora in corso, la paziente ha migliorato i propri comportamenti desocializzati, sebbene mantenga alcuni tratti distintivi del disturbo ossessivo.
Evoluzione e controllo a distanza. Il trattamento integrato ha consentito ad Emma di riprendere una buona funzionalità intestinale, con un recupero della normale tonicità dei muscoli del pavimento pelvico. I comportamenti di manipolazione delle feci sono stati abbandonati. Il counselling psicologico ha consentito alla ragazza di riconoscere il proprio bisogno di instaurare relazioni umane significative. Questa nuova consapevolezza l'ha portata ad accettare un inserimento in comunità terapeutica dove attualmente sta continuando le cure.

COMMENTO
Il caso illustra in che modo il complesso intreccio fra ansia, trattamento farmacologico, stati emotivi, fantasie sessuali e masturbazione, compulsioni e rituali, porta ad una alterazione della fisiologia della pelvi, area fortemente investita da condizioni psicosomatiche in cui il focus si sposta dalla mente al pavimento pelvico.

BIBLIOGRAFIA
1. Autori Vari DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Raffaello Cortina Ed., 2023
2. MD. Il secondo cervello. UTET, 2013
3. Anzieu D. L'Io-pelle. Raffaello Cortina Ed., 1987
4. Trombini G, Baldoni F. Disturbi psicosomatici. Il Mulino, 2001
5. Massia S. Counseling psicodinamico. Colloquio, consultazione e restituzione in contesti clinici e applicativi. Ananke Lab, 2019
6. Giraudo D, Lamberti G. Incontinenza urinaria femminile. Manuale per la riabilitazione. EDI Ermes, 2021

Corrispondenza:
tizianapeserico@gmail.com

Pelviperineologia: volontariato, ospedale e territorio

Affrontare incontinenza e stomie: strategie e supporto per una vita senza limiti. L'AisFinVeneto a Verona

FRANCESCO MAZZOLA
SSD Chirurgia proctologica e del perineo, AOUI Verona

Il 23 maggio 2025, presso il Centro Marani dell'AOUI di Verona, si è svolto il convegno delle associazioni **Aistom** e **Fincopp** (unificate in AisFinVeneto) insieme a PaLiNUro, dedicato alla gestione delle incontinenze e delle stomie. L'incontro ha riunito professionisti sanitari, pazienti e testimoni diretti, con l'obiettivo di promuovere un approccio multidisciplinare e umano alle cure. Il percorso di chi convive con incontinenza o stomia è complesso, non solo dal punto di vista medico, ma anche psicologico, sociale e relazionale. Dopo un intervento chirurgico, il ritorno alla quotidianità può essere difficile e spesso carico di insicurezze. In questo contesto, il ruolo del personale sanitario specializzato è cruciale per accompagnare il paziente verso una nuova normalità e garantire una qualità di vita soddisfacente.
Il convegno si è articolato in due parti. La prima ha approfondito gli aspetti clinici e chirurgici. Sono state presentate le principali associazioni di supporto ai pazienti, seguite da relazioni su incontinenza urinaria, neuromodulazione sacrale e le patologie correlate, come il prolasso degli organi pelvici e l'incontinenza fecale. Successivamente si è parlato delle tecniche chirurgiche, fino alla presentazione dell'esperienza dell'ambulatorio veronese AOUI, dedicato a enterostomie, urostomie e incontinenze, orgoglio cittadino.
La seconda parte ha posto l'attenzione sulla riabilitazione e la necessità di un lavoro integrato tra più professionisti. Sono stati illustrati i percorsi riabilitativi per i disturbi funzionali del pavimento pelvico e il contributo fondamentale di fisiatri e fisioterapisti. Un momento centrale è stato il focus sull'approccio che deve coinvolgere anche psicologi, gastroenterologi e nutrizionisti, essenziale per trattare le patologie in modo conservativo e personalizzato.
Particolarmente toccanti le testimonianze dirette dei pazienti, che hanno raccontato il proprio percorso di cura e adattamento, sottolineando l'importanza dell'ascolto, della vicinanza e della formazione degli operatori sanitari. Grazie al loro contributo, il convegno si è trasformato da evento tecnico a momento di riflessione collettiva sulla centralità del paziente.

Corrispondenza
francesco.mazzola@aovr.veneto.it

Gli abstract di 20 articoli apparsi su Annals of Translational Medicine 2024; 12 (2) sul paradigma della teoria integrale, vengono pubblicati a partire da questo numero a cura di Giuseppe Dodi e Maria Paula Di Silvestro. Ne è vivamente consigliata la lettura della versione completa (link doi).

La Teoria Integrale: paradigma, non ipotesi (http://dx.doi.org/10.21037/atm-23-1819)

DARREN M. GOLD

Dipartimento di Chirurgia, St Vincent's Clinical School, Università del NSW, Sydney, Australia

In questa prefazione, la Teoria Integrale non si presenta come una mera ipotesi, ma come un paradigma scientifico che fornisce un quadro completo per la comprensione della disfunzione del pavimento pelvico. Spesso fraintesa e liquidata come "semplice teoria", la Teoria Integrale soddisfa i criteri scientifici di una spiegazione unificante basata su osservazioni e ipotesi convalidate. Collega i sintomi pelvici ai disturbi anatomici e funzionali, offrendo una spiegazione strutturata e anatomicamente precisa per le condizioni che colpiscono quasi un miliardo di donne in tutto il mondo.

Il numero speciale di ATM comprende 19 capitoli, partendo dalle conoscenze fondamentali dell'anatomia pelvica e proseguendo con strumenti diagnostici basati sui sintomi, principi chirurgici e trattamenti basati sull'evidenze. Introduce un approccio innovativo al dolore pelvico inspiegabile e suggerisce che il ripristino dell'integrità anatomica attraverso interventi chirurgici o esercizi può risolvere la disfunzione. I capitoli chiave esplorano il ruolo della lassità legamentosa, della cicatrizzazione e del tono muscolare in condizioni come la sindrome del dolore vescicale e l'enuresi. Particolarmente degna di nota è l'identificazione della *sindrome della vagina legata* (TVS), presentata sia come una condizione incompresa che come prova della validità della teoria. Interventi non chirurgici, come gli esercizi di squat, vengono proposti per le donne più giovani e i bambini, e vengono effettuati confronti tra i paradigmi di trattamento tradizionali e quelli guidati dalla Teoria Integrale. Il capitolo finale si avventura in ipotesi sulla *disfunzione pelvica maschile*, ampliando l'applicabilità della teoria. Il progresso scientifico, sia esso graduale o rivoluzionario, si basa su un dibattito aperto e su prove concrete. L'autore traccia parallelismi con figure storiche come Galileo e Semmelweiss, le cui idee rivoluzionarie alla fine trasformarono la comprensione della realtà. La Teoria Integrale rappresenta un cambiamento fondamentale nell'assistenza sanitaria femminile e nella gestione dei disturbi del pavimento pelvico.

Il Paradigma della Teoria Integrale nella pratica: affrontare una grave crisi sanitaria nella gestione di vescica/intestino/dolore (http://dx.doi.org/10.21037/atm-23-1755)

PETER PETROS

Chirurgo Pelvico Ricostruttivo, Sydney, NSW, Australia

Il Paradigma della Teoria Integrale (ITP) viene presentato come un cambiamento radicale nella comprensione e nel trattamento delle disfunzioni del pavimento pelvico. Secondo l'ITP, il controllo della vescica e del retto non deriva dagli organi stessi, ma da strutture esterne, in particolare dai legamenti e dai muscoli controllati da segnali corticali. Questa intuizione fondamentale ha portato al riconoscimento che sintomi pelvici come prolasso, incontinenza e dolore sono interconnessi, con la loro origine comune nell'indebolimento o nella carenza di collagene nei legamenti pelvici. Questo editoriale definisce due obiettivi principali per la serie speciale sull'ITP: in primo luogo, delineare le scoperte scientifiche fondamentali alla base del paradigma e, in secondo luogo, offrire ai medici opzioni terapeutiche pratiche e anatomiche, sia chirurgiche che non chirurgiche, per un'ampia gamma di disturbi pelvici. I metodi tradizionali si basano spesso su *farmaci* come anticolinergici o oppioidi, che possono fornire un sollievo limitato e comportare rischi significativi. Al contrario, la ITP offre soluzioni a lungo termine attraverso il ripristino anatomico. Ad esempio, la procedura di *sling medio-uretrale* ampiamente accettata per l'incontinenza urinaria da sforzo – uno dei pochi problemi vescicali curabili in modo affidabile – è nata dal contesto della ITP. Nonostante sia in uso da oltre 25 anni, molte delle soluzioni anatomiche promosse dalla ITP rimangono sottoutilizzate. Tra queste rientrano trattamenti per condizioni

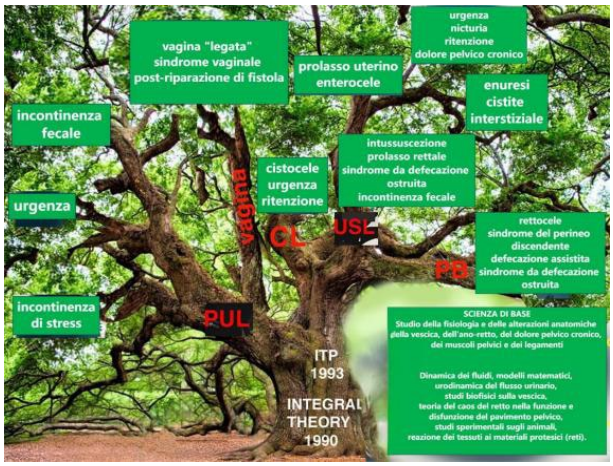


Fig. 1 L'albero ITP mostra l'espansione dell'ITP per curare le patologie vescicali/intestinali/dolori/prolasso attraverso il rafforzamento di legamenti e muscoli e il ripristino dell'elasticità della vagina mediante innesti cutanei. CL, legamento cardinale; USL, legamento uterosacrale; PUL, legamento pubo-uretrale; PB, corpo perineale; ODS, sindrome da defecazione ostruttiva; ITP, paradigma della teoria integrale

storicamente considerate incurabili, come il *dolore pelvico cronico*, la *sindrome del dolore vescicale*, l'*incontinenza fecale* e la *ritenzione urinaria*. Centrale alla teoria è l'idea che il rinforzo dei legamenti pelvici danneggiati

possa ripristinare la normale funzionalità. Questi risultati, supportati da ricerche internazionali collaborative, sono riassunti nella Fig. 1, che mostra come la ITP si sia evoluta dal 1990 fino a comprendere numerose condizioni pelviche. L'ipotesi è che la disfunzione derivi da legamenti indeboliti che interrompono la coordinazione muscolare, un problema che spesso può essere risolto attraverso procedure di ripristino del collagene. Questo approccio globale ha ampliato la portata della ITP in diverse discipline, tra cui urologia, ginecologia, chirurgia colorettale, terapia del dolore, geriatria e pediatria. Molte condizioni un tempo considerate isolatamente, come la defecazione ostruita, l'enuresi diurna/notturna nei bambini e le complicanze delle fistole ostetriche, sono ora considerate manifestazioni di disfunzioni legate ai legamenti e sono trattabili secondo il modello della ITP.

Anatomia pelvica strutturale, funzionale e disfunzionale

(http://dx.doi.org/10.21037/atm-23-1877)

BERNARD LIEDL[1], GIUSEPPE DODI[2], HIROMI INOUE[3], MENAHEM NEUMAN[4,5], ELISABETH DEL AMO[6]

[1]Monaco di Baviera, Germania; [2]Padova, Italia; [3]Kamakura, Giappone; [4]Ramat Gan, Israele; [5]Beersheba, Israele; [6]Barcellona, Spagna

L'articolo discute le strutture essenziali che costituiscono la base dell'anatomia pelvica e il loro ruolo nel mantenimento della funzionalità degli organi, concentrandosi su muscoli, legamenti e sull'impatto delle disfunzioni. Fornisce un paradigma per la comprensione di condizioni come il prolasso degli organi pelvici (POP) e i sintomi del tratto urinario inferiore (LUTS) attraverso la Teoria Integrale (IT) (**video1** https://www.youtube.com/watch?v=yCjBKsp-iaw).

Componenti strutturali chiave. La stabilità e la funzionalità del bacino sono mantenute dall'interazione di *quattro muscoli primari* – pubococcigeo (PCM), muscolo elevatore (LP), muscolo longitudinale congiunto dell'ano (LMA) e puborettale (PRM) – insieme a *cinque legamenti critici* – pubo-uretrale (PUL), cardinale (CL), uterosacrale (USL), arco tendineo della fascia pelvica (ATFP) e corpo perineale (PB). I legamenti sono strutture di supporto cruciali, ma sono altamente suscettibili a danni, principalmente a causa della loro composizione in *collagene*, che si indebolisce durante il parto e degenera ulteriormente dopo la menopausa. La vagina, al contrario, è intrinsecamente debole strutturalmente; il suo ruolo principale è quello di fungere da canale per le forze muscolari e, nella chirurgia pelvica, l'enfasi è posta sulla conservazione, piuttosto che sulla rimozione, del tessuto vaginale.

Dinamiche funzionali del pavimento pelvico. Tre gruppi muscolari riflessi (PCM, LP, LMA) *si contraggono contro* il PUL e l'USL per gestire il controllo della vescica e dell'intestino, mantenendo la chiusura e regolando i recettori di stiramento che innescano l'urgenza (**video 2** https://www.youtube.com/watch?v=GkK5V6LvC3w). Il PRM supporta ulteriormente la chiusura anorettale. Muscoli e legamenti lavorano insieme per chiudere o aprire la vescica e il canale anorettale a seconda della necessità: continenza o evacuazione (**video 3** https://www.youtube.com/watch?v=gf-Bn5Wvjik). La vagina, con la sua struttura elastica, agisce quasi come un *trampolino*, trasferendo le forze generate dai muscoli per garantire il controllo degli organi senza essere essa stessa un organo di supporto primario. Una corretta tensione del tessuto vaginale è fondamentale per prevenire segnali di svuotamento vescicale inappropriati.

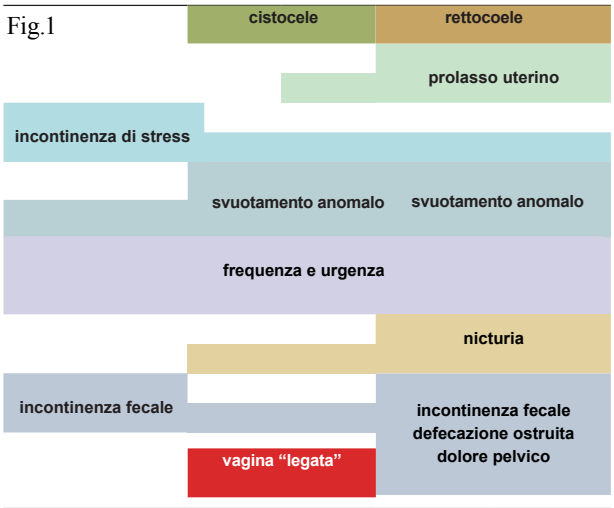
Ruoli specifici di muscoli e legamenti. Il muscolo *pubococcigeo* (PCM) si contrae in avanti per mantenere il supporto uretrale; il muscolo *elevatore* (LP) si estende all'indietro per stabilizzare la vagina e il collo vescicale; il muscolo *longitudinale* dell'ano (LMA) tira verso il basso contro il legamento puborettale superiore (USL) per facilitare la defecazione e la minzione (**video 4** https://www.youtube.com/watch?v=nK0CQmaS-5E&rco=1, **video 5** https://www.youtube.com/watch?v=D0YNULyig7g); il muscolo *puborettale* (PRM) supporta la chiusura anorettale con un controllo volontario unico (vedi esercizi di Kegel).

I *legamenti* contengono muscolatura liscia, vasi sanguigni e nervi, che svolgono ruoli attivi oltre al supporto passivo. Un danno al PUL o ai USL porta a sintomi specifici come rispettivamente l'incontinenza urinaria da sforzo (SUI) e il prolasso uterino.

Cause della disfunzione pelvica. La disfunzione pelvica deriva principalmente dall'indebolimento del *collagene dei legamenti*. I principali fattori che contribuiscono a questo sono gravidanza e parto, che sottopongono i legamenti a un eccessivo stiramento o rottura, degenerazione del collagene correlata alla menopausa e, in alcuni casi, lassità congenita dei legamenti. Il travaglio sottopone i legamenti pelvici a notevoli sollecitazioni. Il passaggio della testa del bambino attraverso il canale del parto può causare la rottura o lo stiramento del CL e del USL, causando cistocele, prolasso uterino e rettocele. Danni al corpo perineale e ai legamenti associati possono causare sindrome perineale discendente e incontinenza fecale. La Fig. 1 mostra come prolassi e sintomi siano correlati alle zone di danno legamentoso: anteriore, media o posteriore. Ogni zona di danno è correlata a disfunzioni e quadri sintomatici distinti.

Strategie di riparazione e rigenerazione. Nelle donne più giovani in premenopausa, le riparazioni dei legamenti con tessuto nativo (ad esempio, la *plicatura*) mostrano generalmente alti tassi di successo. Tuttavia, dopo la menopausa, la perdita di collagene riduce significativamente l'efficacia della riparazione. Nelle donne più anziane, i trattamenti che aumentano la produzione di collagene, come l'inserimento di bendarelle *protesiche* per creare neolegamenti o l'uso di *suture* in poliestere non assorbibili, forniscono risultati molto migliori. Evidenze provenienti da studi clinici supportano l'uso di tali metodi, in parti-

Fig.1



colare nelle donne più anziane, per migliorare il prolasso e i sintomi associati come incontinenza urinaria e fecale, urgenza e dolore pelvico.

Approccio diagnostico: l'algoritmo del Paradigma Teorico Integrale (ITP). L'ITP introduce un algoritmo diagnostico basato sui sintomi, che deduce il danno ai legamenti associando sintomi specifici a particolari zone anatomiche: zona *anteriore* (danno PUL): incontinenza urinaria o fecale da sforzo; zona *media* (danno CL, ATFP): formazione di cistocele, svuotamento anomalo; zona *posteriore* (danno USL): nicturia, dolore pelvico cronico, defecazione ostruita, incontinenza fecale. Questo metodo evita denominazioni sindromiche vaghe come "vescica iperattiva" o "sindrome del fornice posteriore", concentrandosi invece sui nessi diretti tra sintomo e causa. *Condizioni miste* come l'incontinenza da stress vengono analizzate separatamente per individuare i legamenti responsabili. *Casi speciali:* intussuscezione rettale e prolasso uterino. Un'estensione della teoria discute come il prolasso uterino possa portare indirettamente all'intussuscezione rettale. Man mano che i legamenti uterosacrali si allungano e si allargano lateralmente, esercitano una trazione sulle pareti rettali, causando un indebolimento strutturale che predispone all'invaginazione della parete rettale anteriore.

Conclusioni. La Teoria Integrale propone una visione olistica delle dinamiche del pavimento pelvico, in cui le interazioni tra muscoli e legamenti garantiscono il controllo e il supporto degli organi. Il ruolo della vagina è prevalentemente funzionale piuttosto che strutturale, rendendo la sua preservazione cruciale in ambito chirurgico. L'integrità del collagene nei legamenti è fondamentale per la salute pelvica. I danni ai legamenti dovuti al parto o la perdita di collagene dovuta all'età portano a disfunzioni. Riconoscere specifiche debolezze legamentose attraverso i sintomi consente di intervenire con riparazioni mirate, che ripristinano efficacemente la funzionalità, in particolare quando si utilizzano tecniche volte a migliorare o sostituire le strutture di collagene danneggiate. Quindi le terapie dovrebbero dare priorità al rinforzo dei legamenti per correggere sia il prolasso che i sintomi, con particolare attenzione al ripristino del collagene nei pazienti anziani per ottimizzare i risultati chirurgici.

Pelviperineologia: volontariato, ospedale e territorio

Stato dell'arte su incontinenze, stomie e disfunzioni del pavimento pelvico. L'AisFinVeneto a Padova-Piove di Sacco

BRUNO SANTONI

Direttore UOSD di Chirurgia del Pavimento Pelvico – Ospedale Civile di Piove di Sacco, AULSS 6 Euganea

L'AisFinVeneto ha organizzato il 24 maggio 2025, per il secondo anno consecutivo, in collaborazione con l'Unità Operativa Dipartimentale di Chirurgia del Pavimento Pelvico dell'Ospedale di Piove di Sacco presso l'Auditoriun Papa Giovanni Paolo II, un evento pubblico divulgativo con un importante aggiornamento sulle attività dell'associazione regionale relative all'area di Padova e Piove.

A relazionare su questi importanti argomenti è stata l'equipe multidisciplinare afferente alla suddetta U.O. che quotidianamente affronta a tutto tondo le problematiche organiche e funzionali del pavimento pelvico, nonché i vari tipi di incontinenze e si prende cura dei pazienti portatori di stomie; si è parlato inoltre della sindrome del dolore pelvico cronico che occupa uno spazio sempre crescente negli ambulatori e che per la sua complessità e difficoltà di gestione richiede un approccio altamente qualificato.

Questi quadri morbosi determinano purtroppo notevole impatto sulla qualità di vita dei pazienti e dei loro accudenti, nonché sulla spesa sanitaria. Un obiettivo prioritario dell'AisFinVeneto è quello di offrire una risposta qualificata, strategie terapeutiche e supporto ai pazienti e alle loro famiglie per poter affrontare percorsi spesso impegnativi con maggiore consapevolezza e serenità.

La partecipazione all'evento ha visto coinvolti, oltre agli operatori sanitari e agli addetti ai lavori, i pazienti, i loro familiari e l'Amministrazione Comunale nella figura del Sindaco Dr.ssa Lucia Pizzo, che ha mostrato grande interesse e sensibilità nei confronti di questi temi e si è resa disponibile a sostenere iniziative simili. Molto importante è stata la partecipazione dei presidenti delle associazioni APIS, ALZHEIMER ed AVO, con un significativo contributo a quella interdisciplinarietà che è indispensabile nelle problematiche cliniche comuni alle varie categorie di pazienti. Tra le associazioni si sono così programmati inviti incrociati che dimostrano anche la volontà di superare vecchie ingiustificate tensioni regionali e nazionali. Guardare avanti nell'interesse della comunità deve costituire uno scopo fondamentale di questi eventi divulgativi per costruire e rafforzare la rete di conoscenze e di sostegni a livello territoriale su tutti gli argomenti trattati.

Corrispondenza
bruno.santoni@aulss6.veneto.it

Fondazione
Francesco della Valle
PER LA RICERCA E LE CONOSCENZE
SULLA NEUROINFIAMMAZIONE

EXCELLENCE IN

NEUROINFLAMMATION

1st Meeting

Abbazia di
PRAGLIA
ITALY

18 OCTOBER 2025

SESSION 1 / 09:00 - 11:00

NEUROINFLAMMATION IN BRAIN HEALTH AND DISEASE

Chairspersons: **Vincenzo Di Marzo, Enzo Molina**

Janus faces of neuroinflammation protective and detrimental roles in brain function.
Luca Steardo

Neuronal TLR9, genomic integrity and memory formation.
Elizabeth M. Wood

When astrocyte-to-neuron communication goes wrong.
Andrés Mateo Baraibar Sierra

TCF1 at the crossroad between T cells and autoimmune neuroinflammation.
Davide Mangani

JCAD and neuroinflammation: new insights.
Stefano Ministrini

Question time & discussion.

SESSION 2 / 11:30 - 13:00

NEUROINFLAMMATION AND CHRONIC PAIN

Chairspersons: **Carla Ghelardini, Salvatore Cuzzocrea**

Burning bridges: glial cells, neuroinflammation, and the persistence of pain.
Anthony Dickenson

Spinal neuronal activity and neuroinflammatory component in chronic pain conditions.
Sabatino Maione

Neuroinflammation and neuroplasticity in vulvar allodynia.
Yaseen Awad-Igbaria

Question time & discussion.

SESSION 3 / 14:00 - 16:00

NEUROINFLAMMATION BRIDGING METABOLIC AND NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS

Chairspersons: **Antonio Calignano**

The big fat brain wedding: unveiling the inflammatory crosstalk between adipose tissue and the brain.
Rosaria Meli

Microglial contributions to neurodevelopmental disorders through the lens of Prader-Willi syndrome.
Felipe Correa-da-Silva

Question time & discussion.

Excellence in Neuroinflammation Award Ceremony.

Closing remarks and the way forward.

SCIENTIFIC COMMITTEE

Antonio **Calignano**
Salvatore **Cuzzocrea**
Vincenzo **Di Marzo**
Anthony **Dickenson**
Carla **Ghelardini**
Sabatino **Maione**
Rosaria **Meli**
Enzo **Molina**
Luca **Steardo**

REGISTER NOW

www.francescodellavalle.foundation

"Miele" per le dissinergie addomino-pelviche: nasce Ape Maia (AssociazionePazientiE MediciAggiornatiInAnismo)

MARIO PESCATORI[1], VITTORIO PILONI[2], GIUSEPPE DODI[3]

[1]Clinica Parioli, Roma [2]Diagnostica Marche, Osimo Ancona [3]Centro Pelvi, Padova

Riassunto: "Ape Maia" è un'associazione dedicata alle dissinergie addomino-pelviche e in particolare all'anismo, disturbo funzionale che compromette la defecazione a causa della contrazione paradossa del muscolo pubo-rettale; spesso sottodiagnosticato, colpisce il 44% dei pazienti con ostruita defecazione e può avere importanti componenti psicologiche. La diagnosi si effettua tramite esplorazione rettale, imaging e dispositivi tipo relaxer. I trattamenti includono biofeedback, fisioterapia, supporto psicologico, botulino e, nei casi resistenti, chirurgia mini-invasiva. L'associazione Ape Maia promuove l'interazione tra pazienti e medici per migliorare conoscenze e cure.

Parole chiave: Anismo; Defecazione ostruita; Pavimento pelvico; Biofeedback; Fisioterapia

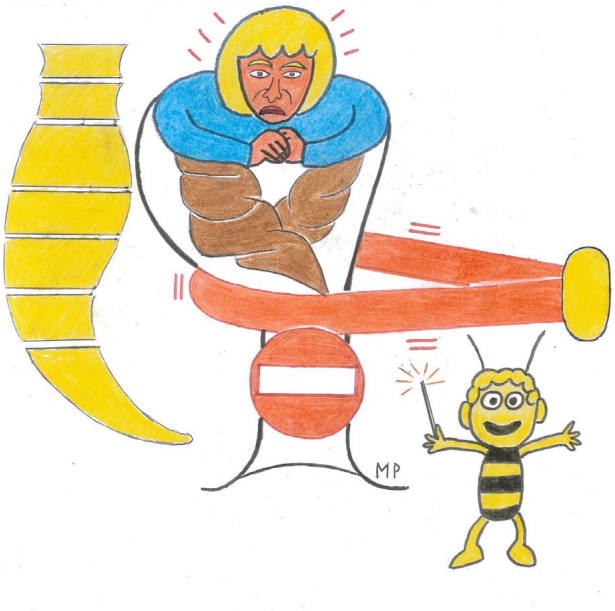
"Honey" for abdominal-pelvic dyssynergies: Maya the Bee is born (Association of patients and doctors updated in anismus)

Abstract: "Ape Maia" is an association dedicated to abdominal-pelvic dyssynergia, specifically anismus, a functional disorder that impairs defecation due to paradoxical contraction of the puborectalis muscle. Underdiagnosed, it affects 44% of patients with obstructed defecation often with significant psychological components. Diagnosis is made through digital rectal examination, imaging, and relaxer-type devices. Treatments include biofeedback, physiotherapy, psychological support, Botox, and, in resistant cases, minimally invasive surgery. Ape Maia, as an association, promotes interaction between patients and doctors to improve knowledge and care.

Keywords: Anismus; Obstructed defecation; Pelvic floor; Biofeedback; Physiotherapy

INTRODUZIONE E PROPOSTA ASSOCIATIVA

La proposta nasce da specialisti in chirurgia del pavimento pelvico (M.P. e G.D.) e radiologia (V.P.), sulla base di iniziative analoghe come AMICI (Associazione Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali) che da decenni unisce pazienti con morbo di Crohn e rettocolite ulcerosa e medici nella conoscenza e nella cura delle IBD con lo scopo, raggiunto, di renderne più efficaci le cure.



Ape Maia si propone di far conoscere meglio ai pazienti e anche ad altri medici le **dissinergie addomino-pelviche** e in particolare l'**anismo**. L'associazione favorisce, attraverso mezzi facilmente fruibili come **siti** internet, **riviste** e **riunioni** periodiche, incontri fra chi ne soffre e chi può aiutare a non soffrirne più, con aggiornamenti su terapie mediche, chirurgiche, riabilitazione o facili regole di vita. I pazienti sono lo zoccolo duro, la parte preminente di Ape Maia. **Iscriversi all'associazione sarà facile**.

LE BASI DEL PROBLEMA

Le **dissinergie** pelvi-perineali sono condizioni in cui i muscoli perineali e gli sfinteri, per motivi assai diversi, non si coordinano con le funzioni dei relativi organi addomino-pelvici: ci può essere dissinergia **minzionale** (difficoltà a urinare per "incomprensione" tra vescica e sfintere uretrale), **vaginismo** (rapporto sessuale difficile o impossibile), **anismo** (defecazione difficile, penetrazione impossibile).

La **stipsi** per praticità di inquadramento diagnostico e terapeutico viene distinta in due forme: **a transito lento**, con "pigrizia" del grosso intestino e riduzione della peristalsi fino al sigma o al retto che fungono da passaggio terminale per le feci, e stipsi **da blocco all'uscita** o **defecazione ostruita** in cui le feci, pur raggiungendo il retto, vi si accumulano e sono espulse con difficoltà per varie cause tra cui il mancato rilassamento della muscolatura pelvica, in particolare sfinterica. In caso di **dissinergia** il soggetto spinge per far uscire le feci ma invece di rilassare gli sfinteri e far aprire l'ano, li mantiene chiusi o addirittura li stringe ulteriormente con una contrazione paradossa (inversione di comando). Mentre la forma a transito lento si avvale in genere dell'uso di fibre e lassativi, le forme da blocco all'uscita, quando i pazienti siano maggiormente disturbati, richiedono stimoli locali come supposte, perette e manipolazioni digitali o manuali o strumentali[1].

Il termine *anismo,* la parola più importante dell'acronimo **Ape Maia**, è stato coniato ispirandosi al *vaginismo* e tra le loro affinità c'è una non indifferente componente "mentale". L'*iter* dell'anismo è un tormento di ponzamenti ripetuti, spinte che non producono l'effetto per nulla o in modo minimo, e questo provoca nel "paziente", nel senso che proprio "patisce", una serie di problemi fisici, psicologici e di vita corrente. Fisici perché le ripetute spinte defecatorie inefficaci anziché espellere le feci fanno prolassare verso l'ano la mucosa del retto per cui all'anismo, che è funzionale, si possono aggiungere tre patologie organiche: la mucosa del retto scendendendo forma un *prolasso interno* che ostruisce il canale anale e rende ancor più difficile l'espulsione delle feci; l'intrappolamento della mucosa rettale tra muscoli tesi si lesiona e può derivarne un'*ulcera solitaria del retto* sanguinante, a volte con l'aspetto di un tumore, senza esserlo; infine le spinte improduttive faranno discendere progressivamente tutto il pe-

rineo, cioè la base dei tessuti molli fra uretra, retto e vagina: il *perineo discendente* trascinerà in basso, giorno dopo giorno, mese dopo mese, i nervi causando una *neuropatia del pudendo,* condizione che potrà anche comportare dolori cronici e incontinenza fecale. Ecco le drammatiche conseguenze del mancato rilasciamento del muscolo pubo-rettale nella spinta defecatoria! e alcune sono assai debilitanti, come la proctalgia e l'incontinenza. Ma non ci fermiamo qui: si aggiungono anche questioni psicologiche e di qualità di vita. Dovendo restare a lungo in bagno, ad esempio la mattina, il paziente, se si deve presentare al lavoro alle otto o alle nove, farà di certo ritardo e comincerà a entrare in una spirale di agitazione, diventerà *ansioso*, a meno che non lo fosse già. Per far presto e sbloccare la situazione proverà a introdurre un dito nell'ano-retto per estrarre le feci, o, se donna, a digitare sulla parete posteriore della vagina premendo per espellerle. In tal modo potrà causare danni come lacerazioni interne, avrà magari un sanguinamento anale e la sua ansia aumenterà.
Eh sì, gentili lettori, pazienti e anche medici non proctologi che avete letto fin qui, vedete quanti guai dà l'*anismo*? Ed è per questo che un grande della chirurgia colo-rettale, un chirurgo molto pensante, il belga-canadese Ghislaine Devroede, scrisse un articolo definendo l'anismo una *malattia sistemica*[2]. Ed è vero, se consideriamo tutti i guai, anche extra-proctologici, che può combinare. Questo e altro sulla stitichezza lo potete trovare anche nel libretto *Vincere la stitichezza coi fumetti*[3] (Amazon o ucp-club.info).
Ma…l'*anismo*? Un medico o un chirurgo generale oppure un gastroenterologo potrebbero pensare "ci sembra una patologia molto rara, a me non è capitato mai o quasi mai di vederla". Ebbene, è così, non l'hanno vista, ma c'è eccome, solo che è poco nota e non facilmente diagnosticabile. Voi che leggete sapete quanto sia diffusa la stitichezza. Mooooolto diffusa. Da decenni si parla di sindrome dell'intestino irritabile, l'IBS. Ebbene, al St Mark's Hospital di Londra[1], altamente specialistico per queste patologie, hanno scoperto che metà degli stitici soffrono di *ostruita defecazione*. Ovvero c'è qualcosa (di funzionale o di organico, tumori esclusi) che impedisce alle feci di uscire. Ebbene, per capire quanto sia frequente l'anismo, sappiate che ne soffrono ben il 44% di questi pazienti. Quasi la metà. Sono tantissimi! Eppure molti medici non lo sanno. E molti stitici nemmeno...

COME SI FA LA DIAGNOSI DI ANISMO?
Semplice. Già l'esplorazione rettale può orientare. Si introduce lentamente il dito nell'ano-retto in posizione sul fianco sinistro, ginocchia molto piegate, e si posiziona il polpastrello, la parte più sensibile, sopra la rilevatezza muscolare teso-elastica del muscolo puborettale. Poi si invita il paziente a inspirare una grande quantità di aria e in seguito a "ponzare" ossia a spingere come per defecare, ma in maniera molto dolce e graduale, non di colpo. Il muscolo pubo-rettale normalmente si rilascia e c'è *sinergia*. Se non si rilascia o addirittura si contrae, è possibile che si tratti di *anismo* ovvero *dissinergia* da mancato rilasciamento o addirittura da contrattura paradossa. Diciamo "possibile" perché anche un soggetto che evacua ogni uno, due o tre giorni, cioè normalmente, nel momento in cui si trova in un ambulatorio, con un dito nell'ano oppure, ne scriveremo più avanti, con una sonda ecografica, cioè un corpo estraneo non da poco, potrebbe essere teso e non in grado di rilasciare il muscolo. Potremmo chiamare questo fenomeno un falso anismo *da ambulatorio*. Dopo l'esplorazione rettale si effettua in genere una proctoscopia dinamica, nel senso che si invita il paziente a spingere come per defecare. Abbiamo in precedenza menzionato possibili anomalie organiche associate all'anismo, come il prolasso mucoso interno del retto, l'intussuscezione e l'ulcera solitaria. Ebbene, se presenti, sono facilmente visibili all'occhio esperto.

Che fare allora? Usciamo dunque dall'ambulatorio coloproctologico...

Scrive lo specialista in imaging: un metodo spesso usato per verificare la presenza di anismo è l'*ecografia transanale a sonda rotante*. Si inserisce la sonda nell'anoretto delicatamente e si individua il muscolo puborettale che è iperecogeno, cioè appare biancastro e ha la forma a semiluna di un boomerang, l'apice del quale corrisponde alla sezione del muscolo che circonda posteriormente il retto. Si invita allora il paziente a fare la stessa manovra fatta in precedenza, cioè ponzare come per evacuare. Se il segmento di muscolo bianco che è dietro al retto scompare e lascia posto a un "nero", significa che il muscolo si è rilasciato e che il paziente non ha anismo. Se invece, nella spinta defecatoria, che va fatta dolcemente, "il bianco resta bianco", vuol dire che il muscolo non si è rilassato e c'è anismo. Si può avere conferma di questo con altri esami di *imaging* come la *defecografia*. Il sospetto di trovarsi di fronte ad una persona con anismo nasce immediatamente nella mente di un radiologo se referta un'immagine della pelvi in *risonanza magnetica* - situazione quanto mai comune nella pratica quotidiana[4,5] - che inquadri il comparto posteriore e comprenda la regione anorettale, il sacrococcige e la muscolatura del pavimento pelvico (Fig. 1)[6]. A tal punto, visto il considerevole ristagno di feci nel retto e la morfologia ad arco breve della muscolatura a partenza dal coccige con impronta sul fondo rettale, qualunque radiologo clinico che si rispetti non può esimersi dal chiamare a sé il paziente per porgli alcune domande (anche indipendentemente dal quesito clinico della richiesta magari mancante o vaga...) indirizzate in modo specifico alle caratteristiche dell'alvo e della minzione, a stile di vita, attività lavorativa e ricreativa e fisica o sportiva e anche, con il dovuto garbo, a quella sessuale. Non di rado ci si sentirà descrivere un quadro complessivo che ben rientra in quello riportato nelle righe precedenti e che evoca fortemente la presenza di anismo. Si prospetta quindi al paziente un esame di diagnostica per immagini in grado di dare la certezza che tale condizione esiste davvero (Fig. 2), e che, una volta dimostrata la sua presenza, è suscettibile di un trattamento non invasivo di tipo fisioterapico.

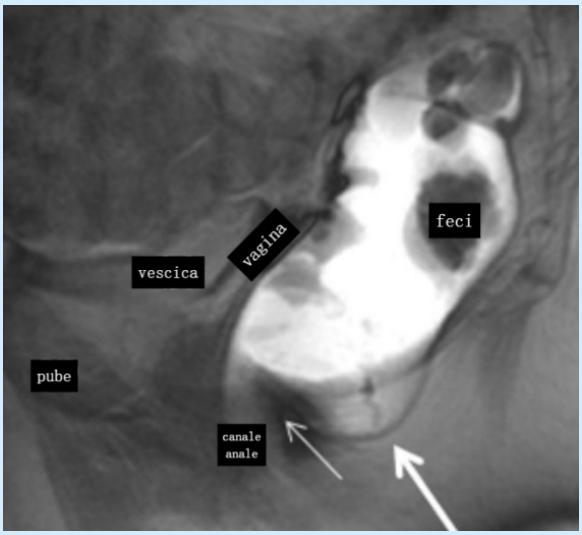


Fig. 1. Espansione della parete posteriore del retto (freccia grande) per mancato rilasciamento del puborettale (freccia sottile).

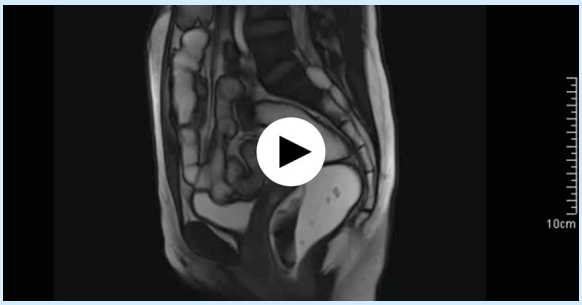


Fig. 2. Video (http://www.pelviperineologia.it/dyssinergia.mp4) con ripetuti tentativi infruttuosi di espulsione delle feci.

Un altro metodo diagnostico semplice, non costoso, per uso personale domiciliare, prevede l'uso di un **relaxer**, dispositivo meccanico ed elettronico wireless. Una piccola sonda morbida di 6 x 1,5 cm dotata di un sensore di pressione estremamente sensibile al rilasciamento dello sfintere (che sia ipo, normo o ipertonico, ossia con qualunque pressione basale) emette un segnale audio e permette di visualizzare in tempo reale sullo smartphone (con cui è collegato per mezzo di una app) il rilasciamento dei muscoli del perineo e dello sfintere anale. Il relaxer è studiato per lo svolgimento degli esercizi mirati al rilassamento dei muscoli pelvici a livello *anale*, *urinario* e *sessuale* e basa la sua funzione sul principio del *biofeedback* ossia il *controllo biologico a retro-azione*.

Fig. 3. La sonda relaxer, utile per la diagnosi e la riabilitazione della dissinergia pelvi-perinale.

Nel corso di queste valutazioni è possibile evidenziare il *prolasso mucoso* anteriore del retto accennato in precedenza e l'*intussuscezione* o invaginazione retto-rettale o retto-anale (che però può anche essere presente in soggetti che evacuano normalmente). Immaginate il retto, che è una sorta di tubo, invaginato dentro se stesso, ne consegue una evacuazione ostacolata, una forma di stipsi.
Ma facciamo un *salto dall'ano-retto al cervello* per dire quel che scrisse sulla rivista dei chirurghi colorettali americani, il presidente della loro associazione, Ira Kodner[7]. "Non opererei mai una paziente con invaginazione retto-rettale senza farle prima fare una una *psicodiagnosi*". Perchè questo? Andiamo a leggere il tema dell'*iceberg*[8-10], che raffigura bene i disturbi degli stitici da ostruita defecazione: una figura simile a un iceberg (su cui può naufragare la "nave chirurgica" danneggiando il paziente) con 12 "scogli", due emersi e dieci sommersi, ci dice quali sono le 5 patologie funzionali e le 7 organiche di un paziente con stipsi da ostruita defecazione. E' una figura adottata anche da Petros[11] e dagli uroginecologi australiani. Perchè dunque una indagine psichiatrica? Per l'alta frequenza di patologie come depressione e ansia, in ben il 66%, pensate. E diversi chirurghi famosi, come l'inglese Keighley[12], hanno osservato che i loro pazienti, operati per stitichezza, in genere non guarivano se erano "psicopatici". Ovvio che tra il 44% dei pazienti "anisti" e il 66% di quelli "psicopatici" c'è un *overlapping*, cioè una sovrapposizione. Ecco dunque perché, tra le figure professionali che vanno coinvolte nella cura di chi ha stipsi da anismo c'è anche lo psicoterapeuta.

Ma prima di indirizzare uno stitico con anismo dallo "strizzacervelli" possiamo sottoporlo a un semplice *test grafico-reattivo del disegno della famiglia*[13] che ci permette di orientarci. Lo usava anche il chirurgo canadese Devroede[2], maestro della (prudenza nella) chirurgia della stitichezza. Si dà al paziente un foglio A4 bianco e gli si chiede di disegnarci la sua famiglia. Il punteggio del test va da 10 (perfetto) a 0 (disastroso). Si inizia da 10 e si leva un punto per ogni "errore". Dal 7 scatta l'"allarme psicosomatico" e si consiglia una visita psicologica. Determinanti sono le dimensioni delle figure, la loro collocazione nel foglio, se sono disegnati i particolari anatomici, se il paziente disegna se stesso, se mette componenti estranei alla famiglia e così via. Il test lo usiamo sempre nel nostro ambulatorio. Molti "anisti" dunque sono psicopatici. Questi vanno scoperti dal proctologo e inviati allo psicologo. Operarli significa quasi sempre un fallimento.

L'ANISMO: COME TRATTARLO?

Ma poi basta lo psicologo a curarli e guarirli? Non sempre, ovvio. Se la paziente è donna, una buona cura che dà successo nel 70% dei casi a tre anni[14] è lo **psico-eco-biofeed-back**. Perchè non si fa nei maschi? Perchè la sonda ecografica va inserita in vagina. Come avviene la procedura?

Il *trio* (paziente, ecografista proctologo e psicologo) si riunisce per almeno quattro volte in una o due settimane. All'inizio il proctologo spiega alla paziente come spingere per evacuare e mostra l'immagine del muscolo pubo-rettale sullo schermo dell'ecografo. Poi lo psicologo fa rilasciare la paziente, supina e con la sonda ecografica delicatamente inserita in vagina, prima con esercizi di respirazione e poi con l'**immaginario guidato**, un insieme di musica new age e parole ipnotiche. Questa fase dura almeno cinque minuti. Al termine dei quali "la palla" passa nelle mani del proctologo-ecografista che mostra di nuovo alla paziente il suo pubo-rettale sullo schermo e poi la invita a ponzare delicatamente dopo aver inspirato al massimo. Guardando il muscolo e "volendolo" rilasciare, nel corso della seduta avverrà che la paziente riuscirà a sbloccarlo. Se non la prima, la seconda o la terza volta. Le verranno poi dati dei disegni che riproducono muscolo puborettale e strutture circostanti nonché, via *internet,* l'*immaginario guidato* stesso, in modo che la paziente si eserciti a casa fra una seduta e l'altra. Millimetro dopo millimetro e poi centimetro dopo centimetro la paziente vedrà i progressi che sta facendo.

La **fisioterapia** consiste in una serie di esercizi che Maura Mannucci sintetizza così[15]:

La figura del fisioterapista ha assunto un ruolo sempre più importante nel trattamento delle sindromi da ostruita defecazione in quanto si è notato che anche nei quadri più complessi con associazione tra cause funzionali ed anatomiche, la riabilitazione conservativa aiuta a restringere il campo chirurgico ai soli pazienti refrattari al trattamento fisioterapico. Inoltre la fisioterapia è anche un valido aiuto nel postoperatorio al fine di limitare il rischio di recidive in quanto, andando ad eliminare le cause funzionali alla base della ODS, aiuta a ridurre e a gestire correttamente le iperpressioni addominali che si sviluppano nell'atto della defecazione, responsabili del cedimento del sistema di sospensione e dell'indebolimento del sistema di sostegno degli organi. Il fisioterapista imposta il programma riabilitativo più idoneo per ogni paziente e poiché l'ODS è multifattoriale sarà importante utilizzare un *approccio sia specifico che globale*. A livello *specifico* facendo prendere coscienza al paziente del proprio pavimento pelvico e di una lunga serie di parametri: tono anale, tono del puborettale, presenza di tender point, capacità di contrazione e rilassamento perineale, capacità di reclutare e rilassare il puborettale, presenza di sinergie di contrazione, al ponzamento bulging addominale, discesa perineale, contrazione paradossa dello sfintere esterno, alti volumi di riempimento al test del palloncino (per esempio 60, 160, 270 cc). Il programma riabilitativo comprende esercizi di rilassamento o di rinforzo muscolare, tecniche endocavitarie di stretching e di inibizione dei tender point, esercizi di coordinazione per il ponzamento (corretta respirazione e corretto uso del torchio addominale), massaggio colico (utile nel ridurre il dolore addominale aumentando i movimenti intestinali peristaltici), utilizzo di dilatatori per rilassare il puborettale, rieducazione volumetrica per migliorare la sensibilità rettale, biofeedback ed elettrostimolazione. A livello *globale* si insegna la corretta postura per la defecazione e si lavora sulle tensioni muscolo-fasciali indotte da postura scorretta,

pregressi traumi anche chirurgici (cicatrici) che possono disturbare la sfera sacro-iliaca. La postura scorretta fa variare i lati del "cuboide immaginario" di Brusciano e provoca l'iperpressione addominale che a sua volta causa un'alterazione della motilità diaframmatica, addominale e perineale e rischio di genesi di perineo disceso/discendente, prolassi, dissinergia del pubo-rettale.

Stella De Chino così descrive la sua esperienza fisioterapica riabilitativa nella dissinergia anale e vaginale[16]:

Il mio approccio all'**anismo** tiene conto della frequente inconsapevolezza del paziente di avere una dissinergia e quindi della necessità in primis di far sentire la differenza fra pavimento pelvico posteriore mantenuto in contrazione o rilassato. Inizio pertanto facendo percepire la contrazione che sarà in questa fase inevitabilmente scarsa perché la muscolatura, già contratta, si attiverà debolmente. Vado poi a trattare con un dispositivo vibrante a microfrequenze la zona anale e poi faccio ri-percepire l'attivazione muscolare. Il paziente si accorgerà immediatamente della differenza. Dopo aver rilassato la zona infatti la contrazione e il successivo rilassamento saranno molto più ampi e percepiti chiaramente. Questa "esperienza" sarà il punto di partenza di tutto il lavoro svolto durante il percorso riabilitativo. Esercizio terapeutico, posture di allungamento, visualizzazioni guidate, utilizzo di vibrazioni delicate come quelle delle campane tibetane o del diapason, trattamento dei trigger points, saranno alcuni dei vari strumenti di lavoro e alla fine del percorso il paziente avrà imparato a percepire quando durante il giorno sta tenendo l'ano contratto e a lasciar andare immediatamente l'attivazione in eccesso.
Affronto il **vaginismo** partendo dal presupposto che è anche un sintomo di confine. Un confine che, per molteplici motivi, la donna colloca spesso "fuori" dal corpo. Pertanto le prime sedute sono atte a far sentire al sicuro la paziente, abbassando lo stato di allerta nei confronti della penetrazione, non solo fisica ma anche emotiva. Privilegio quindi il lavoro somato-emozionale dove respirazione, esercizi volti a liberare il freezing attraverso il tremore e rilassamento profondo permettano alla donna di aprirsi gradualmente al contatto con me. Passo quindi ad un approccio eso-vaginale, all'educazione ad un autoerotismo consapevole e all'insegnamento di esercizi volti ad imparare a attivare e rilassare la muscolatura vaginale sentendo che esiste la possibilità di "aprire da dentro". Solo in una terza fase propongo l'utilizzo di dilatatori associato comunque a pratiche di consapevolezza grazie alle quali la paziente impara a rilassare la muscolatura mentre inserisce il dilatatore.

Il **biofeedback** nella gestione della stitichezza secondo Ajit Naniksingh Kukreja[17].

La *defecazione* è un evento fisiologico complesso che richiede l'azione sincronizzata del retto, del pavimento pelvico e dello sfintere anale e una motilità intatta. Se è insoddisfacente in senso ritentivo le cause possono essere primarie (funzionali o idiopatiche) o secondarie, per problemi neurologici, metabolici o anatomici. La *stipsi* colpisce il 30% della popolazione, con un'incidenza maggiore tra le donne e gli anziani. Una causa frequente di disfunzione defecatoria è la pressione addominale insufficiente e il rilassamento inadeguato dello sfintere, ossia una defecazione *dissinergica* in cui il coordinamento tra i muscoli addominali e pelvi-perineali è compromesso. Quasi la metà degli stitici cronici soffre di una forma discontinua di questo tipo, identificabile con manometria anorettale, elettromiografia, defecografia, test di espulsione del palloncino in presenza di sintomi quali sforzo, feci dure, evacuazione incompleta, assistenza manuale. La terapia di biofeedback si è affermata come un intervento altamente efficace per la dissinergia riuscendo a rieducare i pazienti a raggiungere una corretta coordinazione muscolare durante la defecazione.
La *terapia* prevede: formazione su anatomia e funzione pelvica, allenamento alla respirazione diaframmatica e alla postura per ottimizzare la spinta, un feedback visivo o uditivo in tempo reale per imparare a rilassare lo sfintere anale durante la spinta con l'addome e tramite manometria o EMG per rafforzare i movimenti muscolari corretti, defecazione simulata tramite esercizi di espulsione del palloncino, allenamento sensoriale per migliorare la sensibilità rettale e la consapevolezza dello stimolo. Servono 4-6 sessioni di un'ora, integrate da un *allenamento domiciliare* con dispositivi portatili per monitorare i propri progressi.
Negli studi clinici la terapia con bfb supera i trattamenti convenzionali con lassativi o placebo. I fattori predittivi di scarsa risposta includono stipsi di lunga durata, ipertono sfinterico, soglie sensoriali rettali elevate, forme con transito lento, depressione associata (scala di autovalutazione!). Fattori psicologici, livello di istruzione più elevato e motivazione invece influenzano significativamente in senso migliorativo i risultati. La terapia offre dunque un sollievo sostanziale agendo sulla causa principale, la disfunzione della coordinazione muscolare. L'utilizzo di un dispositivo *relaxer* facilita il raggiungimento di un buon risultato e il suo mantenimento.

Il dispositivo **relaxer**, che abbiamo visto nella parte diagnostica, ha anche una valenza terapeutica: "condiziona" la persona / paziente incapace a rilasciare adeguatamente i suoi muscoli pelvici, gli sfinteri in particolare, ad apprenderne o riapprenderne la corretta funzione verificando l'esito dei propri tentativi mediante l'ascolto di un segnale acustico che può consistere in un suono, una musica o una voce che cessano nel momento in cui la manovra di rilasciamento viene eseguita correttamente. Se ne apprezzano i vantaggi nell'ambito del bfb per anismo ma anche nel vaginismo, in certe forme di dissinergia minzionale e nell'aiutare la funzione ricettiva a livello anale con ovvio duplice beneficio. Il metodo *relaxer* (https://www.youtube.com/watch?v=-Q2ZYa3iXpgA) è considerato piacevole e rilassante e poco costoso, col riscontro (feedback) in tempo reale del corretto svolgimento anche domiciliare dell'esercizio.

La **tossina botulinica A**, ulteriore metodo mini-invasivo per la cura dell'anismo, viene iniettata nel muscolo puborettale in ambulatorio (50-100 unità di Botox o di Vistabex con un anestetico locale). Importante il consenso informato. La procedura può anche essere eco-guidata o emg-guidata. Le complicanze sono rare (7%) e in genere lievi: minima e temporanea incontinenza, sepsi locale, ma anche casi di sincope. Una *review* sistematica di Emile[18] su 185 pazienti ha riportato iniziali miglioramenti, però la situazione si è poi deteriorata. Ad un paziente operato per anismo, caso descritto in questo numero del giornale[19] era stata iniettata senza esito la tossina. Il suo anismo durava da 17 anni e c'era di sicuro una componente psicosomatica (ansia) che prima dell'intervento aveva iniziato a farsi curare da uno psichiatra. Dopo l'intervento chirurgico ha cominciato a evacuare regolarmente.

Il trattamento chirurgico

Mezzo secolo fa al St Mark's Hospital si faceva l'intervento di Wassermann, sezionando tutto il muscolo puborettale posteriormente, intervento poi abbandonato per incontinenza fecale grave. Poi la tecnica è cambiata. Una *review* sistematica del gruppo di Wexner, pubblicata nel 2022 su 204 pazienti ha dato il 60% di successi a un anno, col 7% di complicanze, inclusa incontinenza anale. Asciore e Pescatori[21] con una tecnica mini-invasiva supportata dall'ecografia transanale intraoperatoria, lamentano un solo caso di lieve incontinenza temporanea e un successo nella stipsi del 75% dopo un anno, comunque raccomandando l'intervento come ultima risorsa dopo il botulino e lo psico-eco-biofeedback in pazienti stitici con una continenza perfetta.

CONCLUSIONE

L'anismo o discinesia addomino-pelvica non è solo un sintomo o un segno, ma un quadro clinico a carattere sistemico multi-organo, che coinvolge la psiche, il retto e i muscoli del pavimento pelvico[2]. E' molto più frequente di quanto i medici non possano immaginare, colpisce il 44% dei pazienti con ostruita defecazione[1,10]. Viene trattato da vari specialisti: psicoterapeuta, fisiokinesiterapista, proctologo ecografista, chirurgo dell'ano-retto e del pavimento pelvico e con le cure corrette la percentuale di miglioramento a breve-medio termine si aggira intorno al 75% dei casi. Per la complessità del quadro clinico è opportuno che i medici non specialisti, ma soprattutto i pazienti, abbiano a disposizione un modo di interagire fra loro e di conoscere quanto si sa in materia, al fine di adottare la più opportuna terapia. E' proprio questo lo scopo che **Ape Maia** si propone e l'interscambio pazienti-ex pazienti guariti e professionisti sanitari preparati non può che dare risultati fruttuosi.

BIBLIOGRAFIA

1. Müller-Lissner SA, Kamm MA, Scarpignato C, et al. Myths and misconceptions about chronic constipation. Am J Gastroenterol. 2005;100(1):232-42.
2. Bouchoucha M, Devroede G, Arsac M. Anismus: a marker of multi-site functional disorders? Int J Colorectal Dis 2004;19:374–379.
3. Pescatori M. Vincere la stitichezza con i fumetti. Ed. Antonio Delfino 2023. Amazon.
4. Piloni V. Advances in MR defecography: analysis of rectal clearance. EC Gastroenterology and Digestive System. 2022;9(5):33–40.
5. Piloni V, Manisco T, Fogante M. Magnetic resonance imaging template to standardize reporting of evacuation disorders. Journal of Imaging 2024;10(12):302.
6. Piloni V, Dodi G. Type I and type II rectocele in patients with obstructed defecation syndrome (ODS), as seen at MR-defecography. EC Gastroenterology and Digestive System. 2020;7(8):08–18.
7. Kodner IJ. Innovations in colorectal surgery. Tech Coloproctol. 2009;13:167–168.
8. Pescatori M, Spyrou M, Pulvirenti d'Urso A. A prospective evaluation of occult disorders in obstructed defecation using the 'iceberg diagram'. Colorectal Dis. 2006 ;(8):785-789.
9. Pescatori M. A modified miotomy of the puborectalis for anismus. Tech Coloproctol. 2023;27:507–512.
10. Pescatori M. Prevenzione e trattamento delle complicanze in chirurgia proctologica. ed Springer-Verlag 2011;138.
11. Petros P, Liedl B, Palma P, et al. A practical ligament-based diagnostic system for cure of pelvic symptoms and prolapse. Annals of Translational Medicine 2024;12(2):27.
12. Keighley M. The surgical treatment of chronic constipation. Tech Coloproctol 2000; 4:45-47.
13. Miliacca C, Gagliardi G, Pescatori M. The 'Draw-the-Family Test' in the preoperative assessment of patients with anorectal diseases and psychological distress: a prospective controlled study. Colorectal Disease 2010;12:792-798.
14. Del Popolo F, Cioli VM, Plevi T, Pescatori M. Psycho-echo-biofeedback: a novel treatment for anismus. Results of a prospective controlled study. Tech Coloproctol 2014;18:895–900.
15. Mannucci M. La defecazione ostruita: il ruolo del fisioterapista. Pelviperineologia 2023;(3): 91-92.
16. De Chino S. L'ano fra paure e ricerca di sè. Pelviperineologia 2016;(4):73-74.
17. Kukreja NA. Biofeedback in the management of constipation. Frontiers in pelvic floor medicine. IntechOpen 2024 DOI: http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.1003765.
18. Emile SH, Elfeki HA, Elbanna HG, et al. Efficacy and safety of botulinum toxin in treatment of anismus: A systematic review. World J Gastrointest Pharmacol Ther 2016; 7(3): 453-462.
19. Pescatori M. Miotomia parziale bilaterale del pubo-rettale per anismo con ostruita defecazione. Peviperineologia 2025;(2):30-31.
20. Emile SH, Barsom SH, Khan SM, Wexner SD. Systematic review and meta-analysis of the outcome of puborectalis division in the treatment of anismus. Colorectal Dis 2022;24:369-379
21. Asciore L, Pescatori LC, Pescatori M. Semi-closed bilateral partial miotomy of the puborectalis for anismus: a pilot study. Int J Colorect Dis 2015; 30:1729–1734.

DICHIARAZIONE

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

RINGRAZIAMENTI

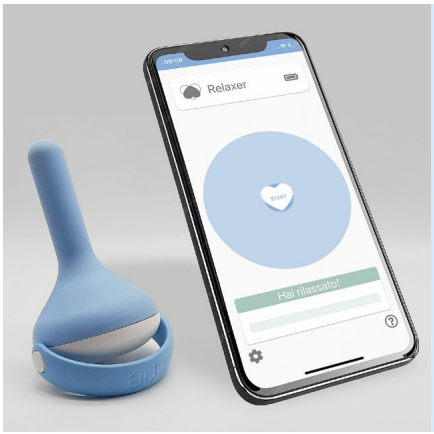
Si ringrazia Stella De Chino e Maura Mannucci per il contributo scientifico, Martina Santagiuliana e Nicola Pradel per l'impegno nella diffusione dell'associazione Ape Maia nei social e Maria Paula Di Silvestro per l'aiuto nella redazione dell'articolo.

Corrispondenza:
Prof. Mario Pescatori, ucpclub@virgilio.it

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 preparazione al parto

Dispositivo medico (marcato CE) di valido supporto per una preparazione naturale al parto. Aniball allena il perineo e il pavimento pelvico in modo graduale, migliorando l'elasticità dei tessuti vulvo-vaginali e riduce il rischio di lacerazioni durante la fase espulsiva. Utilizzato con costanza nelle 3-4 settimane prima della data prevista, consente un allungamento controllato e sicuro dei muscoli. Il recupero dopo il parto sarà più rapido e senza danni permanenti. Apprezzato e consigliato da molte ostetriche, Aniball non sostituisce la loro assistenza, ma la integra, offrendo un valido strumento per vivere il parto con maggiore consapevolezza e serenità.

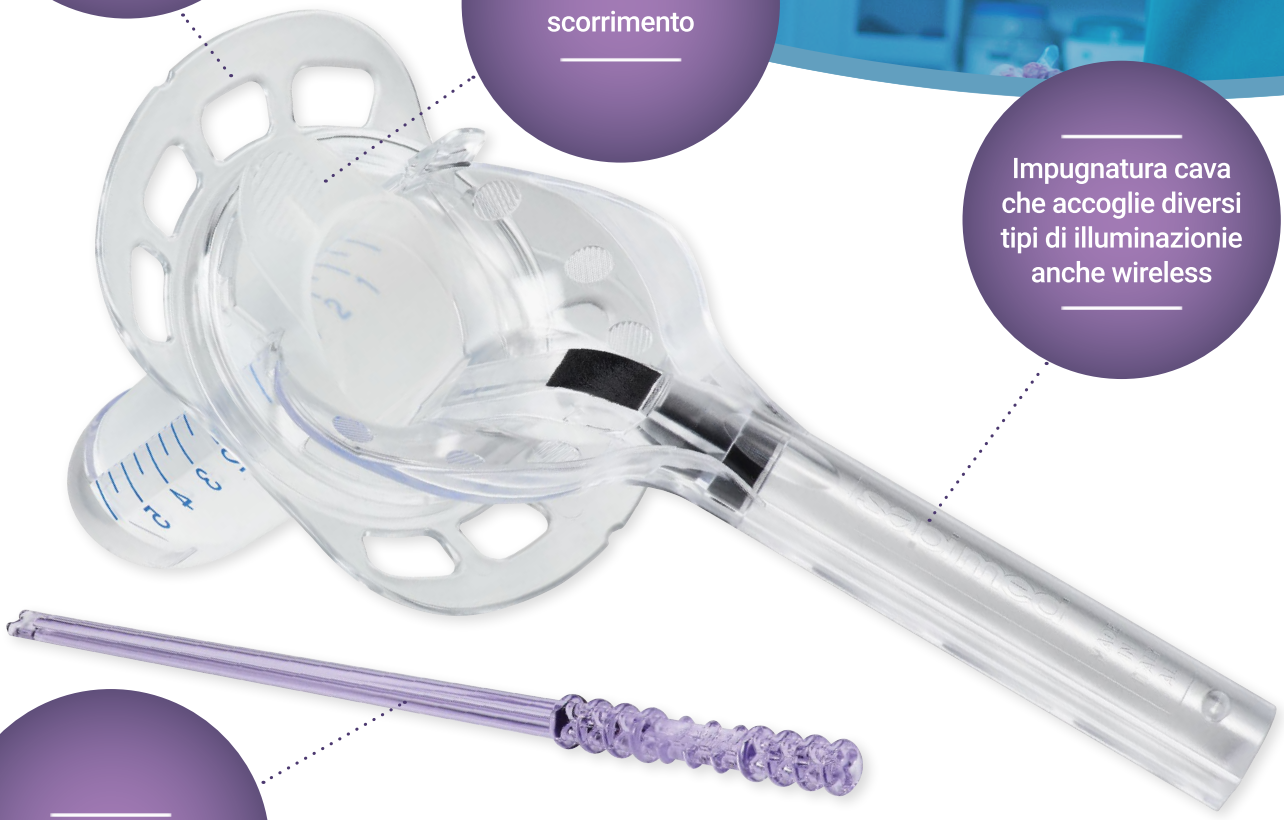
Pelvishop
LA PELVI SICURA

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

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