

La riabilitazione del Pavimento Pelvico

www.fisiokinesiterapia.biz

Incontinenza fecale

E' la perdita del controllo volontario dell' emissione
di feci e gas in tempi e
luoghi socialmente inopportuni

NB: RICORDATE CHE L' INCONTENENZA FECALE NON E' UNA MALATTIA
MA UN SINTOMO

CONTINENZA

- **CONTINENZA DI BASE:**

È quella che abbiamo in questo momento.

È una continenza permessa dallo sfintere anale interno, che con il suo tono di base sigilla il lume anale, grazie anche al tessuto emorroidale.

Queste strutture creano una pressione all'interno del canale anale.

A questa attività di base partecipa anche il Canale anale esterno e la contrazione del puborettale che talvolta possiamo trovarla aumentata oppure completamente rilasciata.

- **CONTINENZA DI EMERGENZA:**

È il meccanismo che adottiamo per evitare le perdite e per ritardare la defecazione.

È un meccanismo volontario, per cui è reso possibile solo dallo SAE e il puborettale (muscolatura striata).

Il puborettale tira il retto verso il pube e l'angolo rettoanale diventa più acuto (si passa da 90° a 60°-70°)

La contrazione dello SAE sigilla di più il Canale Anale.

- Qualsiasi situazione che comporti un aumento di pressione al livello dell'addome(starnuto, colpo di tosse, se ci pieghiamo...)
si trasmette al pubo-rettale



Il puborettale tira di più

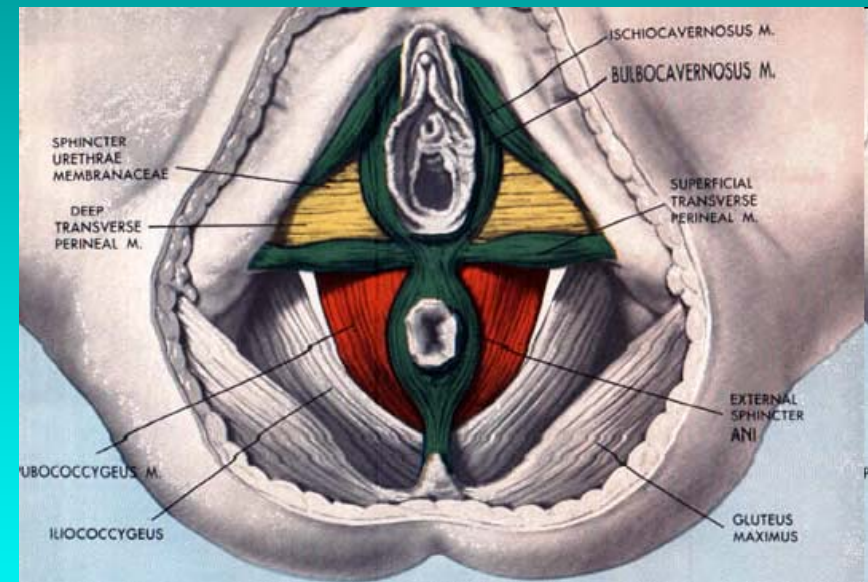


Impedisce meccanicamente alle feci di uscire

CONTINENZA FECALE

E' DATA:

- SFINTERE ANALE INTERNO/ESTERNO
- MUSCOLI DEL PAVIMENTO PELVICO
- SENSAZIONE RETTALE
- SENSAZIONE ANALE
- INTEGRITA' NERVOSA



INCONTINENZA FECALE E' MULTIFATTORIALE

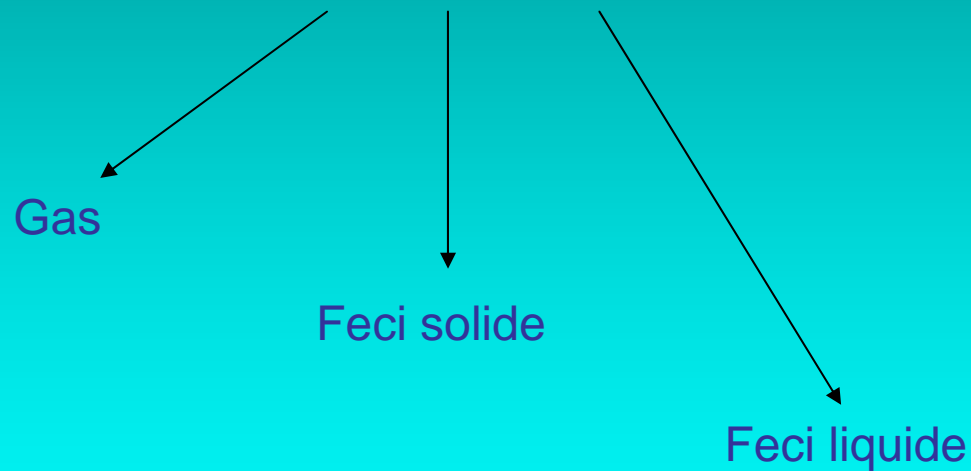
Sensazione Rettale

E' completamente diversa dalla sensazione anale.

La sensazione rettale è una sensazione **VOLUMETRICA** : è la percezione di qualcosa che è all' interno del retto.

La sensazione anale

Grazie alla quantità dei recettori anali riesco a discriminare il contenuto dell'ampolla



Incontinenza fecale

Primitiva

IDEOPATICA

Secondaria

- PATOLOGIA ANORETTALE
 - 1 Post-partum
 - 2 Post-chirurgica
 - fistolectomia
 - sfinterotomia laterale interna
 - emorroidectomia
 - “sphincter saving operations”
 3. Prolasso del retto
 4. S. perineo discendente
 5. Traumi ano-rettali
- MALATTIE METABOLICHE
- MALATTIE SISTEMICHE

Incontinenza fecale

Jorge-Wexner incontinence score

	Mai	< 1/mese	> 1/mese < 1/sett.	> 1/sett. < 1/die	> 1/die
Gas	0	1	2	3	4
Feci liquide	0	1	2	3	4
Feci solide	0	1	2	3	4
Uso di pannolini	0	1	2	3	4
Interferenza vita	0	1	2	3	4

Incontinenza fecale

- Urge incontinence
- Passive incontinence
- Mixed incontinence
- “Post-defecatory faecal incontinence”

Riabilitazione INCONTINENZA FECALE

- Sequential use of rehabilitation techniques
- Different training programs for different patients
- Multifactorial aetiology of faecal incontinence

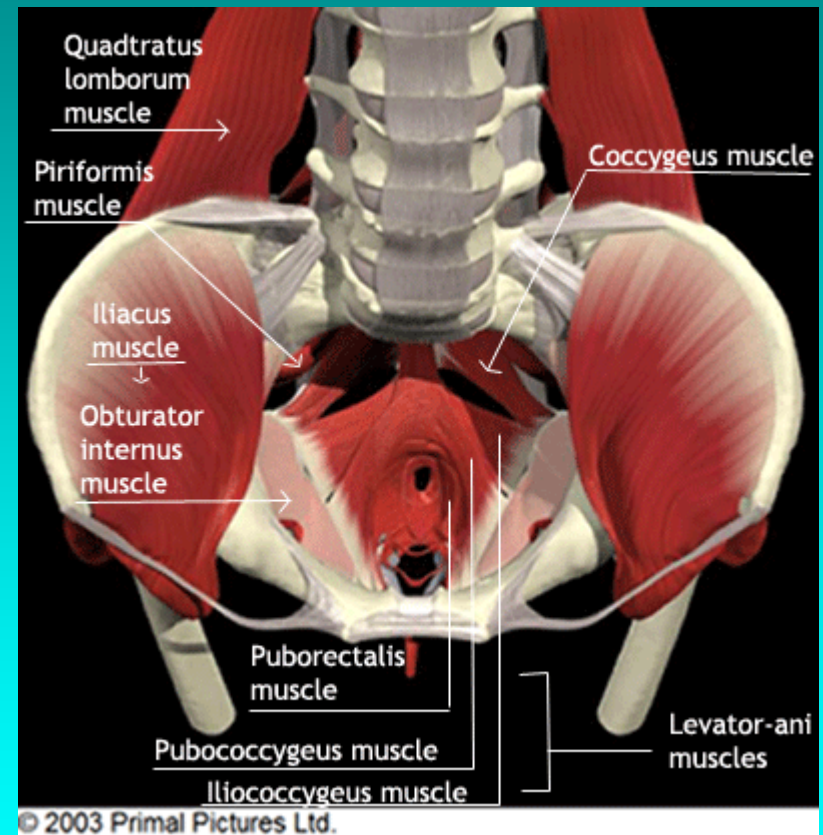
INCONTINENZA FECALE

La riabilitazione va calibrata sul profilo patogenetico del singolo pz perché i pz sono diversi l'uno dall'altro e anche i loro problemi che sono ad eziologia multifattoriale devono avvalersi di diversi programmi di riabilitazione

LE TECNICHE RIABILITATIVE DEVONO AVERE UN USO SEQUENZIALE BEN DEFINITO

Approccio al malato con disordini della defecazione

1. Anamnesi
2. Esame obiettivo
3. Diagnostica strumentale
4. Impostazione di una terapia

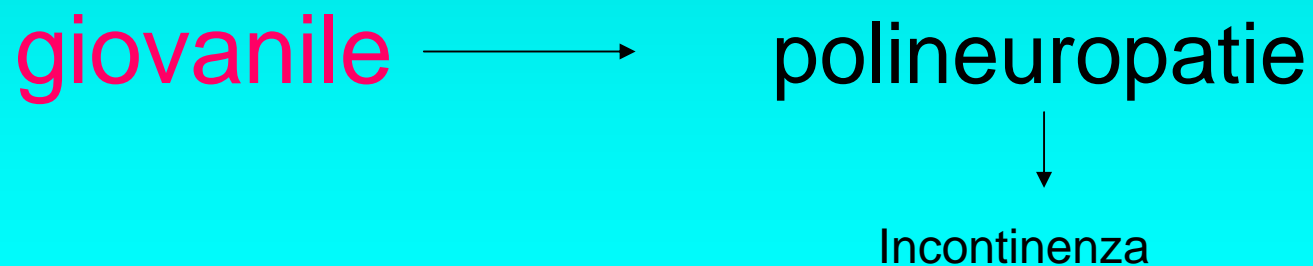


www.fisiokinesiterapia.biz

Anamnesi

- Familiare:

si raccolgono informazioni inerenti alla famiglia. Se un pz avesse avuto una **spina bifida** in età infantile è facile che sviluppi un'incontinenza fecale, oppure una malattia metabolica come **il diabete giovanile**



Anamnesi

- **Fisiologica:** la raccolta di tutti gli atti fisiologici.

A. La nutrizione

L'apporto di fibre giornaliere
è fondamentale per una
buona defecazione

Giornalmente si dovrebbe consumare \downarrow 30 gr
di fibre al giorno



CONSIGLI PARTICOLARI

1. Il passaggio da una alimentazione "normale" ad una ad "alto residuo" dovrebbe essere graduale; comporta un aumento del meteorismo intestinale per almeno un mese.

2. E' importante mangiare adagio, masticare bene, suddividendo l'alimentazione in almeno tre pasti nel corso della giornata.

3. Esistono farmaci che provocano stitichezza, in particolare: lassativi catartici, anticolinergici ed antidepressivi, diuretici, antiacidi, antiaritmici e calcioantagonisti, antiparkinsoniani, preparati a base di ferro, antiipertensivi, codeina ed oppioidi.

ALIMENTI AD ALTO CONTENUTO DI FIBRE

% di fibra in g x 100 g di alimento

VERDURE

Barbabietola lessata	2.5	Lenticchie crude	11.7
Broccoli lessati	4.1	Mais granato	5.7
Carote	3.0	Olive (in salamoia)	4.4
Cavolini di Bruxelles	2.9	Orzo	6.5
Cavoli lessati	2.5	Patate al forno	2.5
Cavolfiore lessato	1.8	Patatine fritte	0.9
Cavolfiore crudo	2.1	Peperone verde crudo	11.9
Cavolo per insalata	2.7	Peperone verde cotto	0.9
Cetriolo	0.4	Piselli freschi (o surgelati)	8.0
Cipolla cruda	1.3	Piselli secchi	16.7
Cipolla lessata	1.3	Piselli in scatola	7.9
Cipollina	3.1	Pomodori freschi	1.5
Crescione	3.3	Pomodori pelati	0.9
Fagioli (in scatola)	8.0	Porri lessati	3.1
Fagioli secchi	25.0	Prezemolo	9.1
Fagiolini verdi lessati	3.4	Ravanelli	1.0
Funghi	2.5	Sedano crudo	1.8
Germogli di soia	3.0	Spinaci	6.3
Lattuga	1.5	Zucca lessata	0.6

FRUTTA

Albicocche cotte	8.9	Mela cotta	2.0
Albicocche secche	24.0	Melone	0.6
Arancia	1.5	More	7.3
Avocado	2.0	Pesca	1.2
Banana	2.0	Prugne secche	13.4
Castagne	6.8	Prugne secche cotte	7.4
Ciliegie	1.5	Pere	1.7
Datteri secchi	8.7	Pompelmo	0.3
Fichi	2.5	Rabarbaro	2.6
Fragole	2.2	Susine	2.0
Lamponi	7.4	Uva bianca	0.9
Mandorle	14.3	Uva nera	0.3
Mela cruda	1.5	Uva sultanina	7.0

FRUTTA SECCA

Arachidi	7.6	Noci	5.2
Fichi secchi	18.5	Noci del Brasile	9.0
Noce di cocco secca	23.5	Nocciole	6.1

ALIMENTI VARI E CRUSCHE

Pane Bianco	2.7	Farina d'avena	7.0
Pane Integrale	8.5	Farina bianca	3.5
Pane scuro (non integrale)	5.1	Farina integrale	9.6
Crackers	3.0	Farina di soia (magra)	14.3
Crackers di segale	11.7	Farina di soia (grassa)	11.9
Pasta integrale	10.0	Crusca	44.0
Riso brillato	2.4	Fiocchi di crusca	11.8
Riso integrale	4.3	Kellogg's All Bran	26.7
Kellogg's Brand Buds	28.2	Kellogg's Country Store	5.1
Kellogg's Special K	5.5	Kellogg's Rice Krispies	2.1
Kellogg's Corn Flakes	3.0	Kellogg's Frosties	1.9
Kellogg's Smacks	1.4		

Anamnesi

- **Apporto idrico**

2 litri d'acqua al giorno in maniera graduale

Bere a digiuno la mattina



- **Minzione**

Se è agevole o se hanno la sensazione di minzione ostruita, oppure un' incontinenza urinaria

- **Defecazione:**

La presenza di Dolore anale (durante la defecazione) e/o sangue rosso nelle feci.

La riabilitazione non è indicata per lesioni organiche (ragade anale , polipo del retto)

Anamnesi

- **Storia ostetrico-ginecologico**

- Se ha il ciclo mestruale, se è in menopausa (naturale o chirurgico)
- Gravidanze
- Parti : cesario o naturale o distocico
- Se ci sono sono state lacerazioni perineali o episiotomie (laterali o posteriori)

- 6 % delle donne che hanno un parto per via naturale ha un I.F. nei primi 6 mesi

- Di questo 6 % ad un anno restano incontinenti l'1 %

-Dispareunia (dolore al coito)

Valutazione del PUBO-COCCIGEO (PC Test)

Pc test

Contrazione	Tenuta	Ripetizione
0- assente	1 sec	-
1- assai debole	1 sec	Una volta
2- debole	2 sec	Due volte
3- valida	3 sec	Tre volte
4- buona 5- ottima	4 sec 5 sec	Quattro volte Cinque volte

Anamnesi Patologica remota

Tutte le patologie che ci sono state nella vita fino a quel momento.

- Malattie esantematiche fino all' epatite
- Malattie che possono influenzare la regione perineale: interventi chirurgici
- Malattie sistemiche (diabete)

Anamnesi patologica prossima

Si chiede al paziente il motivo per cui si presenta da voi

Esame obiettivo ano-perineale

GENERALE:

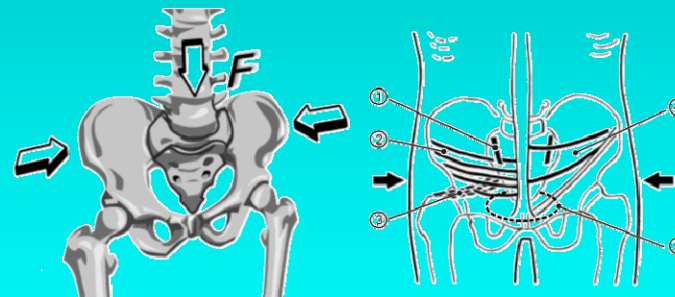
Osservare le condizioni generali della persona.

Paraplegico: Si valuta le condizioni degli arti inferiori

Emiplegico: si valutano gli esiti

Esiti di frattura d'anca o di bacino: postura

Problemi vertebrali: postura

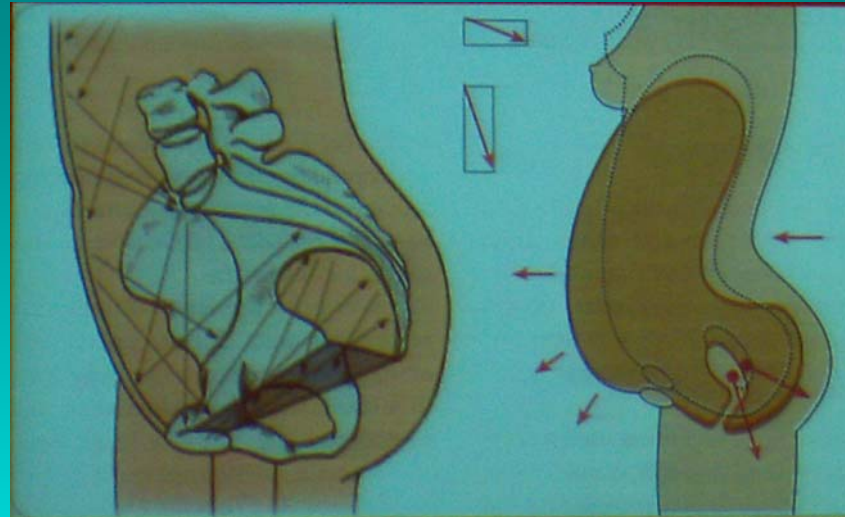


LOCALE:

Si indaga la zona del pavimento pelvico

Vizi posturali lombopelvici

- La diversa inclinazione del bacino, in rapporto a diversi gradi di lordosi della colonna lombare, indirizza i vettori di forza in modo diverso:
- Lordosi poco accentuata -> scarica le forze sul perineo posteriore.
- Lordosi accentuata -> scarica le forze sul perineo anteriore con > rischio di alterazioni della statica pelvica.



L'attività del pavimento pelvico si correla alla funzione di altre strutture di tipo osteo-articolare e muscolo-legamentose, in particolare modo del cingolo pelvico e del rachide, ed alla funzione respiratoria.

Il muscolo trasverso è importante per la tenuta della parete addominale e la postura lombo-pelvica

ESAME OBBIETTIVO ANO-PERINAELE

Si mette il paziente in decubito laterale sinistro : **POSIZIONE DI SIMS**

Arti inferiori flessi verso il torace in modo da formare una vera e propria W, il tronco rispetto al decorso del lettino deve formare un angolo di 30 gr , le cosce flesse sul bacino e le gambe flesse sulle cosce

www.fisiokinesiterapia.biz

ESAME OBBIETTIVO ANO-PERINEALE

Ispezione :[guardare dall' esterno]

osservare il pz , il decorso della colonna , se c'è uniformità , se ci sono esiti di fratture, se c'è una dismetria delle anche, se il bacino non è simmetrico.

L' ispezione va fatta sia a riposo che in fase di "PONZAMENTO"

1. Ano sigillato o beante
2. Presenza di cicatrici
3. Dermatite perineale
4. Associazione di patologie ginecologiche

Palpazione: [introdurre il dito]

1. Il margine anale (descritto come un orologio)
2. Il canale anale
3. Canali di Alchoch (ore 9; ore 3) —————> Nevrite in atto
4. Coccige ore 6
5. Contrazione e il ponzamento

STIPSI

- < 3 evacuazioni / sett.
- evacuazione difficoltosa
- evacuazione incompleta
- feci dure/nastriformi
- ostruzione/blocco anorettale
- manovre manuali

ROMA III

- almeno due
- in $\geq 25\%$ delle defecazioni
- Negli ultimi tre mesi
- Segni/sintomi comparsi almeno 6 mesi prima

Stipsi funzionale

Può dipendere:

- 1 . Stipsi motoria colica
- 2 . Stipsi anorettale
- 3 . Stipsi mista

Quali esami ?

LA DEFECOGRAFIA:

COME IL RETTO SI MUOVE DURANTE LA DEFECAZIONE

RMN:

COME E' FATTA TUTTA LA PELVI

SIA PER I VISCERI , SIA PER LA COMPONENTE MUSCOLO TENDINEA

I TEMPI DI TRANSITO COLICO : PER CAPIRE SE LA STIPSI E' COLICA O ANORETTALE

DISCHEZIA

Deriva dal greco “DIS” particella negativa “CHETO”, defecare.

Per cui la Dischezia è un alterata defecazione, un impossibilità di espellere il bolo fecale

“defecazione ostruita”

Sintomi:

- Ponzamento prolungato
- Sensazione di incompleta evacuazione
- Necessità di svuotamento digitale del retto

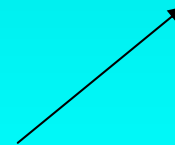
DA COSA PUO' DERIVARE ?

- Il pz non percepisce il bolo fecale
- Difetto di contrazione della parete del retto
- Ostacolo vero e proprio alla defecazione

Il meccanismo di ostacolo alla progressione del bolo fecale inizialmente sarà FUNZIONALE



Modificazioni anatomiche sui visceri



Con il tempo diventano
modificazioni organiche

Le modificazioni organiche sono:

- Il rettocele: DISLOCAZIONE
DISTENZIONE
- Il prolasso mucoso del retto
- Invaginazione rettale
- Sindrome dell' ulcera solitaria del retto

RETTOCELE DA DISTENZIONE:

Si ha una distensione della parete del retto dovuta alla spinta ; è reversibile.

Si procede con la riabilitazione

RETTOCELE DA DISLOCAZIONE: tutto scende verso il basso , dislocato verso il margine posteriore della vagina.

Qui l' intervento sarà chirurgico.

Prolasso mucoso del retto

- E' la protrusione del parete del retto, della mucosa , nel suo lume.

Sindrome dell' ulcera solitaria del retto

E' presente una soluzione di continuo sulla parete anteriore del retto

Invaginazione:

La discesa della parete rettale al livello anale

- I. Invaginazione Rettale
- II. Invaginazione Retto-anale
- III. Prolasso rettale

Molto spesso troverete pz che hanno in associazione problematiche di tipo **ortopedico e neurologico**



Si ripercuotano sulla pelvi e sulla colonna vertebrale

Dal punto di vista funzionale significa che avremo una scarsa efficienza del Torchio addominale :

DIAFRAMMA , MUSCOLI PARAVERTEBRALI E MUSCOLI LARGHI DELL'ADDOME



Quando questi muscoli non funzionano i vettori di forza invece di incanalarsi al Livello posteriore (anale) si direzionano in una posizione intermedia o addirittura anteriore



ASINCRONIA ADDOMINO- PELVICA



- Aumenta la dissinergia del pavimento pelvico:
Attivazione paradossa o mancato rilasciamento dei
muscoli del pavimento pelvico durante la
defecazione

Muscolo puborettale : non si rilassa, anzi si contrae
Acutizzazione dell' angolo retto-anale



Defecazione ostruita

Tutto questo ci fa capire che non possiamo considerare la defecazione ostruita come una patologia del retto ma come UNA **MALATTIA SISTEMICA** proprio perché molto spesso possono coesistere più patologie insieme.

Malattie funzionali

1. Dissinergia del pavimento pelvico

2. La Sindrome del perineo discendente

Una è l'evoluzione dell'altra

1. Le pz hanno un'età compresa tra
2. 30-40-50 anni

2. Le pz hanno un'età compresa tra 60-70-80 anni

- a. Ponzamento addominale
- b. Flaccidità dei muscoli pelvici
- c. Trazione sui nervi
- d. NEUROPATIA DEL PUDENDO
- e. INCONTINENZA FECALE