

# LE DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO: RUOLO DEL PROCTOLOGO E DEL RIABILITATORE

## PELVIC FLOOR DYSFUNCTION: ROLE OF PROCTOLOGIST AND REHABILITATOR

DOI: [10.53146/Iriog1202138](https://doi.org/10.53146/Iriog1202138)

### ABSTRACT

*The importance of pelvic floor evaluation and rehabilitation is now recognized in the scientific world. In particular, pelvic pain, proctological and sexual dysfunctions are often present in women with endometriosis, strongly affecting their quality of life. Knowing the symptoms, related disorders and sharing the patients taken in care among the specialists, allows to better clarify the clinical picture, improve the therapeutic path and help to give a new self vision.*

**KEYWORDS:** *pelvic floor dysfunctions; endometriosis; pelvic floor overactive; chronic pelvic pain.*

### INTRODUZIONE

Nell'attuale scenario delle disfunzioni del pavimento pelvico, il dolore risulta una condizione frequente per la quale si stima che 4 donne su 10 soffrono di disfunzioni pelviche dolorose.

Il 19% degli europei adulti soffre di dolore pelvico di moderata o grave intensità, compromettendo la qualità di vita sociale e lavorativa con prevalenza del 14,8% nelle donne oltre i 25 anni.

Si stima che il 70% delle donne affette da endometriosi soffre di disfunzioni pelviche e la patologia aumenta il rischio di disturbi sessuali e viscerali.

La qualità di vita della donna oggi

acquisisce un'importanza sempre più significativa, non solo per le pazienti, ma anche per la medicina stessa, infatti il fine comune è raggiungere un soddisfacente recupero delle funzioni e della salute in generale.

Oggi la parola "Curare" acquisisce un più ampio significato terapeutico: la continua ricerca dell'equilibrio non solo fisico ma anche emotivo ed evolutivo.

Tale condizione richiede un approccio funzionale e integrato in cui il gruppo multi disciplinare concorre al benessere e al miglioramento della qualità di vita della donna, senza mai perdere di vista l'unicità dell'individuo.

**Simone Orlandi<sup>1</sup>**  
**Daniela Sorrentino<sup>2</sup>**

*1 - Chirurgo Proctologo e Dirigente Medico presso il reparto di Endoscopia Digestiva dell'Ospedale Sacro Cuore Don Calabria, Negrar (VR).*

*2 - Terapista del pavimento pelvico presso Centro Diagnostico Terapeutico Sacro Cuore, Verona.*

Autori di riferimento /  
Corresponding Authors:

*Simone Orlandi  
simone.orlandi@sacrocuore.it*

*Daniela Sorrentino  
daniela.sorrentino@sacrocuore.it*

### **Le disfunzioni pelvi perineali in una visione integrata**

Il ciclo di vita di una donna è caratterizzato da tappe che non possono essere evitate.

Il menarca, il climaterio e la menopausa sono segni tangibili che conducono la donna in un profondo cambiamento fisico e d'identità.

Tali tappe fisiologiche dovrebbero essere vissute serenamente e condurre verso una maggior consapevolezza e autonomia di sé.

Alcuni eventi della vita, come ad esempio l'endometriosi, gli interventi chirurgici, i traumi, possono condurre la donna in un disagio perpetuo, manifestando sintomi pelvici dolorosi o disfunzionali.

Per poter trattare adeguatamente la sintomatologia e le disfunzioni del pavimento pelvico è importante conoscere la complessità anatomica e i disturbi a esso collegati.

Data la complessità di tale distretto, studiare le componenti morfologiche e funzionali in maniera settoriale diventa una necessità dello specialista che però, ai fini di una più completa valutazione, non deve distogliere lo sguardo dalla visione globale, poiché il pavimento pelvico riveste un ruolo sociale molto importante, condizionandone non solo i movimenti, ma anche la vita di relazione<sup>[1]</sup>.

Sappiamo che la maturità vescico-sfinterica si sviluppa verso i tre anni, epoca in cui il bambino impara a controllare i muscoli pelvi perineali per dilazionare la minzione e rispondere alla defecazione. Tale maturità si esprime attraverso un chiaro segno motorio: la capacità di rimanere in postura eretta su appoggio monopodalico senza sostegno. A sei anni il bambino sarà in grado d'interrompere in qualsiasi momento l'atto minzionale e urinare in tempi e luoghi opportuni.

Solitamente le disfunzioni compaiono in età adulta e si esprimono attraverso attività o funzioni alterate, collegate alla muscolatura e al sistema neuro motorio interessanti l'area perineale<sup>[2]</sup>.

I sintomi pelvi perineali condizionano la qualità di vita di almeno un terzo delle donne, un problema in continua crescita, non solo di salute pubblica, ma anche psicosociale ed economico, purtroppo sono frequentemente percepiti come un problema di bassa priorità e il trattamen-

to rimane una indicazione facoltativa<sup>[3]</sup>. Compito dello specialista dovrebbe essere quello di occuparsi della "malattia" come uno status che interessa la persona nella sua globalità psico-fisica-relazionale<sup>[4]</sup>. Lo sviluppo interdisciplinare e le strategie muti professionali contribuiscono a ottimizzare la valutazione e il trattamento del pavimento pelvico, influenzandone positivamente la riuscita e liberando la donna dall'isolamento sociale e sessuale che tali disfunzioni possono provocare<sup>[5]</sup>.

Lavorare in team permette di fornire alle donne messaggi coerenti, spiegazioni basate sull'evidenza scientifica e piani di cura che aiutano a garantire la gestione della comorbidità in modo ottimale e tempestivo.

Inoltre permette di aspirare a un alto standard di assistenza attraverso una comunicazione multi disciplinare che generi relazioni aperte, rispettose e curiose tra i professionisti e con i pazienti.

### **Disfunzioni ed endometriosi**

Possiamo riassumere le disfunzioni in tre gruppi principali: *pelvic floor underactive*, *pelvic floor overactive* e *pelvic floor inactivity*.

Tali condizioni possono presentarsi separatamente o coesistere, provocando sintomatologie correlate alla minzione, alla defecazione e alla sessualità.

Le cause che provocano le disfunzioni del pavimento pelvico non sono ancora del tutto chiarite, ma si sono evidenziati diversi fattori.

Sappiamo che i sintomi associati all'ipertono, come ad esempio la difficoltà evacuativa, la dissinergia della fionda pubo-rettale, il dolore associato a eventi traumatici o chirurgici, lo sforzo ripetuto durante l'evacuazione o l'alterata minzione, potrebbero condizionare fortemente la vita della donna<sup>[6]</sup>.

Con l'endometriosi aumenta l'incidenza dell'ipertono, della dissinergia, della ridotta elasticità e capacità a rilassare i muscoli del pavimento pelvico, oltre che la difficoltà a modificare le strategie di compenso<sup>[7]</sup>.

La sintomatologia può estendersi a livello respiratorio e posturale, ma l'incidenza maggiore la troviamo a livello della parete addominale, che frequentemente risulta tesa, dolente alla palpazione

con dolori di tipo viscerali e/o muscolari. L'aiuto specialistico con la visita, gli esami diagnostici e l'applicazione di test specifici ci permettono di distinguere se il malessere è di provenienza muscolare o viscerale.

Per la donna con endometriosi indipendentemente dallo stadio e dalla localizzazione della malattia [8], sono spesso presenti la dispareunia profonda, i dolori di tipo viscerale, dei muscoli del pavimento pelvico e una ridotta sensibilità che possiamo ricondurre a una scarsa consapevolezza senso-motoria [9].

### **Dall'ipertono al dolore pelvico cronico**

Ramachandran neuroscienziato del comportamento afferma che *"il dolore è un'opinione del cervello"*, infatti non sempre la sensazione dolorifica e l'intensità corrispondono a una lesione localizzata. A livello neurologico la sensibilizzazione centrale è tale da interpretare qualsiasi sensazione, pressione o infiammazione come dolore.

Il dolore pelvico cronico è una sindrome molto complessa e nonostante le cure, possono persistere sintomatologie dolorose legate alla minzione, alla defecazione e alla sessualità.

Se una donna vive ciclicamente l'esperienza del dolore pelvico, impara con il tempo a creare schemi corporei automatizzati con il solo scopo di proteggersi.

Diversi studi documentano la relazione tra ipertono dei muscoli del pavimento pelvico e dolore.

Con i trattamenti riabilitativi possiamo indurre cambiamenti comportamentali, promuovere esercizi, eseguire terapia manuale e introdurre gradualmente una partecipazione attiva della paziente, possiamo inoltre contribuire a migliorare la percezione di sicurezza, l'adesione al percorso riabilitativo e al recupero funzionale.

L'abilità del terapeuta perineale è dimostrare che il processo riabilitativo può

modificare le aspettative del paziente rispetto alla disfunzione e al dolore, percepire la libertà di movimento dove prima c'era solo restrizione o sentire l'effetto analgesico dopo un trattamento manuale [10], abbassa il sistema di difesa, modificandone i riferimenti e conducendo la paziente in una nuova visione di sé. La riabilitazione del pavimento pelvico può essere di grande aiuto, ma se il focus del riabilitatore resta la sola tecnica riabilitativa, a prescindere della persona, si rischia di fallire.

Oggi la riabilitazione pelvi perineale dev'essere intesa come un ragionamento sul quale creare un processo riabilitativo sempre più personalizzato senza mai perdere di vista le linee guida, al fine di recuperare una funzione persa.

Il ragionamento condiviso con lo specialista permette infine di perfezionare e rendere efficace il trattamento anche nei casi complessi in cui la sola terapia farmacologica, chirurgica o riabilitativa otterrebbero un parziale beneficio.

### **CONCLUSIONI**

Se la nostra intenzione è aiutare la donna nel recupero della salute attraverso la liberazione delle disfunzioni pelviche, è importante conoscere, individuare e trattare la fonte del problema.

Una cura adeguata dev'essere orientata all'equilibrio dell'individuo inteso come sistema complesso, modificabile nel tempo.

Fortunatamente oggi la tecnologia medica e le tecniche riabilitative sono valide, consolidate e integrate. Tutto può concorrere alla risoluzione della disfunzione, il lavoro terapeutico multi disciplinare sul pavimento pelvico femminile diventa fondamentale, richiede grande acume e rispetto delle diverse figure coinvolte, al fine di raggiungere una approfondita e chiara valutazione della paziente.

#### **DICHIARAZIONI**

Approvazione etica e consenso alla partecipazione - Non applicabile.

Consenso alla pubblicazione - Non applicabile.

Politica di condivisione di dati e materiali - Non applicabile.

Dichiarazioni di trasparenza dell'autore

Conflitti di interesse - Gli autori non hanno conflitti di interesse da dichiarare.

Interessi finanziari personali - Gli autori non hanno conflitti d'interesse da dichiarare.

Finanziamenti - Gli autori non hanno ricevuto finanziamenti.

Occupazione - Non applicabile.

Altri interessi contrastanti - Nessun interesse contrastante.

Contributo degli autori - Non applicabile.

Ringraziamenti - Non applicabile.

## BIBLIOGRAFIA

1. Rocca, S. Anatomia funzionale del pavimento pelvico. 10° Congresso Nazionale UROP. 2015
2. Di Benedetto P. Riabilitazione Uro-Ginecologica. Edizioni Minerva Medica. 2004
3. Davis K., Kumar D. Pelvic floor dysfunction: a conceptual framework for collaborative patient-centred care. *J. Adv. Nurs.* 43(6). p.555-568. DOI:10.1046/j.1365-2648.2003.02754.x
4. Mirabile A., Sorrentino D. Menopausa: un approccio integrato mente corpo. *Rivista di Sessuologia.* 2019. 43(2).
5. Grimes W.R., Stratton M. Pelvic floor Dysfunction. *StatPearls.* 2021
6. Evans F.E., Brooks T.A., Esterman A.J., Hull M.L., Rolan P.E. The comorbidities of dysmenorrhea: a clinical survey comparing symptom profile in women with and without endometriosis. *J. Pain Res.* 2018. 11. p.3181-3194. DOI:10.2147/JPR.S179409
7. Allaire C., Askoy T., Bedaiwy M., Britnell S., Noga L.H., Yager H., Paul J. An interdisciplinary approach to endometriosis-associated persistent pelvic pain. *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders.* 2017. 9(2). p.77-86. DOI:10.5301/jeppd.5000284
8. Aredo J.V., Heyrana K.J., Karp B.I., Shah J.P., Stratton P. Relating Chronic Pelvic Pain and Endometriosis to Signs of Sensitization and Myofascial Pain and Dysfunction. *Semin. Reprod. Med.* 2017. 35(1). p.88-97. DOI:10.1055/s-0036-1597123
9. Hilton S. The Puzzle of Pelvic Pain—A Rehabilitation Framework for Balancing Tissue Dysfunction and Central Sensitization, I: Pain Physiology and Evaluation for the Physical Therapist. *Journal of Women's Health Physical Therapy.* 2011. 35(3). p. 103-113
10. Bialosky J.E., Beneciuk J.M., Bishop M.D., Coronado R.A., Penza C.W., Simon C.B., George S.Z. Unraveling the Mechanisms of Manual Therapy: Modeling an Approach. *J. Orthop. Sports Phys. Ther.* 48(1). p.8-18. DOI:10.2519/jospt.2018.7476