

Riabilitazione del pavimento pelvico

Luisiana Steardo

Ostetrica presso Ospedale Galliera - Direttore: F. Repetti

In Italia si è assistito a partire dal 1985 ad un serio interesse nei confronti delle tecniche di riabilitazione sul pavimento pelvico.

Solamente nel 1992 l'I.C.S. ha finalmente riconosciuto la validità scientifica delle tecniche riabilitative nelle disfunzioni vescico-sfintero-perineali.

Nel 1998 l'I.C.S. consacra definitivamente l'utilità della terapia riabilitativo-comportamentale quale primo approccio terapeutico dell'incontinenza urinaria.

La riabilitazione del pavimento pelvico trova applicazione in:

- **Ginecologia:** nella prevenzione e nella terapia delle turbe della statica pelvica;
- **Uroginecologia:** nella prevenzione e nel trattamento dell'incontinenza urinaria;
- **Proctologia:** trattamento dell'incontinenza fecale e della stipsi;
- **Sessuologia:** in alcune turbe sessuali (anorgasmia, dispareunia, deficit erettivi).

Le tecniche rieducative opportunamente attuate, secondo lo specifico problema, hanno tutte come obiettivo il miglioramento della "performance" perineale così da poter permettere al perineo di poter esplicare le sue funzioni di supporto dei visceri pelvici, di rinforzo sfintero-uretrale e di contrasto agli aumenti di pressione addominale.

I cardini del trattamento riabilitativo sono rappresentati da due tecniche di ri-educazione neuromotoria (chinesiterapia, biofeedback) e dall'elettrostimolazione funzionale; tuttavia nel contesto complessivo del trattamento conservativo vanno aggiunte alcune tecniche di supporto quali:

- **Tecniche comportamentali** (bladder retraining)
- **Tecniche di rilassamento**
- **Psicoterapia** (nei disturbi detrusoriali soprattutto se d'origine psicosomatica)

Il programma riabilitativo ha carattere sequenziale, vale a dire bisogna rispettare una sequenza di fasi al fine di ottenere risultati massimali.

Risveglio Ostetrico

- **1ª fase: informare** la Paz. circa le cause del disturbo e le finalità del trattamento; per far ciò possiamo utilizzare schemi anatomici per aiutare la Paz. a comprendere di quale parte del corpo si sta parlando.
- **1ª fase: correggere** i comportamenti errati utilizzati per prevenire, ridurre e nascondere l'incontinenza (utilizzando ad esempio il diario minzionale) ma anche correzioni di quelle attività del vivere quotidiano che potrebbero avere un influsso negativo sul sintomo (attività fisica, stitichezza).
- **3ª fase: presa di coscienza** del proprio perineo, regione poco rappresentata a livello corticale sensitivo e motorio, poco conosciuta per fattori razziali, culturali e/o religiosi.

È essenziale effettuare una ricerca della postura più idonea al fine di ottenere un'ottimale percezione da parte della Paz., dell'elevatore dell'ano. Tuttavia la posizione più utilizzata è quella ginecologica modificata. Si provocano quindi delle sollecitazioni del circuito sensitivo-motorio (sollecitazioni tattili e visive). L'operatore stimola il perineo toccandolo ed istruendo la Paz. a toccare la propria zona perineale davanti ad uno specchio. Infine l'operatore esegue delle pressioni e stiramenti a livello perianale perivaginale e del nucleo fibroso, in risposta a ciò la Paz. deve attivare volontariamente lo sfintere anale esterno, mentre contemporaneamente si cerca di eliminare l'attivazione delle sinergie agoniste ed antagoniste.

Normalmente tutto questo sarà facilitato da alcune condizioni: l'apprendimento di una buona tecnica respiratoria e il raggiungimento di un buon grado di rilassamento e concentrazione così come può essere compromesso da una scarsa motivazione della Paz.

- **4ª fase: rafforzare ed automatizzare.** Questa fase è rappresentata dal rinforzo muscolare delle fibre fasiche e toniche con esercizi isotonici ed isometrici e nelle Paz. nelle quali si ottiene una buona contrazione isolata del pubo-rettale passiamo alla fase d'automatizzazione delle contrazioni perineali durante gli sforzi e le normali attività del quotidiano.

BIO-FEEDBACK

Per favorire la presa di coscienza ma anche il rafforzamento muscolare l'operatore si avvale del BFB. Il termine biofeedback risulta dalla combinazione dei termini inglesi " biological" e " feedback" (retroazione biologica) ed esprimono il concetto-base di un sistema in grado di fornire informazioni riguardanti processi biologici non sufficientemente corticalizzati. Il BFB è quindi un mezzo in grado di registrare alcune attività fisiologiche non apprezzabili a livello cosciente fornendo quindi al paziente una conoscenza immediata, precisa e semplificata dell'errore, stimolandolo a predi-

sporre una diversa strategia operativa (Basaglia 91) ed è proprio la "conoscenza del risultato" uno dei più grossi pregi dell'utilizzo del BFB in riabilitazione.

Altro importante fattore è l'interesse che si crea nel paziente di migliorare sempre più la sua risposta mediante la continua verifica strumentale.

Spesso s'instaura una competizione tra apparecchiatura, paziente e riabilitatore che si rivela comunque utile al fine del recupero finale.

Come per altre tecniche dobbiamo considerare due elementi fondamentali: PAZIENTE ED APPARECCHIATURA.

Per quanto riguarda il paziente è necessaria la sua attiva collaborazione al trattamento e la sua capacità di comprendere le informazioni fornite. Da ciò si può dedurre che il paziente dovrà essere vigile e non presentare deficit intellettivi e mnemonici.

L'apparecchio è costituito da un rilevatore (sonda vaginale o anale), elettrodi di superficie, un elaboratore di segnale e da un sistema evidenziatore acustico e/o visivo per il paziente.

Distinguiamo un BFB MANOMETRICO (che registra la pressione esercitata dal muscolo) e un BFB ELETTROMIOGRAFICO (che registra l'attività elettrica sviluppata dal muscolo).

Nonostante il BFB sia una tecnica nata per uso terapeutico, può essere utilizzato anche per effettuare un'attenta diagnosi pre-riabilitativa. Infatti durante la valutazione clinica è testata la validità del pubo-rettale (P.C. TEST) ma il B.F.B. ne permette una più precisa determinazione dando un valore numerico assoluto.

Il B.F.B. valuta:

- L'elettività della contrazione del pubo-rettale (senza utilizzare altre sinergie agoniste o antagoniste)
- La validità delle fibre fasiche e toniche: le fibre fasiche più rapide necessarie alla continenza sotto sforzo e in generale in condizioni di urgenza minzionale; le fibre toniche (80% del totale delle fibre) deputate alla continenza in condizioni normali.
- L'affaticabilità (endurance) muscolare.

Quando si usa il BFB?

- Indicazioni terapeutico-riabilitative
- Deficit della presa di coscienza
- Presenza di contrazioni sinergiche
- Inversione di comando
- Ipovalidità perineale

Risveglio Ostetrico

- I.U.S.
- I.U. (contrazione della fionda del pubo-rettale determina un'inibizione dell'attività contrattile della vescica)
- Ipertono perineale (il BFB può alleviare una sintomatologia dolorosa pelvica inducendo un rilassamento muscolare).

S.E.F.

La SEF trova nella scuola svedese di Göteborg i maggiori sostenitori.

Il meccanismo della SEF è solo parzialmente noto; di sicuro sappiamo che per essere efficace necessita di un innervazione sensitivo-motoria dell'organo bersaglio almeno parzialmente conservata.

È usata singolarmente o in associazione ad altre metodiche riabilitative.

La SEF evoca una contrazione muscolare:

- per stimolazione DIRETTA (attraverso una depolarizzazione della membrana cui segue una contrazione muscolare);
- per stimolazione INDIRETTA (attraverso la depolarizzazione della membrana del nervo pudendo con effetto contrattile sulla muscolatura perineale).

In uro-ginecologia la SEF intravaginale sembra essere il metodo di scelta migliore proprio per la bassa impedenza tissutale che la corrente elettrica incontra e quindi permette un migliore effetto eccitomotorio del pubo-rettale ed un'attivazione ottimale del pudendo.

Dobbiamo considerare diversi parametri:

- corrente
- intensità (o ampiezza di impulso misurata in mA)
- durata dell'impulso (espressa in m/sec. non deve superare i venti impulsi al secondo per permettere al muscolo di rilassarsi)
- frequenza (definita dal numero di fasi o cicli al secondo ed è espressa in Hz)
- durata della terapia.

In ambito uro-ginecologico si prediligono correnti bifasiche con intensità sub-dolorifica. Per quanto riguarda la durata dell'impulso studi clinici hanno evidenziato che impulsi di lunga durata (\Rightarrow a 1 m.sec) stimolino selettivamente le fibre nervose sensitive, mentre impulsi di durata più breve ($<$ a 0.2 m.sec) attivino le fibre motorie. Per quanto riguarda la frequenza, trovano largo impiego nel trattamento dell'instabilità detrusoriale frequenze comprese tra i 5 e i 10 Hz, mentre nell'ipovalidità uretro perineale sono usate tra i 25 e i 60 Hz. Tuttavia essendo dimostrato che i motoneuroni innervanti le fibre toniche scaricano ad una frequenza di 10-20 Hz. e quelli inner-

vanti le fibre fasiche scaricano a frequenze maggiori (30-60 Hz) è ragionevole dedurre che per attivare le fibre rapide e lente sono richieste diverse frequenze. Ne consegue quindi che nel trattamento dei deficit sfinteriali e/o nella IUS è necessario una SEF di tipo combinato.

Quali sono gli effetti della SEF in uroginecologia?

- Eccitomotore: favorisce il rinforzo della muscolatura perineale agendo sull'attività sia delle fibre fasiche sia di quelle toniche
- Inibitore: può avere un'azione inibente quando l'alterazione funzionale è per esempio quella della vescica iperattiva laddove si tratta di ridurre l'iperattività del detrusore.
- Antalgico: può avere una azione antalgica riferito all'impiego che ne viene fatto per il dolore post-episiorrafia e per la riduzione o l'annullamento delle contratture muscolari che sono alla base di numerose dispareunie.

La SEF trova applicazione:

- Ipovalidità muscolare con o senza IUS
- Nella vescica iperattiva
- Nell'insufficienza sfinterica
- Nel prolasso genitale di grado lieve
- Nel post-partum
- Nel dolore pelvico cronico
- Nei pazienti che rifiutano l'intervento.

Al contrario il suo utilizzo è controindicato:

- Nella denervazione perineale completa
- Nei portatori di pace-maker cardiaco
- In gravidanza
- Durante il ciclo mestruale
- Nelle infezioni urinarie e vaginiti
- Nei prolassi di grado elevato

La SEF si pone come obiettivo:

- Il miglioramento del tono e della forza contrattile della muscolatura sfinterio-uretrale
- La presa di coscienza (nei pazienti con testing perineale pari a 0, per risvegliare la propriocettività)

Risveglio Ostetrico

- L'inibizione dell'iperattività detrusoriale
- Un'azione antalgica (nel post-partum, nel dolore da episiorrafia)

CHINESI TERAPIA

Occupava un ruolo importante nella terapia conservativa in ambito uroginecologico. Le tecniche sono finalizzate ad una migliore utilizzazione dell'elevatore dell'ano che svolge un duplice compito: quello di sfintere e quello di elevatore. L'allenamento della muscolatura perineale comprende sia esercizi isotonici che isometrici classicamente indicati come determinanti i primi lo sviluppo delle fibre fasiche i secondi delle fibre toniche.

L'esercizio ottimale per migliorare la performances delle fibre toniche richiede carichi medi e numerose ripetizioni. L'attivazione delle fibre fasiche richiede il massimo sforzo (massima tensione o massima velocità) ed è la tecnica richiesta per sviluppare la forza contrattile di un muscolo purché gli esercizi per seduta siano relativamente pochi e vi sia un adeguato riposo tra i singoli esercizi. In caso contrario si produrrebbero fenomeni di affaticamento con ovvia ripercussione negativa sulla prestazione muscolare.

Come si effettua la chinesiterapia:

il terapeuta effettua con due dita poste al di là dell'ostio vaginale un rapido stiramento verso il basso del puborettale, in risposta deve attivare lo sfintere anale. La stessa manovra va eseguita più volte anche sulle pareti vaginali laterali.

Indicazioni

Preventive:

- Post-partum
- Prima e dopo chirurgia pelvica
- Ipovalidità dell'elevatore dell'ano

Terapeutiche:

- IUS
- Prolasso genitale di grado lieve
- Incontinenza fecale
- Urgenza minzionale ed incontinenza urinaria da urgenza

Finalità

Le finalità della chinesi terapia sono il miglioramento della forza, della resistenza, e della coordinazione del puborettale da cui consegue un miglioramento:

- Dell'azione di supporto dei visceri pelvici

Risveglio Ostetrico

- Del sostegno uretrale
- Del mantenimento della pressione di chiusura uretrale
- Del riflesso di chiusura perineale allo sforzo
- Della motilità volontaria sfinterica uretrale ed anale
- Della qualità della vita sessuale.