

PAVIMENTO PELVICO

CONOSCERE E PREVENIRE

GENTILE COLLEGA

Gentile collega,

Le chiedo cinque minuti del suo prezioso tempo per presentarmi e illustrarLe il mio lavoro.

Mi chiamo Caterina Camilli e sono un'ostetrica libera professionista di Roma.

In questo documento ho voluto riportare una breve relazione sul mio campo di applicazione, ovvero la riabilitazione del pavimento pelvico, un mondo poco conosciuto e di cui molti ignorano l'esistenza.

Confrontandomi con le donne e con i professionisti con cui entro in contatto quotidianamente mi sono accorta che solo una piccola percentuale conosce l'importanza del benessere del pavimento pelvico e la sua vitale importanza nelle varie fasi della nostra vita. La conseguenza è quella di banalizzare e normalizzare alcune disfunzioni come l'incontinenza urinaria o la dispareunia che hanno in realtà un impatto determinante sulla qualità della vita.

Per questo motivo ho deciso di scrivere questo breve documento in cui riassumo il mio lavoro degli ultimi anni, quello che ho studiato e quello che sarà il mio futuro anche nell'ambito della ricerca.



**DOTT.SSA OSTETRICA
CATERINA CAMILLI**



3392357144



caterina.camilli@gmail.com



crescereconlaluna



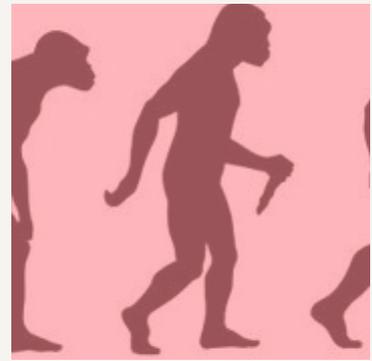
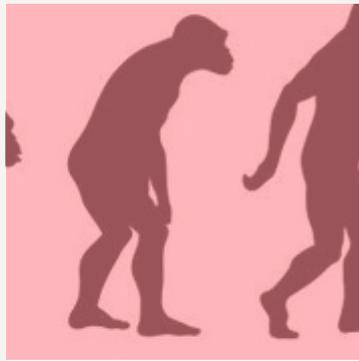
**Caterina Camilli
Ostetrica**



**Fisiogroup-Monteverde
Roma**



**Spazio Ostetrico-
Piazza Bologna**



PARTIAMO DALL'INIZIO

Il pavimento pelvico o diaframma pelvico è l'insieme di muscoli, fasce, legamenti, nervi, arterie e vene che delimitano il limite inferiore della piccola pelvi. In realtà fanno parte del pavimento pelvico anche alcuni muscoli dell'arto inferiore come il piriforme e gli otturatori.

Possiamo suddividere i muscoli del pavimento pelvico in tre strati differenti che hanno funzioni diverse tra loro.

Tra i muscoli più noti ricordiamo lo sfintere anale, uretrale e uretrovaginale (essenziali per la defecazione e la minzione) e l'elevatore dell'ano, che svolge un ruolo fondamentale nella rotazione interna e nell'espulsione del feto durante il parto.

La pelvi contiene il tronco nervoso lombosacrale, i plessi sacrali e coccigeo e le porzioni pelviche del sistema simpatico e parasimpatico. Nell'insieme forniscono l'innervazione somatica e viscerale alla maggior parte dei visceri pelvici, al pavimento pelvico, alla regione glutea e agli arti.

È in stretti rapporti biomeccanici e funzionali con il diaframma respiratorio ed è composto da una componente strutturale muscolo scheletrico e un'importante componente viscerale.

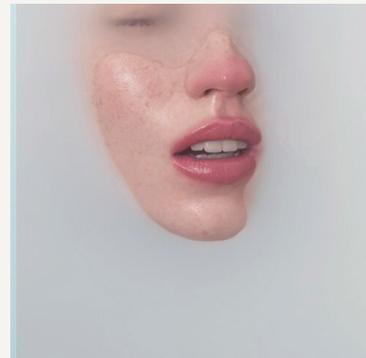
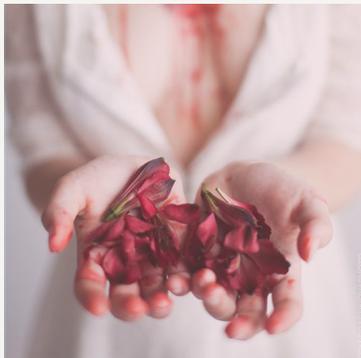
Quando ci siamo messi su due zampe...

L'evoluzione della specie ci ha permesso di abbandonare la posizione quadrupedica e assumere la posizione eretta; questo ha comportato importanti cambiamenti nella statica pelvica, nell'equilibrio e nella biomeccanica del corpo e di conseguenza nella fisiologia di alcune strutture.

Infatti la zona perineale ha iniziato a contribuire attivamente al mantenimento dell'equilibrio, al sostentamento di buona parte del nostro peso e delle pressioni interne e ha assunto il ruolo di "fondamenta" dei nostri organi interni.

Così muscoli e i legamenti del pavimento pelvico svolgono al giorno d'oggi un ruolo fondamentale ogni qual volta si verifica un aumento della pressione interna o una sollecitazione meccanica.





FUNZIONI E DISFUNZIONI

Questa fitta rete di muscoli è fondamentale per la salute e la sopravvivenza di ogni individuo.

- Funzione minzionale, defecatoria e di continenza: il pavimento pelvico assicura sia la continenza di feci e urine ma soprattutto assicura la funzionalità degli sfinteri.
- Funzione sessuale e riproduttiva: è fortemente coinvolto nella lubrificazione vaginale, nel mantenimento di un habitat/pH e di una microbiota vaginale sano e sorregge e sostiene la clitoride assicurandone la funzionalità.
- Investe un ruolo molto importante durante la gravidanza e il parto: durante la gravidanza il pavimento pelvico si adatta alle modificazioni del corpo e accoglie e sostiene il peso dell'addome. Contribuisce alle modificazioni dell'utero e investe un ruolo fondamentale nel travaglio partecipando attivamente alla discesa del bambino nel canale del parto.
- Funzione di sostegno agli organi pelvici: come delle fondamenta, il pavimento pelvico sorregge tutti i nostri organi interni.

Quando questi muscoli diventano disfunzionali, si possono alterare moltissime funzioni fisiologiche e di conseguenza la qualità della vita può essere seriamente compromessa. *

Le disfunzioni perineali possono derivare da abitudini scorrette che ci vengono inculcate sin da piccoli o per quanto riguarda il post parto, da pratiche ospedaliere come l'episiotomia, il parto in posizione ginecologica o la monvra di Kristeller. Anche la chirurgia correttiva in questi casi non fa miracoli e i numeri di recidive sono altissimi. Non bisogna mai dimenticare inoltre che questi muscoli reagiscono ad alterazioni funzionali di regioni circostanti come l'intestino o la vescica o di regioni lontane come il pavimento buccale.

Come tutti gli altri muscoli hanno le loro contratture

I muscoli del pavimento pelvico sono dotati di un'attività tonica di base, ovvero sono in uno stato di lieve contrazione perenne fisiologica che permette la chiusura degli sfinteri anche in situazione di riposo e che contribuisce alla postura. Questa attività può essere inibita o accentuata volontariamente o involontariamente in risposta ad alcuni stimoli per un periodo di tempo più o meno lungo. Per esempio, durante l'evacuazione, lo sfintere anale si rilassa per permettere il passaggio delle feci mentre, durante uno starnuto, il pavimento pelvico si contrae per garantire la continenza e contrastare l'aumento della pressione addominale.

In particolari situazioni però, questo non avviene: il muscolo smette di rispondere agli impulsi e rimane in uno stato di contrattura perenne non accompagnata da un impulso specifico. Queste contratture possono essere associate a sintomi di intensità variabile come: dolore (persistente, durante i rapporti intimi** o dolori mestruali), cistiti, secchezza vaginale e emorroidi.

*The impact of pelvic floor muscle training on the quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review
Agnieszka Radzimińska , Agnieszka Strączyńska , Magdalena Weber-Rajek , Hanna Styczyńska , Katarzyna Strojek , Zuzanna Piekorz.
** Physical therapy intervention for women with dyspareunia: a randomized clinical trial.

Renata Shvartzman, Luisa Shvartzman, Charles Francisco Ferreira, Janet Vettorazzi, Adriane Bertotto, Maria Celeste Onorio Wende.



A CHI E' DEDICATO IL SERVIZIO

Dopo aver capito di che zona anatomica stiamo parlando e le sue funzioni fondamentali, quando andrebbe consigliato un percorso di riabilitazione?

Non esiste un'età precisa, le mie pazienti hanno un'età compresa tra i 15 e gli 85 anni.

La valutazione e il percorso di riabilitazione sono aperti a tutte le donne che ne sentono la necessità, proprio perché la maggioranza di esse non ha minimamente consapevolezza della zona pelvica.

Le problematiche del pavimento pelvico possono presentarsi a qualsiasi età, in gravidanza e soprattutto nel post-parto*.

L'ultima pagina di questo documento è dedicata agli innumerevoli sintomi che una disfunzione del pavimento pelvico può comportare.

Ma allora perché si conosce così poco?

A causa dei costrutti sociali e dei tabù, spesso le donne non riescono a confrontarsi con il professionista che hanno di fronte, qualunque esso sia, oppure pensano che questi disturbi siano normali e facciano parte del fisiologico cambiamento del corpo.

L'ostetrica è per antonomasia colei che accoglie e accompagna, non solo durante il travaglio e il parto ma anche in tutte quelle situazioni in cui la donna ne sente il bisogno. Mettersi in ascolto, non essere mai giudicanti, comunicare in maniera chiara e semplice e mettersi nei panni dell'altro sono sicuramente la chiave di un rapporto di apertura tra ostetrica e paziente.

Ho deciso, quindi di dedicare la prossima sezione agli strumenti che utilizzo durante il mio lavoro.

*Can postpartum pelvic floor muscle training reduce urinary and anal incontinence?: An assessor-blinded randomized controlled trial
Thorgerdur, Sigurdardottir, Thora Steingrimsdottir, Reynir T Geirsson, Thorhallur I Halldorsson, Thor Aspelund, Kari Bø

Un pò di dati

Diversi studi mostrano che il prolasso di grado lieve o moderato degli organi pelvici si riscontra nel 48% delle donne. Al contrario lo stadio avanzato si riscontra nel 2%. L'età, la gravidanza, il tipo di parto e la menopausa sono sicuramente dei fattori di rischio per i disturbi del pavimento pelvico ma non bisogna pensare che siano problematiche caratteristiche dell'età avanzata o del post-parto, moltissime donne giovani soffrono di cistiti e infezioni ricorrenti, una percentuale elevatissima soffre di dolore durante i rapporti e una piccola percentuale di incontinenza urinaria o fecale.

L'incontinenza urinaria colpisce circa 3 milioni di donne e gli interventi chirurgici per prolasso genitale e incontinenza urinaria ogni anno sono quattrocentomila con un numero di reinterventi per recidiva del 29,2%.**

**Epidemiologia, eziopatogenesi, classificazione e diagnostica del prolasso del pavimento pelvico.
Gyneco AOGOI/Numero 3 2010



I MIEI STRUMENTI

La riabilitazione del pavimento pelvico è un percorso di consapevolezza che ha come obiettivo il miglioramento o il mantenimento della salute pelvica.

Durante le sedute vengono proposte diverse strategie e strumenti di lavoro: la fisiokinesiterapia, la terapia manuale e l'elettrostimolazione funzionale.

L'elettrostimolazione del pavimento pelvico è una metodica riabilitativa che prevede la stimolazione muscolare elettrica tramite una sonda intravaginale. E' una tecnica passiva che prevede la stimolazione della contrazione muscolare tramite impulsi elettrici emanati dalla sonda. Stimolare la contrazione dei muscoli ne induce un rinforzo passivo e migliora il controllo e la motilità volontaria. Se utilizzata a determinate frequenze ha anche azione antalgica.

Tuttavia, gli studi scientifici dimostrano che la riabilitazione del pavimento pelvico costituita unicamente da sedute di elettrostimolazione porta a pochi risultati**, gli stessi risultati che si ottengono con altri strumenti come i coni vaginali.***

Infatti l'elettrostimolazione viene proposta come un ulteriore sostegno al lavoro che la donna svolge con la fisiokinesiterapia.

La **fisiokinesiterapia** del pavimento pelvico è costituita da esercizi mirati al rinforzo o al rilassamento e al controllo muscolare e risulta essere al primo posto come efficacia terapeutica.

Gli esercizi proposti non hanno nulla a che fare con i classici esercizi di Kegel, ormai superati, in quanto hanno lo scopo di riabilitare specifici gruppi muscolari in base alla disfunzione.

Come tutti gli altri muscoli del corpo anche il pavimento pelvico può essere soggetto a contratture o essere contratto nella sua totalità.

In questi casi vengono unicamente proposti percorsi di fisiokinesiterapia e **terapia manuale** che mirano al rilassamento muscolare.*

Per la sua stretta correlazione anatomica e funzionale con altre zone del corpo mi avvalgo di collaborazioni con altre figure come ginecologi, osteopati, nutrizionisti e psicologi.

Perché non i Kegel

Che differenza c'è tra gli esercizi di Kegel e la fisiokinesiterapia?

Con gli esercizi di Kegel, ovvero il classico "stringi e rilascia" la donna attiva il muscolo di cui lei ha più consapevolezza e solitamente si tratta dell'elevatore dell'ano o del pubococcigeo. Come abbiamo visto nella seconda pagina, il pavimento pelvico è composto da più muscoli con una specifica funzione. Per esempio nel caso dell'incontinenza urinaria dove il problema è spesso a carico di un ipotonia dello sfintere uretrale, gli esercizi di kegel sono pressoché inutili.

Un'altro punto a sfavore di questi esercizi è legato al fatto che molte donne non hanno consapevolezza pelvica e quindi quando gli viene chiesto di contrarre il pavimento pelvico quello che fanno è attivare altri muscoli accessori come quelli dell'arto inferiore, dei glutei o addirittura il massetere.

Questi esercizi infine possono essere realmente dannosi per tutte quelle donne che soffrono di contratture del pavimento pelvico o ipertonia muscolare.

*Physical therapy intervention for woman whit dispareunia: a randomized clinical trial.

Renata Schwartzman, Luisa Schwartzman, Charles Francisco Ferreira, Janet Vettorazzi, Adriane Bertotto, Maria Celeste Osorio Wende

**Impact of pelvic floor muscle training on sexual function of women with urinary incontinence and a comparison of electrical stimulation versus standard treatment (IPSU trial): a randomised controlled trial

Swati Jhai, Stephen J Walters, Oscar Bortolami, Simon Dixon, Abualbisher Alshreef

***Electrical stimulation of the pelvic floor versus vaginal cone therapy for the treatment of stress urinary incontinence

Patrícia Fernandes Diniz Santos, Emerson Oliveira, Miriam Raquel Diniz Zanetti, Raquel Martins Arruda, Marair Graciao Ferreira Sartori, Manoel João Batista Castello Girão, Rodriao Aquino Castro

RICONOSCERE PER PREVENIRE

Un pavimento pelvico in disfunzione è spesso facile da riconoscere.

Donne che hanno disturbi al pavimento pelvico hanno solitamente uno o più di questi quadri clinici:

- difficoltà a trattenere l'urina in urgenza;
- perdita di urina, feci o gas normalmente o sotto sforzo (tosse/starnuti/risata/attività fisica);
- emorroidi e/o ragadi anali;
- stitichezza;
- perdita di aria dalla vagina o di acqua post immersione;
- dolore durante la penetrazione e/o durante il rapporto*;
- difficoltà a raggiungere l'orgasmo;
- poca percezione e/o sensibilità della vagina;
- percezione alterata della vulva (bruciore, ipersensibilità, dolore)
- secchezza vaginale;
- minzioni troppo frequenti;
- sensazione di pesantezza;
- infezioni vaginali ricorrenti;
- dolore e/o fitte in movimento o in determinate posizioni;
- soffrire di forti dolori mestruali;
- presenza di prolasso della vescica, del retto o dell'utero.

Consigliare un percorso in riabilitazione in questi casi può voler dire un miglioramento della qualità della vita della persona e un aumento della consapevolezza di una zona quasi completamente dimenticata.

Grazie per l'attenzione

Caterina Camilli



Bibliografia

- Riabilitazione del Pavimento
Arianna Bortolami
- Addominali fermiamo il massacro
Bernadette De Gaquet
- Perineo Fermiamo il massacro
Bernadette De Gaquet
- Pelvicfloor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis anche the urgency-frequency syndrome.
Jerome M. Weiss
- Basic versus biofeedback-mediated intensive pelvic floor muscle training for women with urinary incontinence: the OPAL RCT
Suzanne Hagen , Carol Bugge, Sarah G Dean, Andrew Elders, Jean Hay-Smith, Mary Kilonzo, Doreen McClurg.
- Il pavimento pelvico, dalla diagnosi alla riabilitazione.
Colacurci, Torella, Vicario
- Psiconeuroendocrinoimmunologia e scienza della cura integrata. Il manuale.
Anna Giulia Bottaccioli e Francesco Bottaccioli
- Biofeedback versus electrical stimulation for sexual dysfunction: a randomized clinical trial.
Behnaz Aalaie, Behroz Tavana, Zahra Rezasoltani, Solmaz Aalaei , Jamshid Ghaderi, Afsaneh Dadarkhah