

OSTETRICA e GINECOLOGIA
2024



12 APRILE

Hotel Astra
Viale Cavour, 55 - Ferrara

8 Crediti E.C.M. per
Medici Ginecologi e Ostetriche



DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO: CLASSIFICAZIONE E DIAGNOSI

DOTT.SSA CLAUDIA GUARALDI

Centro Salute Donna
AUSL FERRARA

PERINEO:

DAL GR. ΠΕΡΙΝΕΟΣ Ο ΠΕΡΙΝΑΙΟΣ, INTESO COME COMP. DI ΠΕΡΙ «INTORNO» E ΊΝΕΩ Ο ΊΝΑΩ «VUOTARE, EVACUARE»

Riassunto: Il perineo è l'aspetto superficiale del pavimento pelvico, regione complessa del corpo umano, non solo dal punto di vista medico, tanto da richiedere talvolta competenze multidisciplinari, ma anche per i numerosi riferimenti di tipo antropologico e simbolico che ne fanno un luogo "culturale" dell'umanità. Questa regione ha attratto l'attenzione dell'uomo in differenti tempi e modi. Basti pensare alle varie manipolazioni praticate sugli organi genitali femminili e maschili presso diverse etnie (senza possibilità di escludere la nostra) e al concetto più generale di pudore riferito all'attrazione sessuale e sviluppato, in tempi e luoghi diversi, attraverso le categorie del mostrare e del coprire. Pudore rivolto, oltre che alla sfera della sessualità, anche a quella della libertà o della riservatezza dell'atto di eliminare le proprie deiezioni corporee. Tuttavia è nell'ambito della sessualità che, a partire dal perineo, si sono espressi nell'essere umano la più varia fantasia e il più ambiguo desiderio sia pur compresi fra i confini del libertinaggio e quelli della più castigata continenza. Il perineo non sfugge inoltre all'attribuzione di vari significati metaforici come ad esempio quello del dominio dell'uomo sulla donna testimoniato dai vari tipi di mutilazione genitale femminile, sia nelle più crudeli ed efferate pratiche di tortura dove alla sofferenza si unisce l'umiliazione. Si può quindi attribuire al perineo una rappresentazione complessiva, che oltrepassa i suoi confini prettamente medici e "occidentali" e che in virtù delle implicazioni culturali e metaforiche ad esso collegate, in popolazioni diverse, nella storia e nel presente, ne fanno una metafora globale: un crocevia del vivere umano.

Abbiamo perciò parlato di una realtà che può avere variazioni anatomiche o funzionali le quali tuttavia esulano dal tema del nostro discorso, così come non ne fanno parte gli argomenti di patologia o quelli più generalmente medici che lasciamo agli specialisti. Vorremmo piuttosto considerare altri aspetti che coinvolgono questa regione: il perineo è, come abbiamo detto, un luogo culturale dell'umanità. Questa regione ha attratto il pensiero e l'immaginazione umana, come luogo misterioso e contraddittorio: luogo di piacere e di deiezioni, un luogo di entrata e di uscita, di trattenimento e di liberazione. Un luogo segreto ed esibito, un luogo di piacere e di tortura, di soddisfazione e di malattia, di peccato e di esaltazione: un crocevia del vivere umano.

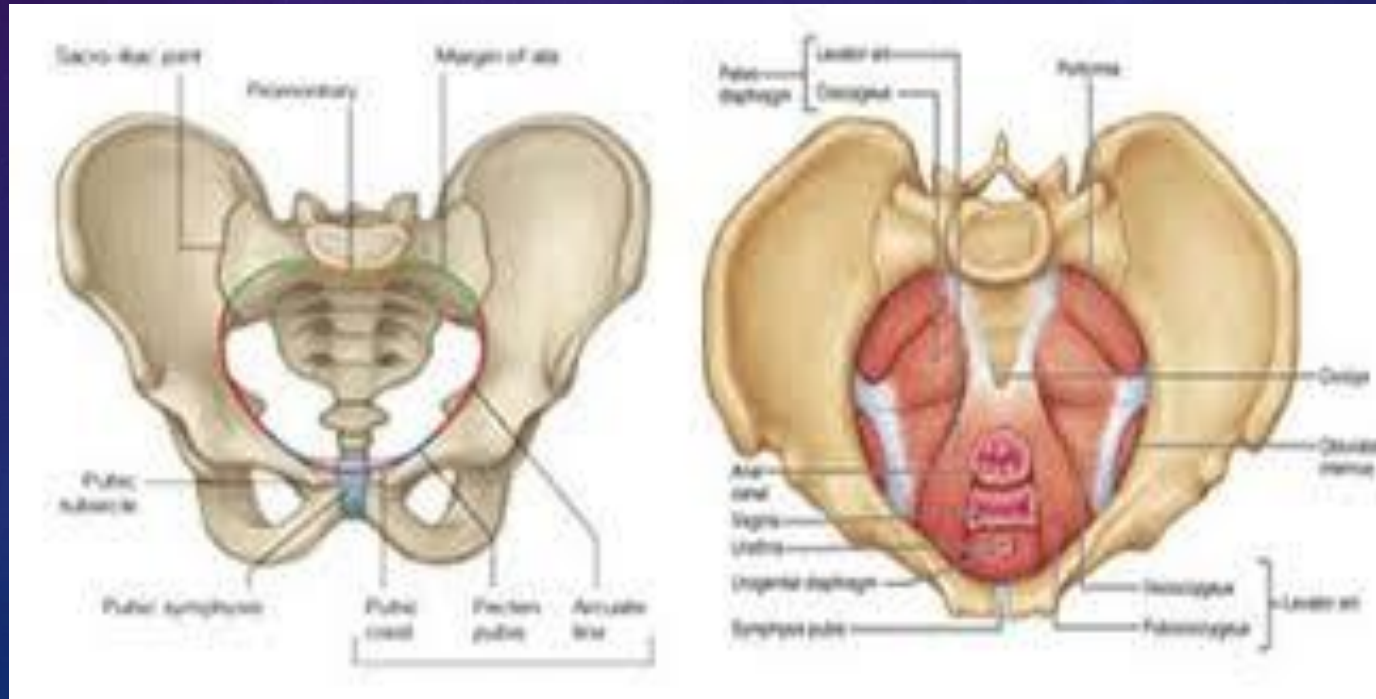
In che termini, possiamo infine considerare il perineo sotto forma di metafora? Varie parti del corpo sono assunte a metafora: la testa per l'intelligenza, il cuore per l'amore, il respiro o "pneuma" per la forza vitale, le braccia la forza fisica, l'ombelico la centralità. Il perineo sarebbe la più complessa delle metafore legate alla corporeità. Certo non si usa la parola perineo nel linguaggio corrente per farne una metafora, ma parti di esso si, molto frequentemente, con significati oltraggiosi, oppure di apprezzamento o di solidità di carattere. Ma sotto altri punti di vista si può dire che il perineo, o parti di esso, sono una metafora mostrata, esibita, maliziosamente nascosta, dipinta, esecrata, demonizzata, coperta, negata, mutilata. Se ricordiamo le varie

Ci si potrà chiedere cosa tutto ciò abbia a che fare con la medicina (o la chirurgia) da cui siamo partiti: il rapporto è analogo (anzi forse più accentuato) a quello che la medicina ha con il corpo. Si può pensare che il corpo sia solo anatomia, fisiologia, genetica, patologia e che su queste discipline poggi la medicina. Ma il corpo umano è anche riflessi, sensazioni nervose, arte, trasformazione, tradizioni che ne fanno, allo stesso tempo, un luogo culturale. Una medicina consapevole, e arricchita degli apporti della psicanalisi e della psichiatria, non può ignorare questi elementi, soprattutto in tempi di globalizzazione. La specie umana non si sarebbe separata dall'albero dei primati solo perché l'evoluzione biologica le ha fornito un cervello più grande, ma anche perché è riuscita a sviluppare attraverso i secoli una imponente maturazione culturale. Dove per cultura si intende sostanzialmente il variegato insieme di abilità, di costumi, linguaggio, tradizioni, atteggiamenti e valori, delle diverse popolazioni o società del mondo, che si trasformano e maturano con il tempo.⁵

PERINEO E PAVIMENTO PELVICO

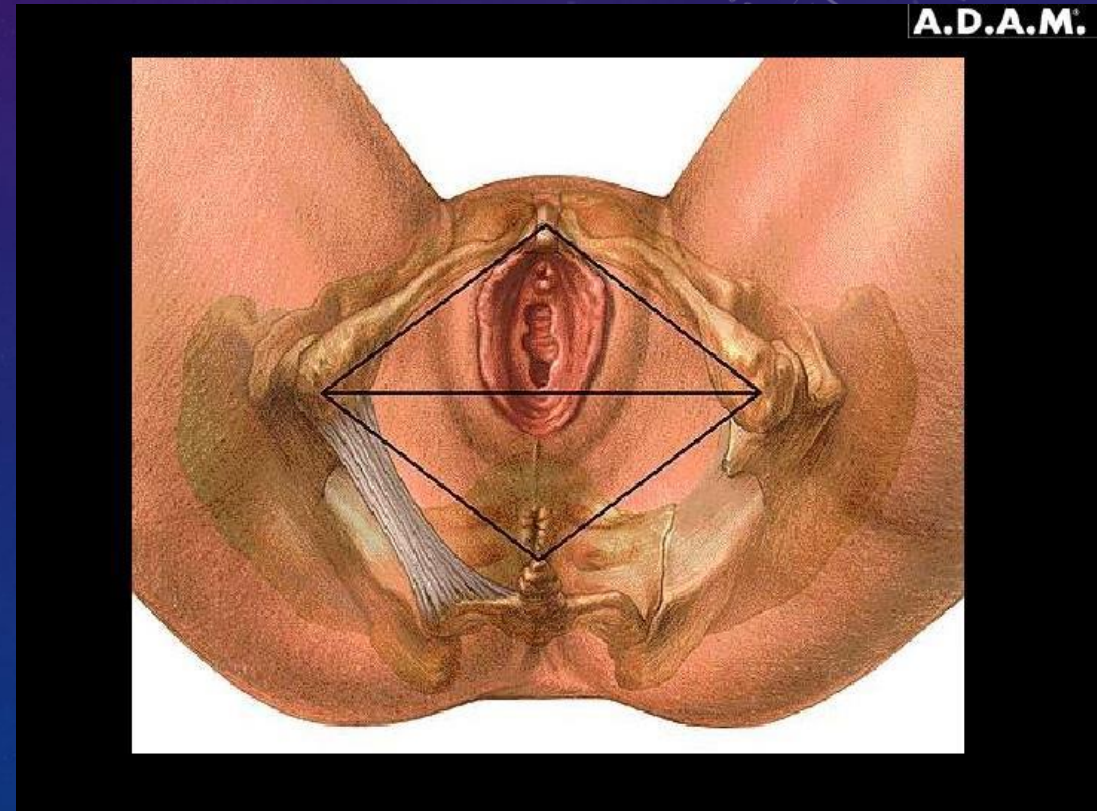
La regione anatomica situata al di sotto dello stretto inferiore della pelvi prende il nome di **PERINEO**.

L'apertura inferiore del piccolo bacino è chiusa dalla muscolatura striata e dalle strutture fasciali del **PAVIMENTO PELVICO**.



PERINEO

- Struttura anatomica compresa tra la sinfisi pubica anteriormente, il coccige posteriormente, ed è delimitata lateralmente dalle tuberosità ischiatiche
- chiude in basso la cavità addomino-pelvica
- E' una struttura importantissima per la salute della donna
 - sostiene gli organi pelvici
 - garantire la continenza
 - permette lo svolgimento di una normale attività sessuale
 - interviene nello svolgimento del parto
- Ha una doppia funzione
 - **SOSTIENE** gli organi addominali
 - **CONTIENE** o **LASCIA USCIRE** ciò che gli organi contengono



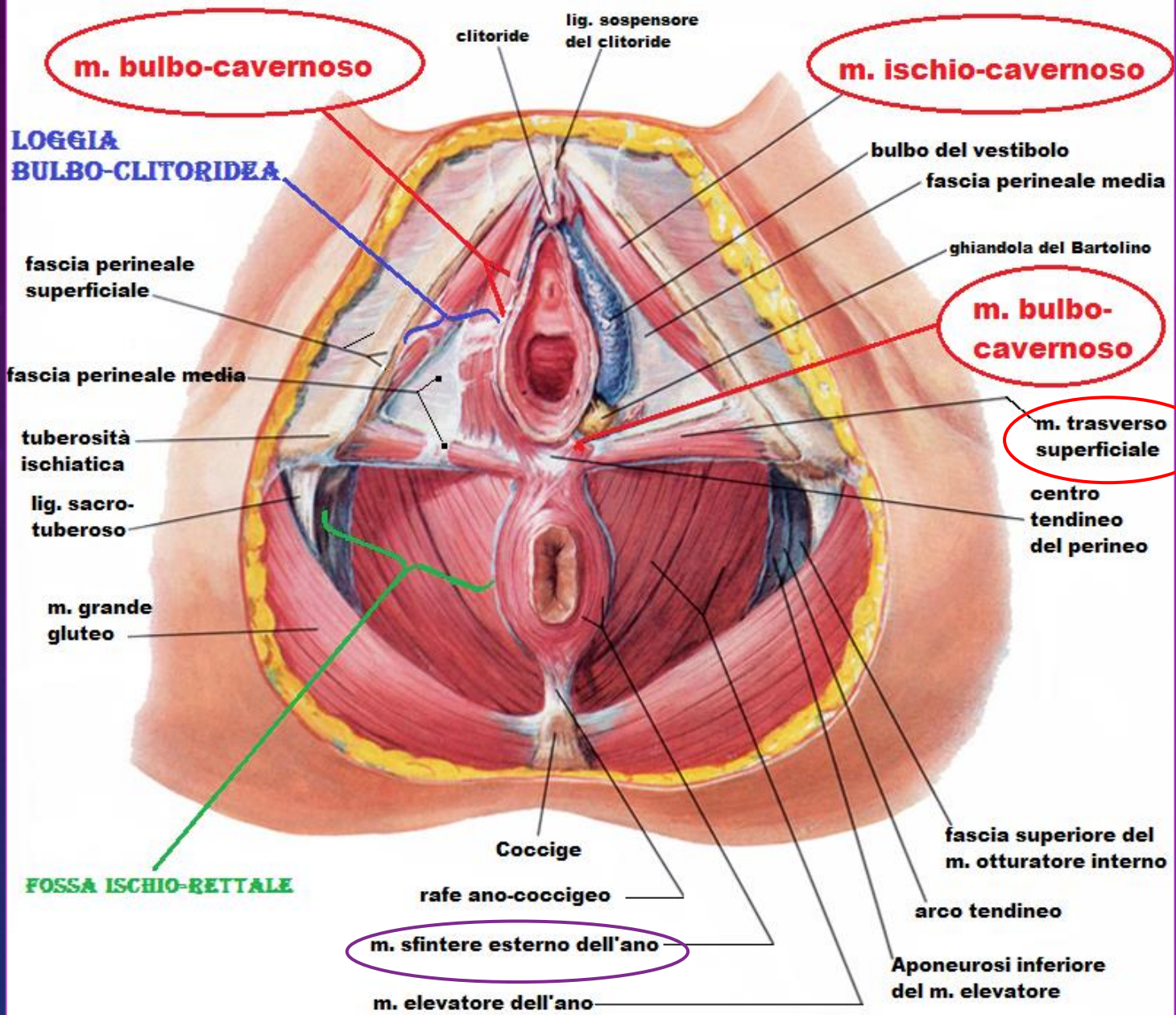
PAVIMENTO PELVICO

- COSTITUISCE IL FONDO DELLA CAVITA' ADDOMINOPELVICA SU CUI GRAVA IL RUOLO DI SUPPORTO DEI VISCERI E DI CONTROLLO DELLA CONTINENZA
- E' COSTITUITO
 - PELVI OSSEA,
 - STRUTTURE MUSCOLARI,
 - STRUTTURE FASCIALI, STRUTTURE DI SOSTEGNO DI VAGINA ED UTERO

PERINEO

SPAZIO ANATOMICO DELIMITATO IN ALTO DALLA SINFISI PUBICA, IN BASSO DAL COCCIGE E LATERALMENTE DALLE DUE TUBEROSITÀ ISCHIATICHE. HA FORMA DI LOSANGA E COMPRENDE:

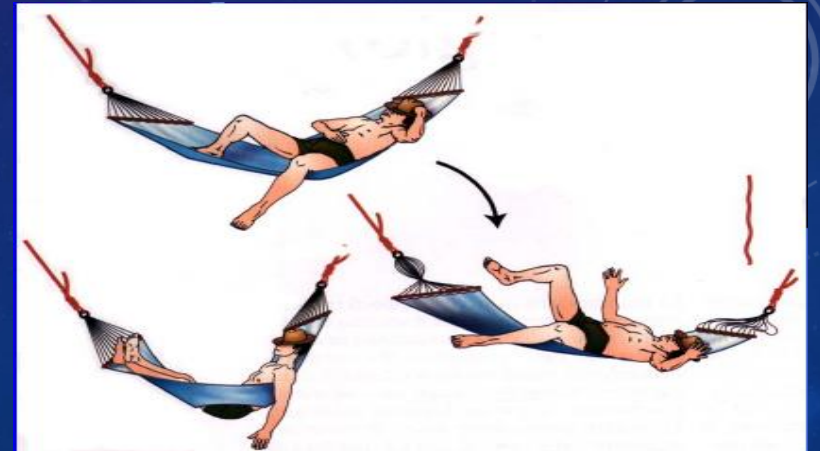
- DIAFRAMMA PELVICO (PIANO PERINEALE PROFONDO)
- TRIGONO URO-GENITALE (PIANO PERINEALE MEDIO)
- PIANO SUPERFICIALE DEL PERINEO



CLASSIFICAZIONE FUNZIONALE

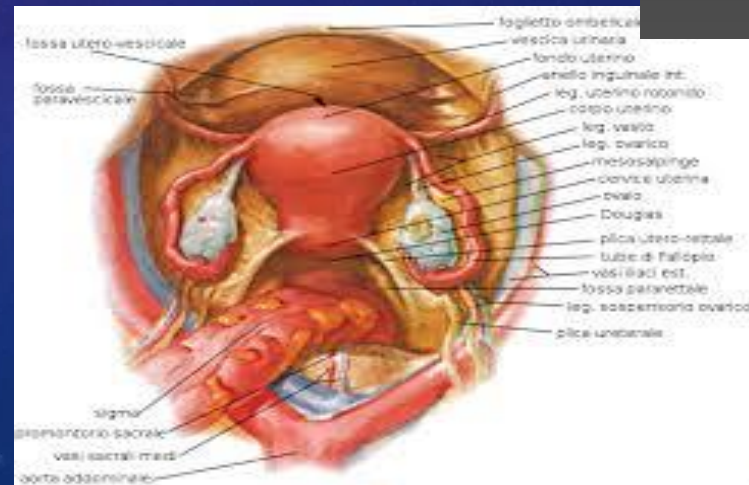
- Sistema di supporto passivo: strutture ossee, articolazioni , ligamenti e strutture fasciali
- Sistema di supporto attivo : muscoli
- Strutture fasciali e muscolari strettamente interconnesse contribuiscono non solo a fissare ma anche a contenere gli organi endoaddominali, i muscoli poi con la loro contrazione tonica non solo sostengono ma garantiscono la continenza; sono sia un sistema di sospensione che di sostegno
- L'integrità di questo complesso sistema di sostegno-sospensione è alla base del normale funzionamento del pavimento pelvico
- Difetti a carico delle strutture di sostegno- sospensione determinano disfunzione del pavimento pelvico

Come la tensione della tenda viene a mancare se un tirante cede, così il “cedimento” di un legamento determina la comparsa di uno scompenso nella statica del pavimento pelvico e di conseguenza degli organi pelvici.



CENNI DI ANATOMIA

- Lo scavo pelvico rappresenta la porzione inferiore della cavità addomino-pelvica. La pelvi femminile accoglie gli organi dell'apparato genitale, le basse vie urinarie e la parte terminale dell'intestino.
- Le due cavità sono separate da un piano obliquo che unisce il margine superiore del pube all'angolo vertebro sacrale. Questo piano viene descritto anche come **stretto superiore del bacino**
- Inferiormente la pelvi è delimitata da un altro piano ad orientamento irregolare, denominato anche **stretto inferiore della pelvi** che passa dall'apice coccigeo, si porta verso le tuberosità ischiatiche e le branche ischio pubiche e termina verso la parte inferiore della sinfisi pubica



STRUTTURE FASCIALI PELVICHE

- FASCIA PELVICA PARIETALE: ricopre i muscoli del complesso dell'elevatore dell'ano e si continua nella fascia viscerale o endopelvica che ricopre porzione dei visceri pelvici
- FASCIA ENDOPELVICA O FASCIA PELVICA VISCERALE si divide in
 - Fascia pubocervicale
 - Fascia o setto rettovaginale

LA FASCIA ENDOPELVICA HA UN RUOLO STATICO DI SOSTEGNO E CONNESSIONE E UN RUOLO DINAMICO DI ACCOPPIAMENTO DELLE AZIONI MUSCOLARI AGLI ORGANI PELVICI

MUSCOLI e FASCE del DIAFRAMMA URO-GENITALE e loro RAPPORTI con gli ORGANI PELVICI

fascia superiore del diaframma uro-genitale

fascia inferiore del diaframma uro-genitale

legamento sospensore del clitoride

clitoride

fascia di Colles

loggia perineale superficiale

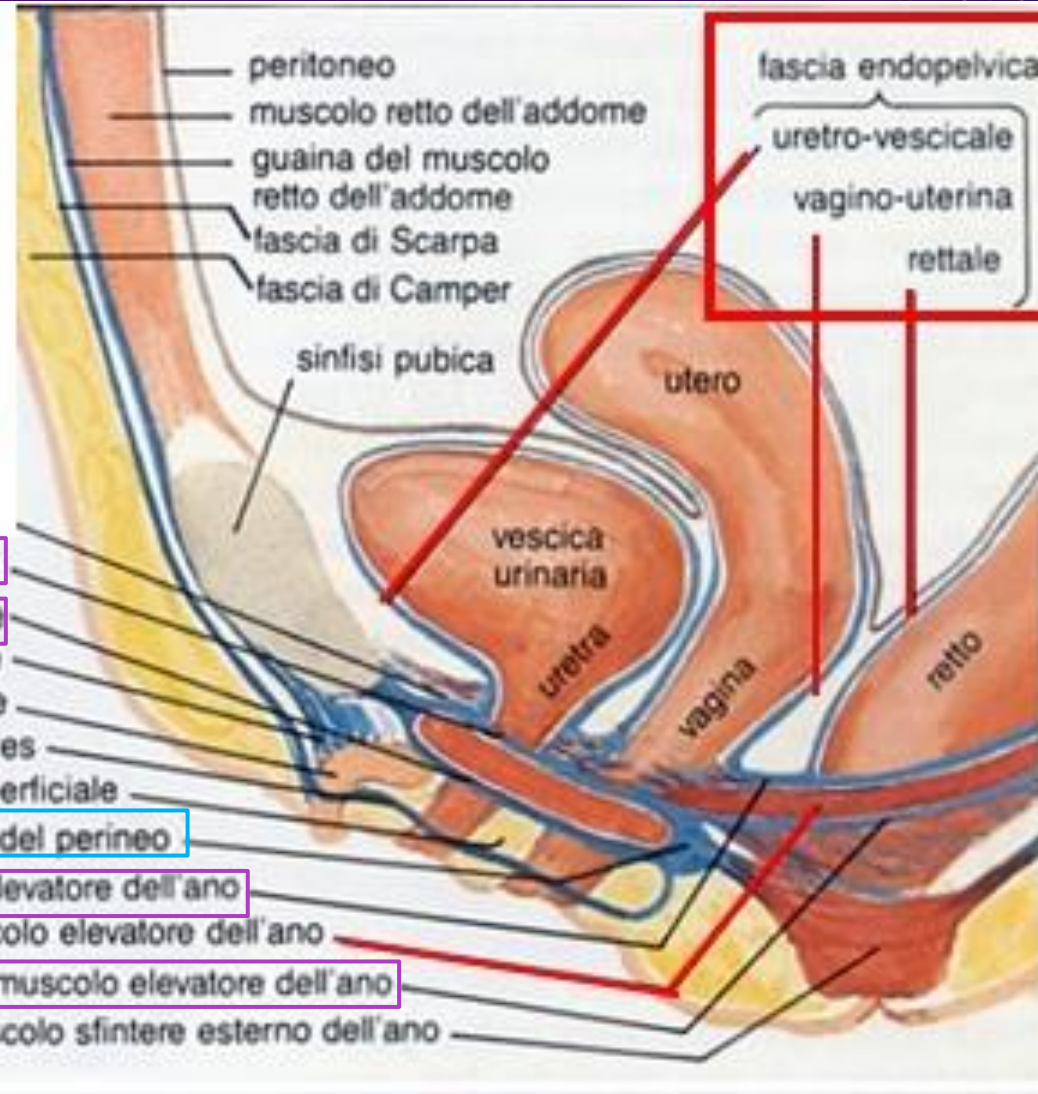
centro tendineo del perineo

fascia superiore del muscolo elevatore dell'ano

muscolo elevatore dell'ano

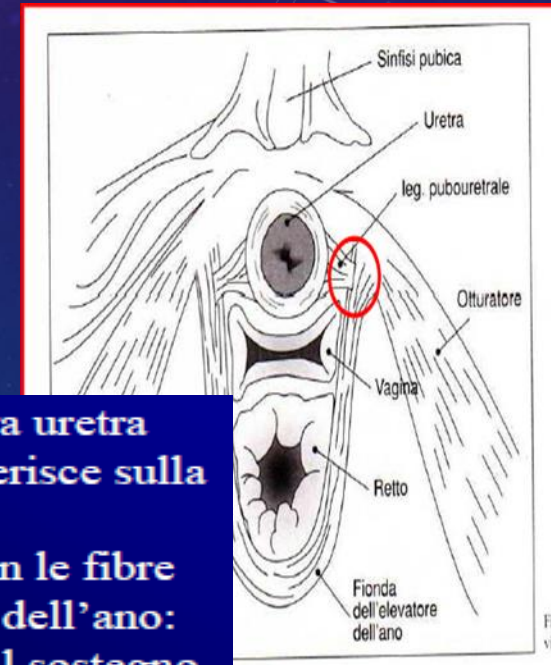
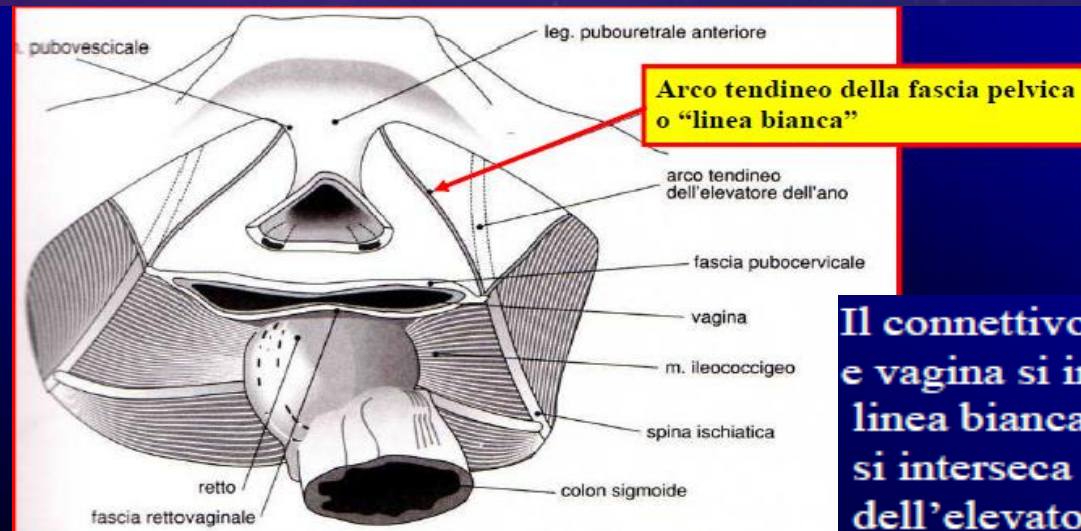
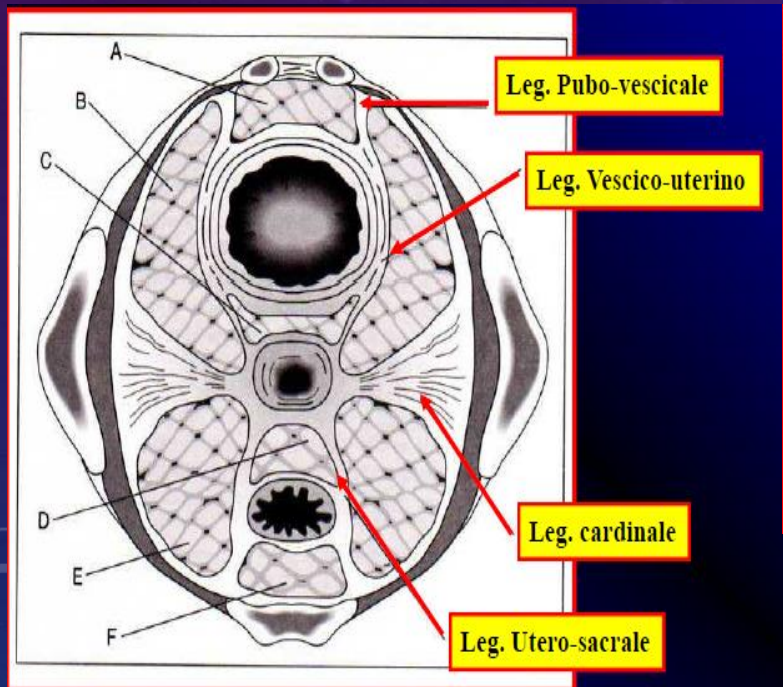
fascia inferiore del muscolo elevatore dell'ano

muscolo sfintere esterno dell'ano



LEGAMENTI DELLA FASCIA ENDOPELVICA

- LEGAMENTI UTEROSACRALI: tesi posteriormente fra la parete pelvica ed il III superiore della vagina ed il collo uterino
- LEGAMENTI CARDINALI: tesi lateralmente fra la parete pelvica ed il III superiore della vagina ed il collo uterino
- FASCIA PUBO-CERVICALE: tesa tra il III medio della vagina e parete laterale della pelvi
- LEG. PUBO URETRALI tesi fra i V inferiore della parete posteriore della sinfisi pubica e la vescica, il collo vescicale e l'uretra superiore
- LEG. URETRO PELVICI tesi fra l'uretra e l'arco tendineo dell'elevatore dell'ano



Il connettivo tra uretra e vagina si inserisce sulla linea bianca e si interseca con le fibre dell'elevatore dell'ano: ciò determina il sostegno dell'uretra prossimale e del collo vescicale anche a riposo

FASCIA PELVICA PARIETALE O ENDOPELVICA

- Strettamente connessa con la componente muscolare liscia della parete dei visceri fornisce il sostegno per i sistemi vascolare, nervoso e linfatico degli organi pelvici
- Sospende e fissa in senso craniocaudale, laterolaterale e anteroposteriore i diversi visceri al fine di evitare la loro dislocazione nei differenti piano dello spazio
- **PRIMO LIVELLO** a sviluppo prevalentemente verticale GARANTITO dai ligamenti cardinali e uterosacrali sospende vagina cervice e basso segmento uterino (se cede prollasso centrale)
- **SECONDO LIVELLO** a sviluppo prevalentemente orizzontale, ancorato lateralmente alla parete interna della pelvi sospende vescica e due terzi superiori di vagina e retto; anteriormente la fascia pubocervicale sostiene la vescica ed separata dalla vagina dalla componente posteriore fascia o setto retto vaginale che stabilizza il retto. (prolassi anteriori quali il Cistocele o posteriore Rettocele)
- **TERZO LIVELLO** a sviluppo prevalentemente verticale GARANTISCE l'orientamento verticale dell'uretra , del primo terzo inferiore della vagina e del primo terzo inferiore del canale anale fissando i tre organi rispetto al perineo tramite il tessuto connettivo attorno ai visceri: legamenti pubouretrali e pubovesicali che fissano l'uretra, membrana perineale e centro tendineo del perineo. (Incontinenza urinaria e anale)

PAVIMENTO PELVICO

Segmento pelvico anteriore

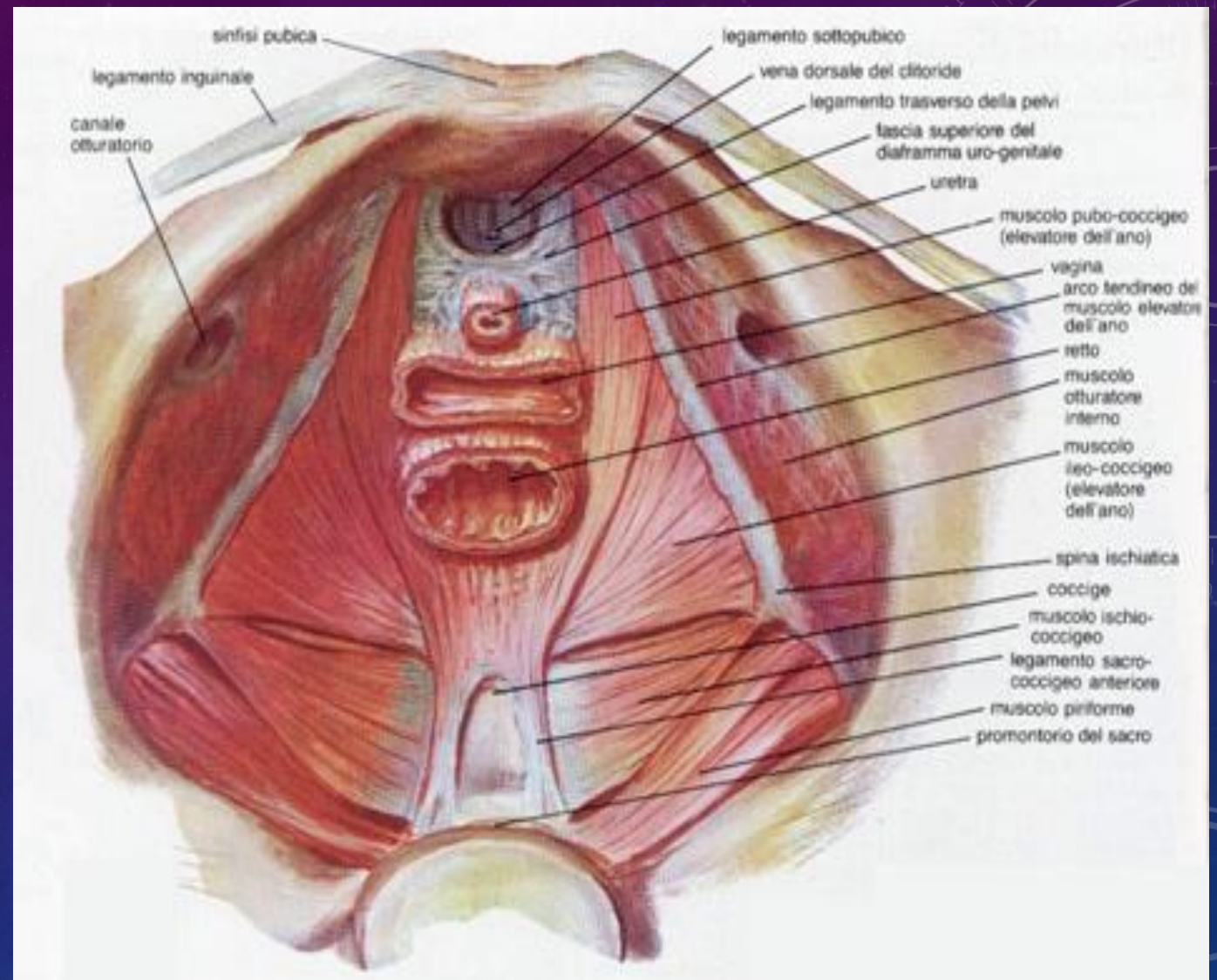
Uretra, vescica

Segmento pelvico medio

Utero, volta vaginale,
Douglas

Segmento pelvico posteriore

Retto

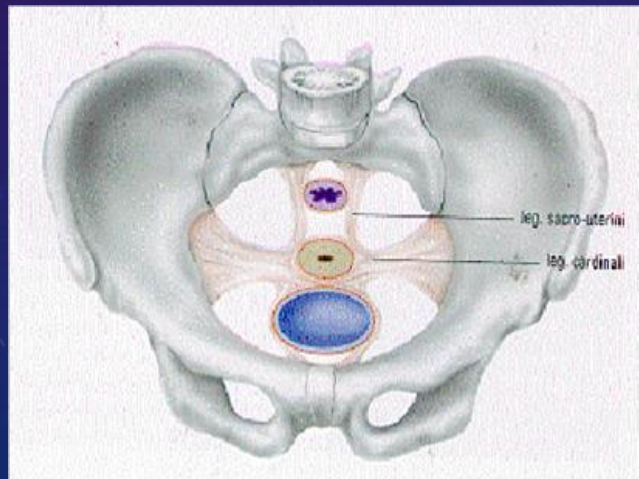


UNITA' FUNZIONALMENTE INTEGRATE

ATTIVITA' FISILOGICA DI UN SEGMENTO NON PUO' PRESCINDERE
DALLO STATO ANATOMICO DEGLI ALTRI DUE

STRUTTURE DI SUPPORTO SEGMENTO PELVICO ANTERIORE

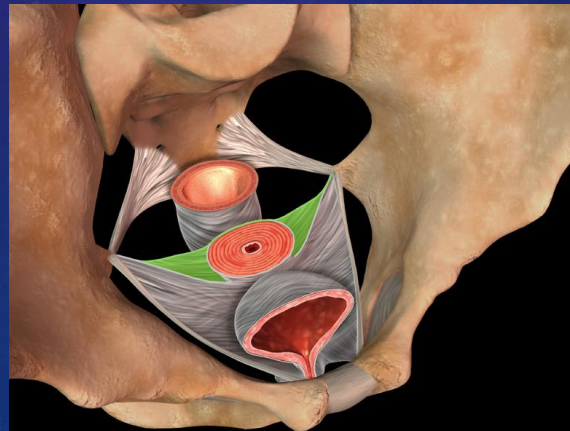
- Leg. Pubo-uretrali
- Leg. Uretro-pelvici
- Leg. Vescico-pelvici
(continuazione posteriore
degli uretro-pelvici)



Strutture di supporto segmento pelvico medio

- Leg Cardinali
- Leg. Sacro-uterini

Strutture di supporto segmento pelvico posteriore



- Fascia retto
vaginale
(Denonvilliers)

SUPPORTO MUSCOLARE DEL PAVIMENTO PELVICO

- DIAFRAMMA PELVICO
- MEMBRANA PERINEALE
- CORPO PERINEALE

DIAFRAMMA PELVICO

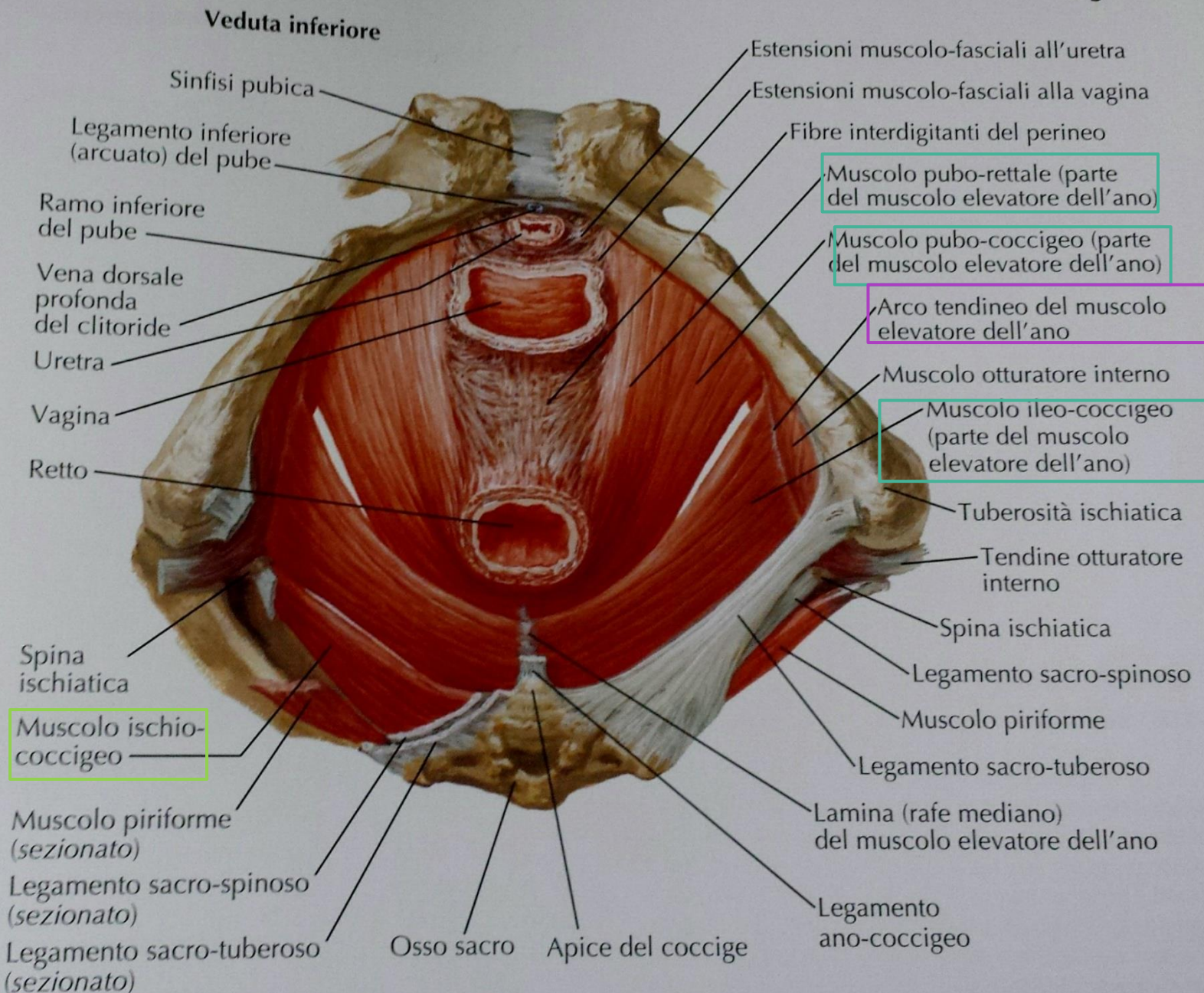
- Complesso di muscolatura striata e tessuto connettivale (fascia endopelvica e relativi legamenti) con funzione di sostegno degli organi pelvici
- Nella sua componente muscolare è costituito dal muscolo elevatore dell'ano (muscolo pubococcigeo, puborettale anteriormente e posteriormente muscolo ileo coccigeo) e dal muscolo ischio coccigeo
- FUNZIONI
- IL MUSCOLO ELEVATORE DELL'ANO E LE FASCE ENDOPELVICHE HANNO UN RUOLO INTERATTIVO NEL MANTENIMENTO DELLA CONTINENZA E DEL SUPPORTO PELVICO

MEMBRANA PERINEALE (DIAFRAMMA UROGENITALE)

- SPESSO STRATO DI TESSUTO FIBROSO CHE RICOPRE IL TRIANGOLO UROGENITALE
- Si inserisce lateralmente sull'arco pubico ed il margine posteriore è ancorato alla linea mediana mediante il corpo perineale
- FISSA l'uretra distale, la vagina ed il corpo perineale agli archi pubici chiudendo lo iato urogenitale
- **DIVIDE IL TRIANGOLO PERINEALE IN:**
 - STRATO PERINEALE SUPERFICIALE: muscoli perineali superficiali, muscolo ischiocavernoso, muscolo bulbospongioso, tessuto erettile del clitoride, bulbi vestibolari, ghiandole del Bartolino
 - STRATO PERINEALE PROFONDO: muscoli perineali profondi, sfintere uretrale esterno, sfintere uretro vaginale, muscolo compressore dell'uretra

CORPO PERINEALE O CENTRO TENDINEO DEL PERINEO

- Struttura fibromuscolare piramidale , punto di convergenza del muscolo bulbospongioso, muscoli perineali trasversi superficiali e profondi, della membrana perineale, dello sfintere anale esterno fibre dei muscoli puborettale e pubococcigeo
- Fornisce sostegno alla porzione distale della vagina e alle normali funzioni anorettali

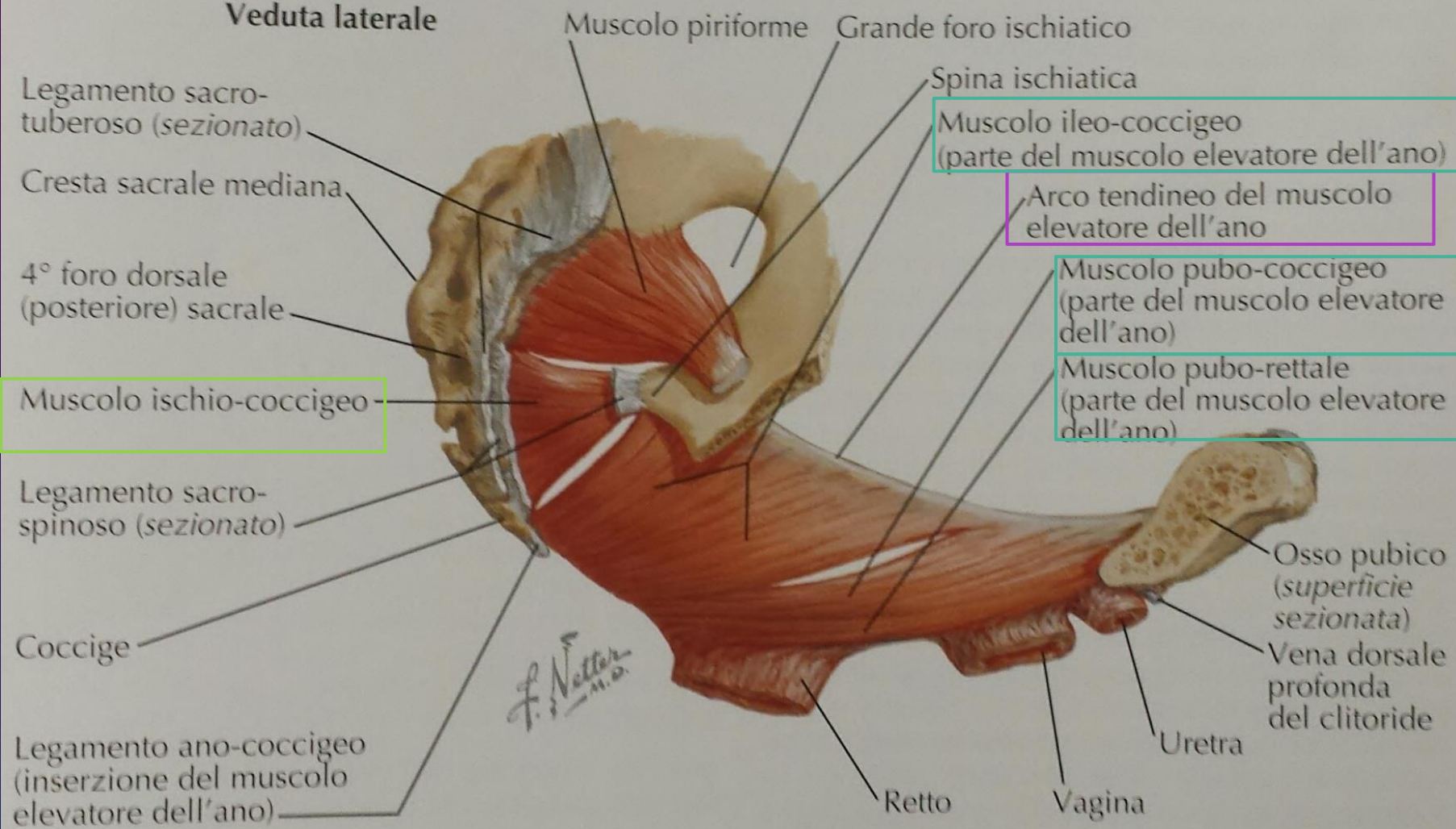


Il MUSCOLO ELEVATORE DELL' ANO deve in realtà essere suddiviso, secondo una visione funzionale in realtà in :

Muscolo ileo coccigeo e PUBOVISCERALE (NON PUBOCOCCIGEO) che si divide in PUBOANALE, PUBOVAGINALE

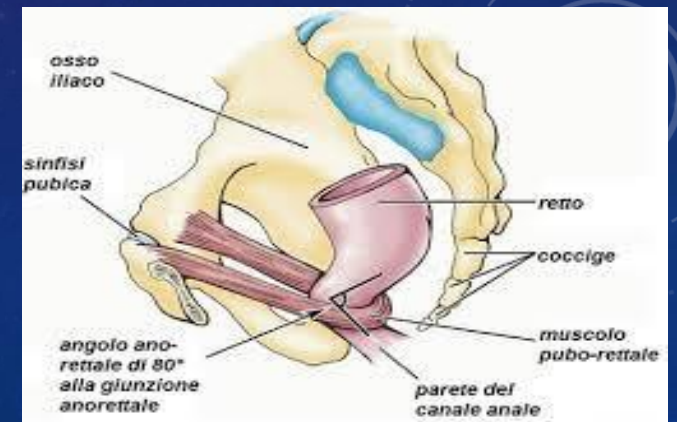
- PUBOANALE: la sua contrazione innalza l'ano e mantiene la corretta dimensione dello iato urogenitale
- PUBOVAGINALE: la sua contrazione , lateralmente alla vagina contribuisce anche alla continenza urinaria
- - PUBOPERINEALE : origina dal pube e si inserisce sul centro tendineo del perineo , la sua contrazione è responsabile sia della chiusura sulla linea mediana dello iato urogenitale che per movimento verso l'alto.

Veduta laterale

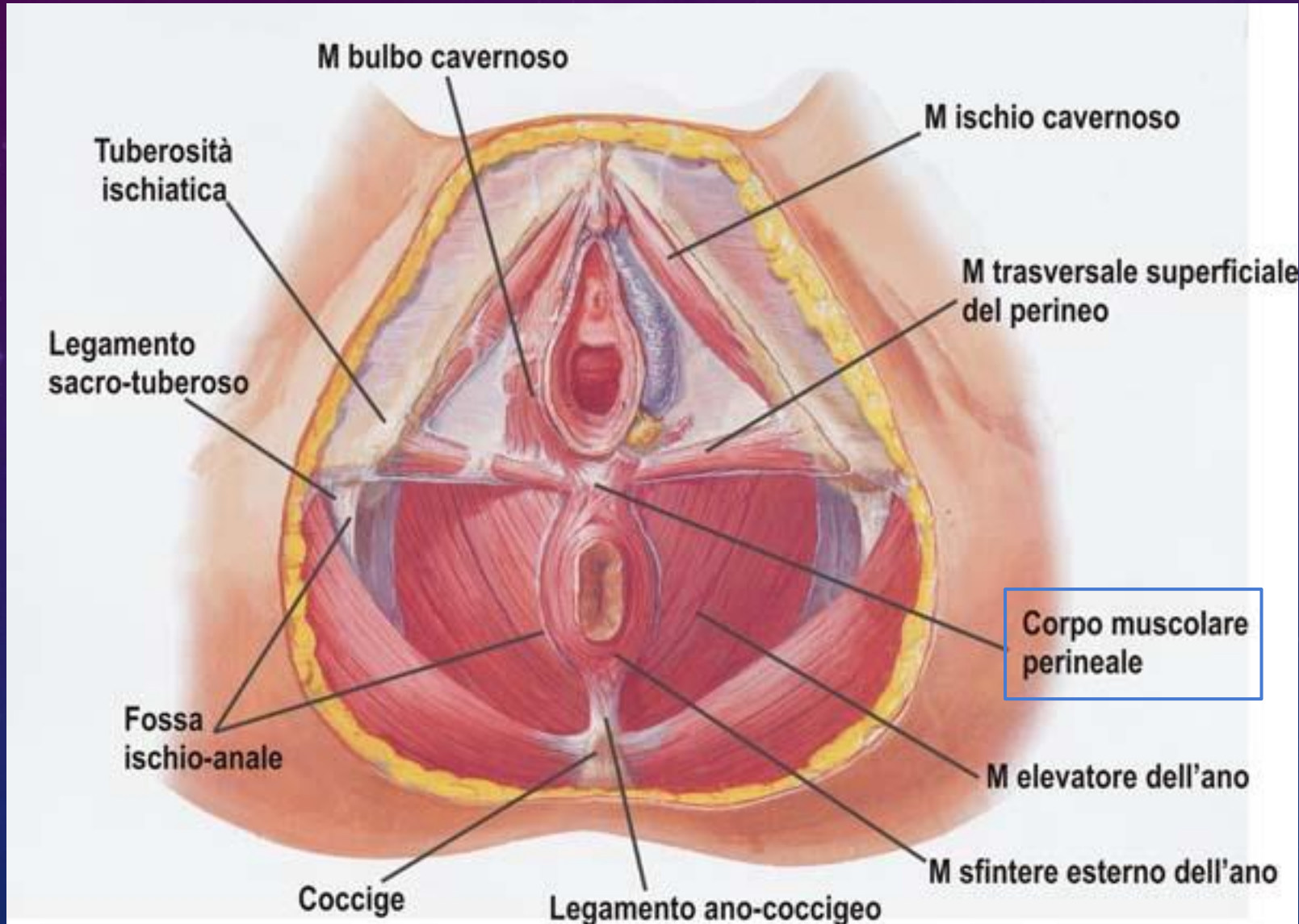


MUSCOLO ELEVATORE DELL'ANO

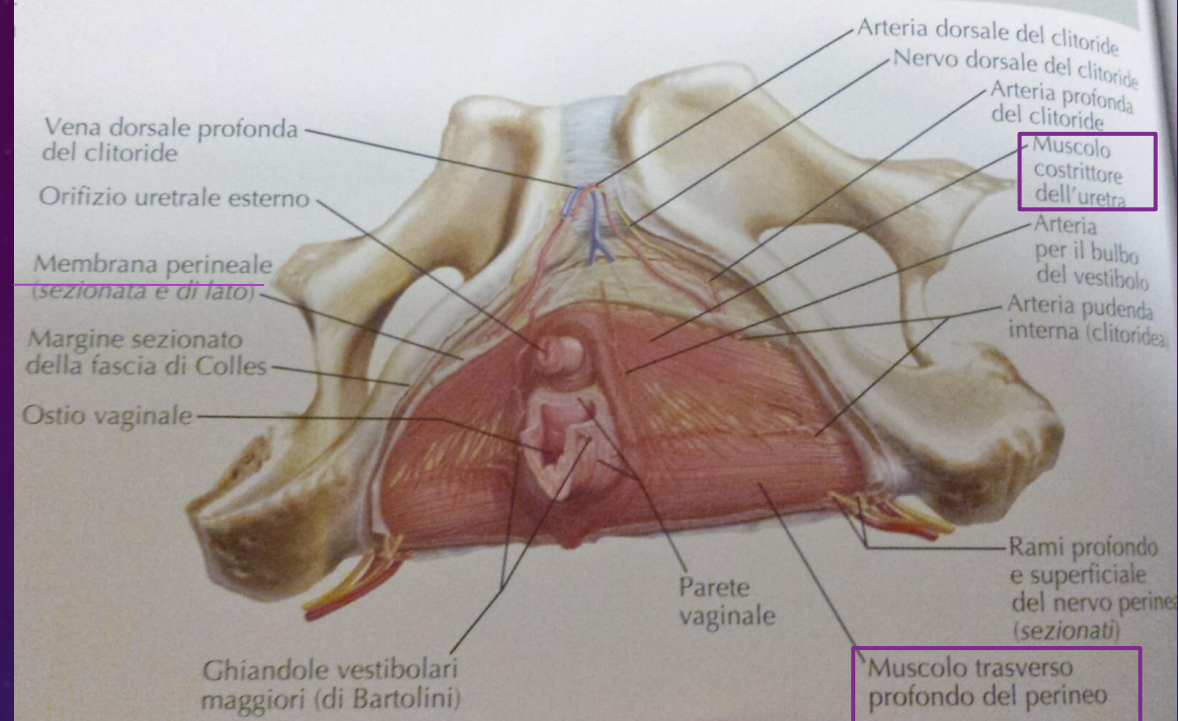
- Fibre dei fasci anteriori costituiscono il muscolo pubococcigeo che però è più corretto oggi chiamare muscolo PUBOVISCERALE : che si può dividere in una componente PUBOANALE PUBOVAGINALE E PUBOPERINEALE
- Queste tre componenti contribuiscono alla corretta dimensione dello iato urogenitale , innalzando l'ano sono responsabili del sostegno dell'uretra durante le contrazioni del pavimento pelvico e fanno risalire il centro tendineo del perineo. Il muscolo puboviscerale con la sua contrazione pertanto sposta e determina la chiusura della linea mediana dello iato urogenitale e in direzione craniocaudale o verso il pube.
- Il muscolo puborettale forma una fionda attorno alla giunzione anorettale



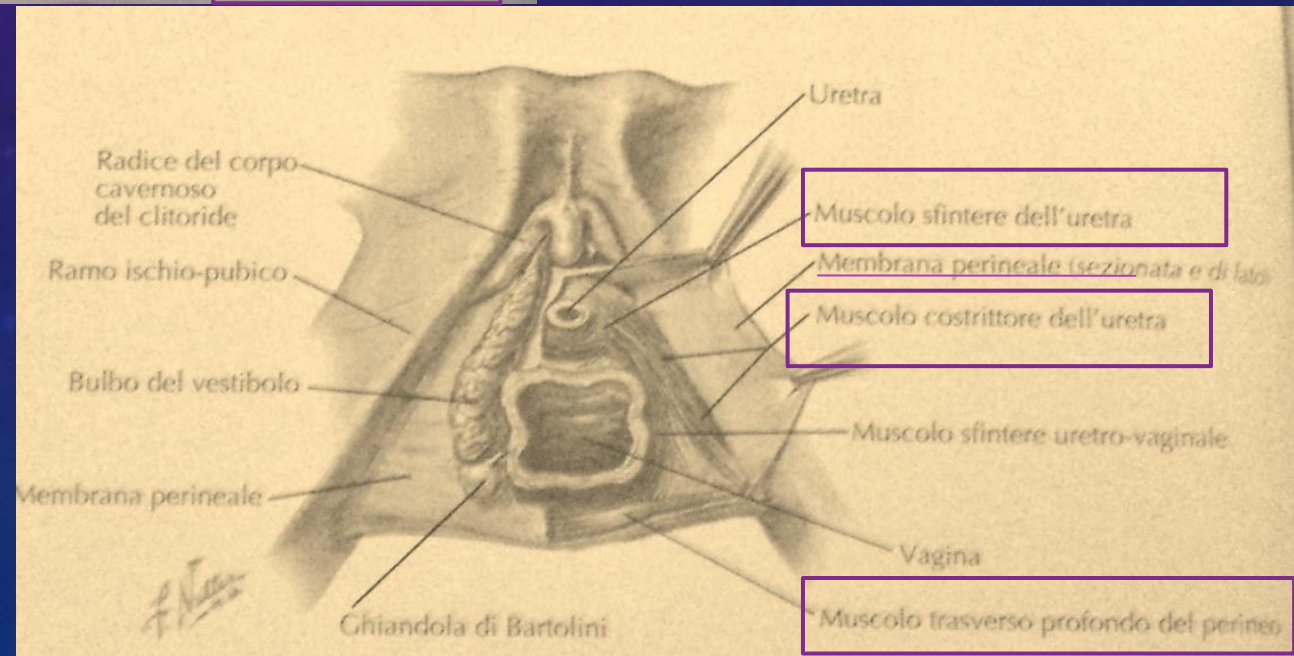
STRATO PERINEALE SUPERFICIALE



Spazio perineale profondo



STRATO PERINEALE PROFONDO



DISFUNZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO

- **DEFICIT ANATOMICO** : PROLASSO UTERO-VAGINALE
- **DEFICIT FUNZIONALE**:
 - INCONTINENZA URINARIA (IUS IUU)
 - RITENZIONE URINARIA
 - STIPSI
 - INCONTINENZA FECALE
 - DISSINERGIA
 - SINDROME DA DEFECAZIONE OSTRUITA

L'ICS FA RIFERIMENTO NELLA CLASSIFICAZIONE DEI DISTURBI DEL PAVIMENTO PELVICO PREFERENZIALMENTE AI SINTOMI ESPRESSI DAL PAZIENTI ED AI SEGNI OBIETTIVABILI

Disfunzioni del comparto anteriore

- Disturbi della fase di riempimento:
 - ✓ Incontinenza urinaria: Da stress, Da urgenza; mista
 - ✓ Urgenza urinaria
 - ✓ Pollachiuria
 - ✓ Nicturia
- Disturbi della fase di svuotamento: flusso urinario debole o intermittente, necessità di usare il torchio addominale
- Disturbi dopo la minzione: senso di incompleto svuotamento e gocciolamento dopo la minzione

Disfunzioni del comparto posteriore

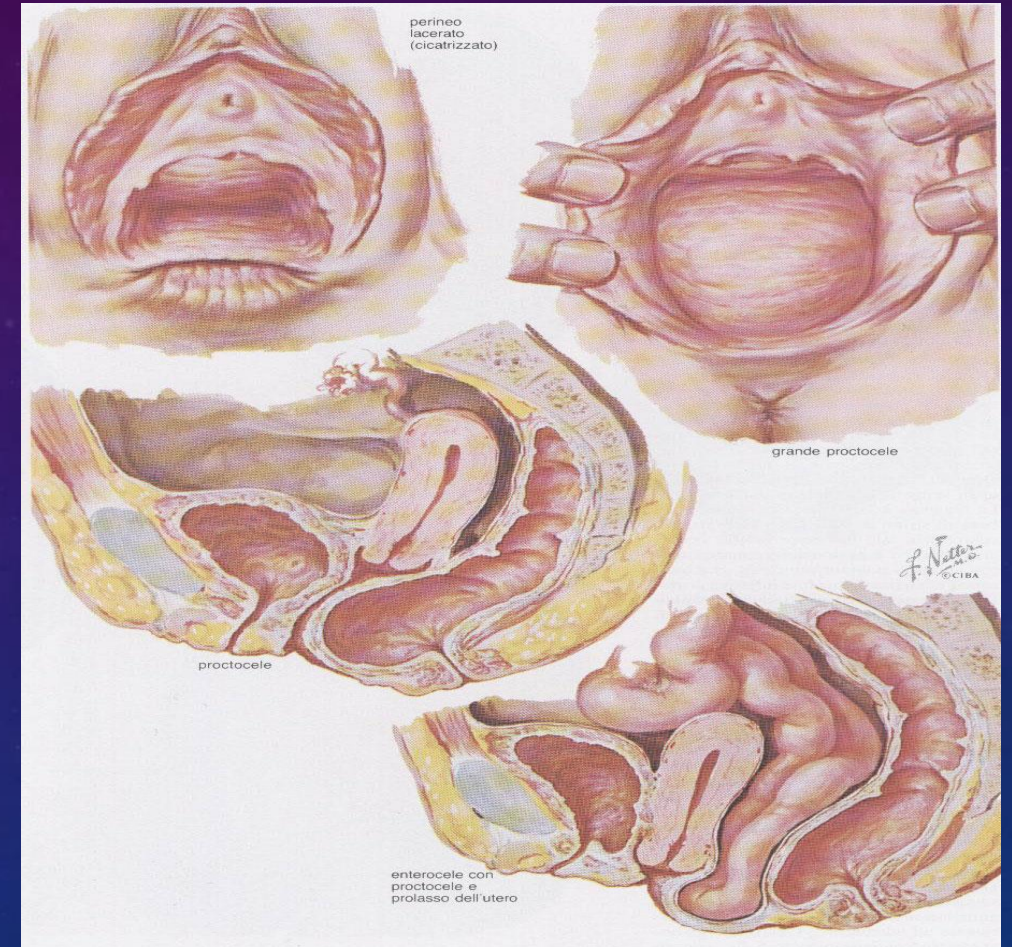
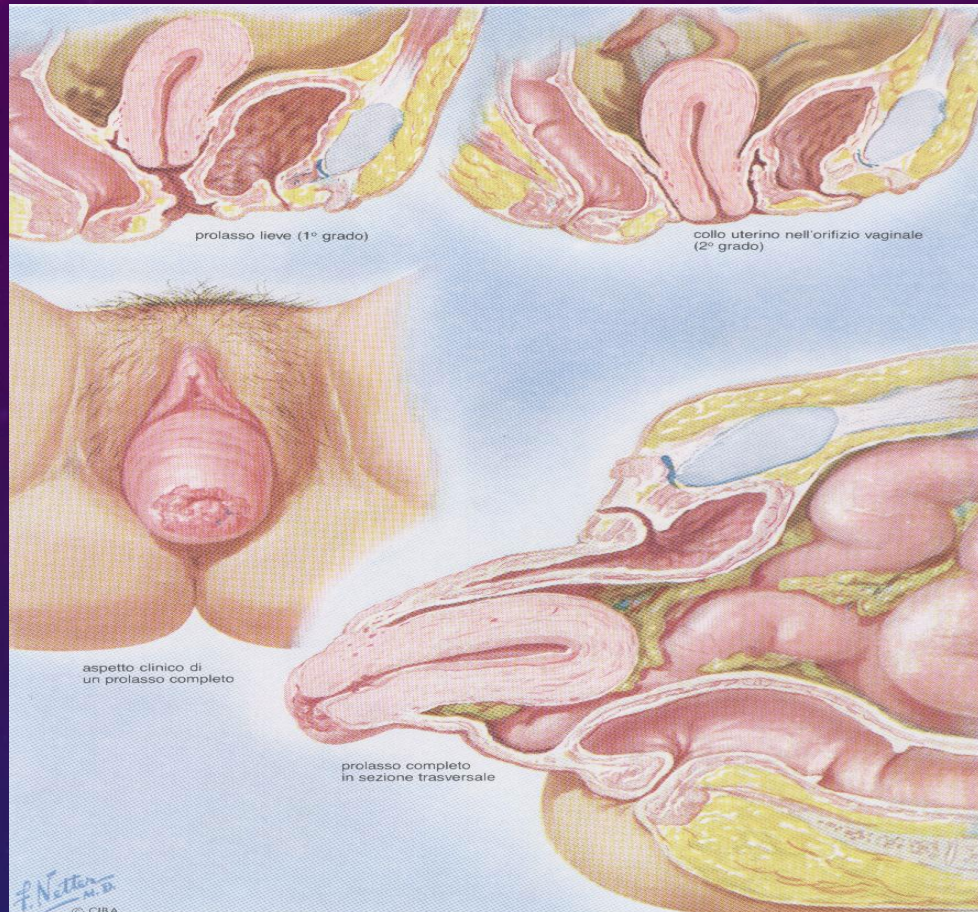
- Incontinenza a gas e/o feci
- **Sindrome da ostruita defecazione:** Disturbo della defecazione caratterizzato da prolungato ponzamento, sensazione di incompleta evacuazione e necessita di ricorrere a digitazioni o clisteri per evacuare.
- L'ostruzione meccanica solitamente è legata alla presenza di un prolasso rettale interno od esterno, di un rettocele anteriore e/o dall'invaginazione del retto in se stesso (intussuscezione retto-rettale).
L'ostruzione funzionale è legata al mancato od incompleto rilasciamento dei muscoli della continenza in presenza di una dissinergia muscolare del pavimento pelvico o del fascio pubo-rettale che circonda e chiude il canale anale

Disfunzioni sessuali: Le disfunzioni sessuali colpiscono entrambi i sessi e consistono nella difficoltà o impossibilità ad avere rapporti sessuali, nella mancata soddisfazione durante questi e/o nel dolore che ad essi si può accompagnare. Il pavimento pelvico può essere causa o conseguenza di queste, oppure essere uno degli elementi che mantiene questa complessa disfunzione in quanto i muscoli del pavimento pelvico sono coinvolti nella penetrazione vaginale, nella fase dell'orgasmo e nel meccanismo di erezione e di eiaculazione.

ALLA VALUTAZIONE PALPATORIA

- Alla valutazione palpatoria è possibile rilevare: un pavimento pelvico con un deficit di reclutamento volontario : **NON CONTRACTING PELVIC FLOOR**
 - O con difficoltà di rilassamento: volontario e non volontario : **NON RELAXING PELVIC FLOOR**
 - E' possibile descrivere infine la situazione in cui non sono rilevabili né una contrazione né un rilassamento : **NON CONTRACTING – NON RELAXING PELVIC FLOOR**
-
- A QUESTE CATEGORIE DI SINTOMI SONO ASSOCIATE ALTRETTANTE CONDIZIONI DISFUNZIONALI:
 - UNDERACTIVE PELVIC FLOOR pavimento pelvico ipoattivo
 - OVERACTIVE PELVIC FLOOR pavimento pelvico che non si rilassa
 - NON FUNCTIONING PELVIC FLOOR pavimento pelvico non funzionale

PROLASSO UROGENITALE



DISCESA VERSO IL BASSO, ATTRAVERSO LO JATUS UROGENITALE DEL PAVIMENTO PELVICO, DI PARETI VAGINALI ED UTERO, E CONTESTUALMENTE POICHÉ ESISTE UNA SOLIDARIETÀ TRA GLI ORGANI DELLA PELVI SI PUÒ ASSOCIARE ANCHE AD UNA DISCESA DI VESCICA, RETTO ED EVENTUALMENTE DI ANSE INTESTINALI CON GRADO ED ASSOCIAZIONI VARIABILI.

TERMINOLOGIA DEL PROLASSO UROGENITALE

- Cistocele
(la vescica ernia nella parete vaginale anteriore)
- Uretrocele
- Rettocele
(il retto ernia nella parete vaginale posteriore)
- Elitrocele
(ernia del peritoneo)
- Enterocele
(ernia delle anse intestinali)
- Prolasso della cupola vaginale (si verifica dopo pregressa isterectomia)
- Isterocele
(discesa dell'utero)

FATTORI DI RISCHIO

- FATTORI GENETICI
- FATTORI GENERALI: Età, obesità, BPCO, razza, stipsi cronica
- FATTORI LOCALI
- SIA CONGENITI(difetti di innervazione dei mm. elevatori come nella spina bifida, difetti del connettivo come snd henlers –danlos, brevità congenita della vagina)
- CHE ACQUISITI gravidanza , parto, deficit estrogenico, chirurgia

ETIOPATOGENESI DEL PROLASSO

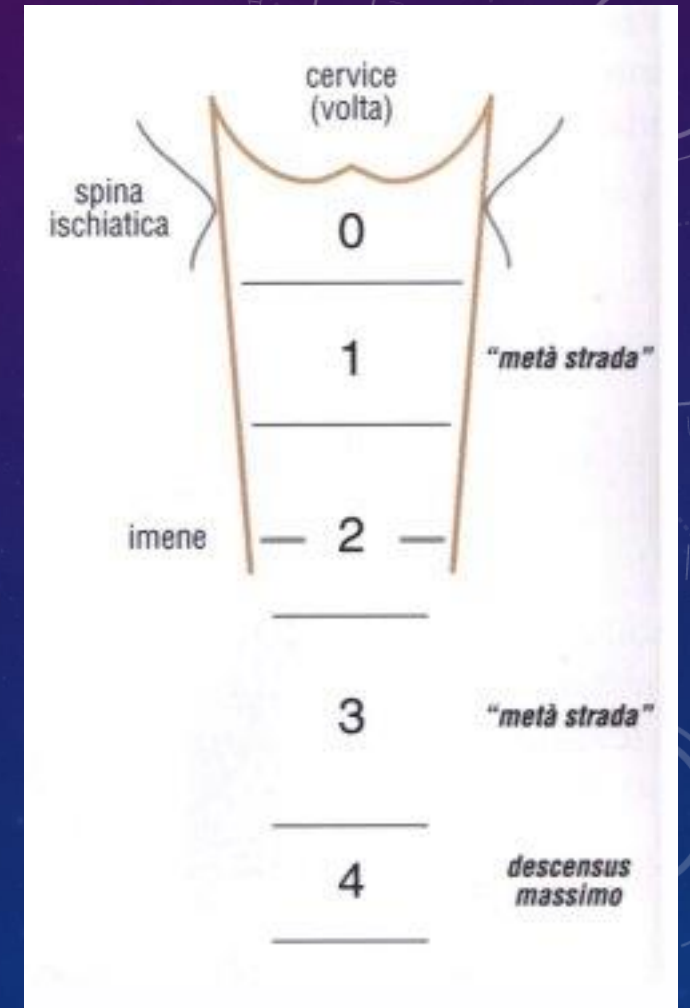
- ▣ LESIONI DEL PERINEO (PARTI)
- ▣ ETA': gli estrogeni sono fondamentali nel mantenimento del trofismo del connettivo delle fascia pelvica; l'allettamento determina ipotrofia dei muscoli del pavimento pelvico
- ▣ Gravidanza, stipsi, fattori esogeni

TUTTO QUESTO CAUSA UN INDEBOLIMENTO DEL PERINEO

HALFWAY SYSTEM CLASSIFICATION (SEC. BADEN E WALKER)

URETRO-CISTO-ISTERO-ELITRO-ENTERO-RETTOCELE

- Grado 0: posizione normale
 - Grado I: posizione intermedia fra normale e imene
 - Grado II: a livello dell'imene
 - Grado III: posizione intermedia fra imene e massimo descensus possibile
 - Grado IV: massimo descensus possibile
- CLASSIFICA I GRADI DI PROLASSO IN RELAZIONE ALLA POSIZIONE RISPETTO ALL'IMENE



PELVIC ORGAN PROLAPSE QUANTIFICATION (POP-Q)

STADIO	DESCRIZIONE
0	Nessun descensus
I	Descensus fino a - 1 cm dall'anello imenale
II	Descensus tra - 1 cm e + 1 cm dall'anello imenale
III	Descensus oltre + 1 cm dall'anello imenale
IV	Eversione completa della vagina

B: Clinical Staging⁴:

Each aspect of POP, uterine (cervical) prolapse, anterior vaginal wall (compartment), posterior vaginal wall (compartment), vaginal vault (cuff scar) prolapse can and should be subject to a clinical staging.

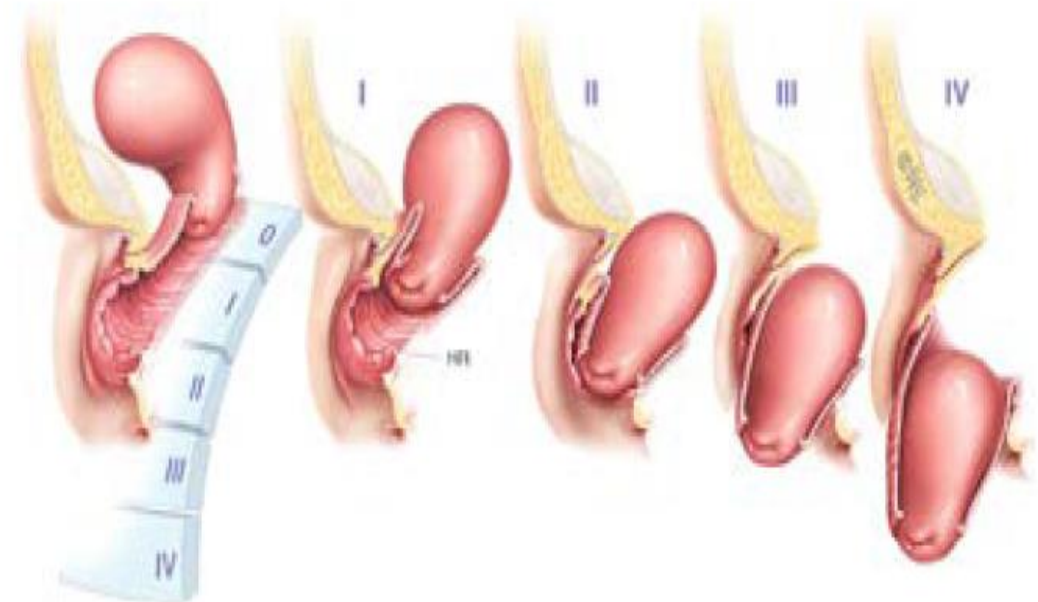


Figure 6. shows prolapse staging⁴ - 0, I, II, III, IV. (uterine - by the position of the leading edge of the cervix).

PELVIC ORGAN PROLAPSE QUANTIFICATION (POP-Q)

About the POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) Exam

The pelvic organ prolapse quantification (POP-Q) exam is used to quantify, describe, and stage pelvic support. It is a reliable exam that provides site-specific measurements.

- There are 6 points measured at the vagina with respect to the hymen.
- Points above the hymen are assigned negative numbers; points below the hymen are assigned positive numbers.

E' l'unica standardizzata (ICS- American Urogynecologic society and Gynecologic Surgeon) : si basa sulla quantificazione in cm della sede anatomica prolapsata: 9 punti considerati (per ridurre al minimo la soggettività della valutazione).

PELVIC ORGAN PROLAPSE QUANTIFICATION (POP-Q)

POP-Q Measurement Sites

Points	Description	Range of Values
Aa	Anterior vaginal wall 3 cm proximal to the hymen	-3 cm to + 3 cm
Ba	Most distal position of the remaining upper anterior vaginal wall	-3 cm to + tvl
C	Most distal edge of cervix or vaginal cuff scar	-10 cm to + 10 cm
D	Posterior fornix (N/A if post hysterectomy)	
Ap	Posterior vaginal wall 3 cm proximal to the hymen	-3 cm to + 3 cm
Bp	Most distal position of the remaining upper posterior vaginal wall	-3 cm to + tvl

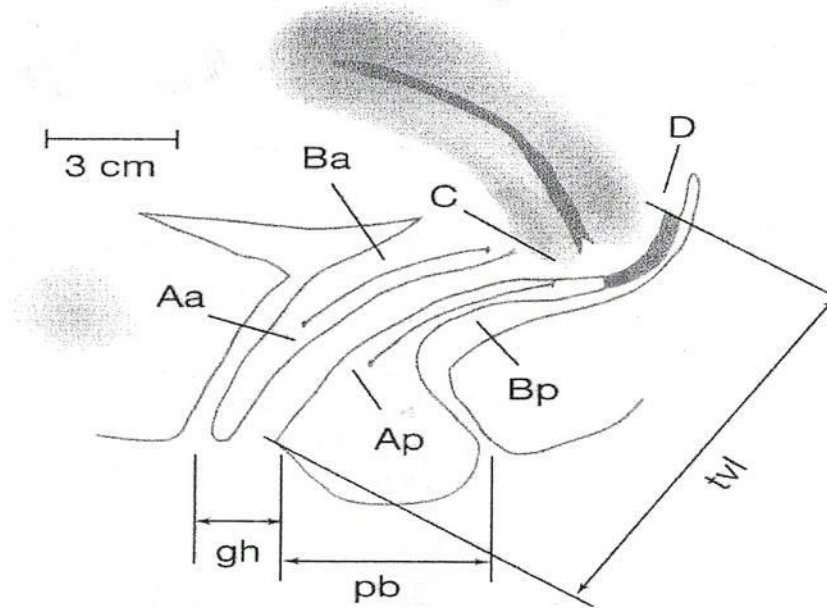
Additional Measurements:

Genital hiatus (gh) – Measured from middle of external urethral meatus to posterior midline hymen

Perineal body (pb) – Measured from posterior margin of gh to middle of anal opening

Total vaginal length (tvl) – Depth of vagina when point D or C is reduced to normal position

POP-Q



Aa	Ba	C
gh	pb	tvl
Ap	Bp	D

- **Aa** è situato sulla parete vaginale anteriore, 3 cm più cranialmente del meato uretrale esterno. Rispetto all'imenè (punto di repere) la sua posizione varia da -3 a +3 e corrisponde circa alla porzione uretro-vescicale.
- **Ba** rappresenta il punto più caudale del segmento della parete vaginale anteriore, che va da Aa al fornice anteriore. Nei casi normali o con cistocele minore rispetto all'uretrocele, Ba corrisponde ad Aa.
- **C** rappresenta il punto più declive della cervice (o della cupola); il punto di repere è l'imenè.
- **Ap**: come Aa, sulla parete vaginale posteriore.
- **Bp**: come Ba, sulla parete vaginale posteriore.
- **D**: come C per il fornice posteriore in una paziente non isterectomizzata (altrimenti si omette).
- **gh** (iato genitale): dal centro del meato uretrale esterno al centro dell'imenè posteriore.
- **pb** (corpo perineale): dal centro dell'imenè posteriore al centro dell'ano.
- **tvl** (lunghezza vaginale totale): a vagina riposizionata.

B: Simplified POP-Q^{25,26}

This is based on the POP-Q with similar ordinal staging but with only four points measured instead of nine. There is no Stage 0; it is combined with Stage 1. It is undertaken in the dorsal lithotomy position with patient forcefully bearing down, performing Valsalva or coughing.

(i) Four points used:

- . Anterior vaginal segment: point Ba (estimated around 3cm proximal to hymenal remnants).
- . Posterior vaginal segment: point Bp (estimated around 3cm proximal to hymenal remnants).
- . Cervix point C
- . Apex/posterior fornix: point D (non-hysterectomized); point C (hysterectomized)

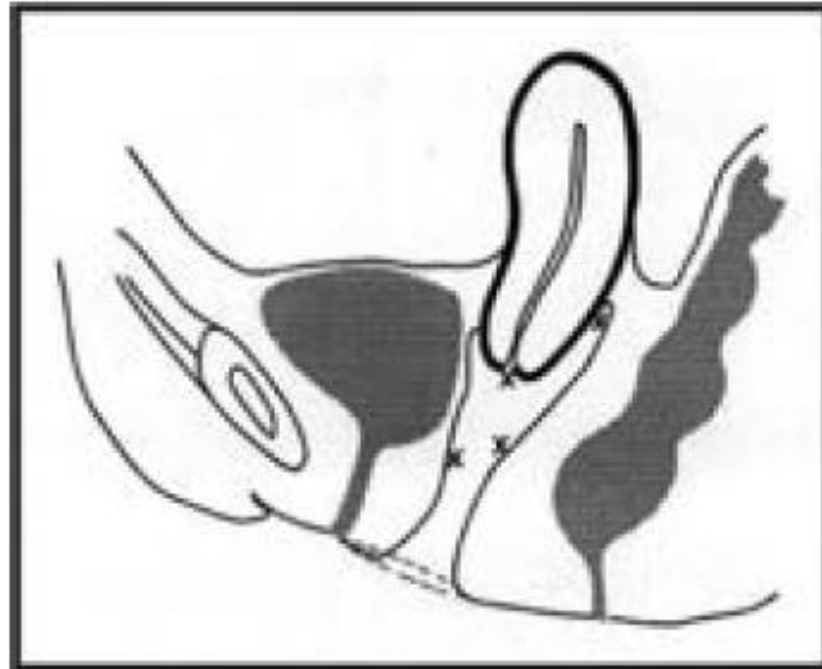


Figure 9. Simplified POP-Q.

INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY (ICS)

- Chi si occupa di pavimento pelvico e disfunzioni del pavimento pelvico deve sempre fare riferimento alla terminologia, review e algoritmi prodotti dall'ICS
- E per valutare e trattare correttamente una DISFUNZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO bisogna seguire tali tappe: ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO SONO I PUNTI DI PARTENZA A BASSO COSTO E FONDAMENTALI
- Ricordiamo sempre e comunque che l'approccio può essere multidisciplinare e deve comprendere diverse figure che possono anche collaborare per ottenere l'obiettivo: TRATTAMENTO DISFUNZIONE PELVICA



INDICAZIONI ALLA RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO

**INCONTINENZA URINARIA DA SFORZO
INCONTINENZA DA URGENZA
IPERATTIVITA' DETRUSORIALE
INCONTINENZA ANALE**

**PROLASSI UROGENITALI E
RETTALI I° E II° GRADO**

RITENZIONE

PROLASSI

DOLORE

**RITENZIONE
STIPSI DA OSTRUITA
DEFECAZIONE
RITENZIONE URINARIA**

**DISPAREUNIA SUPERFICIALE
ESITI CICATRIZIALI
DOLORE PELVICO CRONICO
VULVODINIA**

Sono spesso presenti più disfunzioni e quindi il percorso è sempre personalizzato.

2017

6th International Consultation on Incontinence

Co-sponsored by

International Consultation on
Urological Diseases (ICUD)

International Continence
Society (ICS)

In collaboration with

major international
associations of urology,
gynaecology and
urodynamics

and other medical
associations

Recommendations of the International scientific Committee:

EVALUATION AND TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE, PELVIC ORGAN PROLAPSE AND FAECAL INCONTINENCE

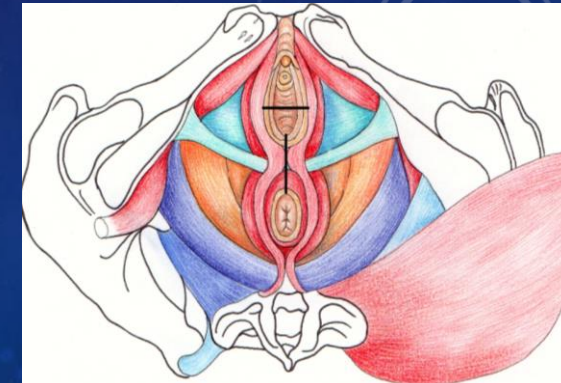
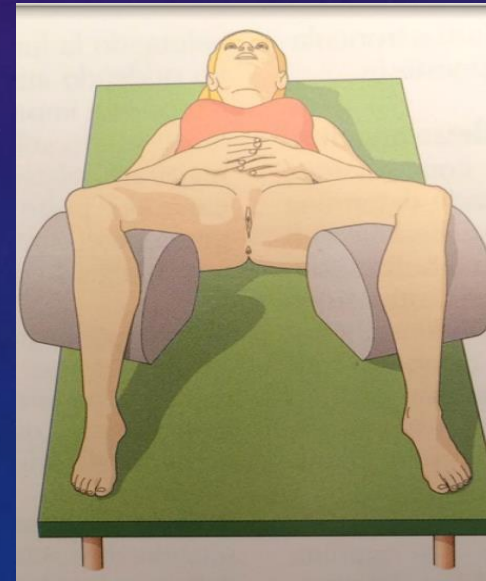
I. URINARY INCONTINENCE IN CHILDREN	2559
II. URINARY INCONTINENCE IN MEN	2564
III. URINARY INCONTINENCE IN WOMEN	2568
IV. FISTULAE	2572
V. PELVIC ORGAN PROLAPSE	2577
VI. URINARY INCONTINENCE IN NEUROLOGICAL PATIENTS	2582
VII. BLADDER PAIN SYNDROME	2587
VIII. FAECAL INCONTINENCE IN ADULT PATIENTS	2592
IX. FAECAL INCONTINENCE IN NEUROLOGICAL PATIENTS	2597
X. URINARY AND FAECAL INCONTINENCE IN FRAIL OLDER MEN AND WOMEN	2601

ANAMNESI

- Deve essere il più accurata possibile e partire dall'**INDICAZIONE** all'invio presso uno specialista del pavimento pelvico e di come questi disturbi impattano sulla **QUALITA' DELLA VITA DEL PAZIENTE**
- **ANAMNESI** accurata deve comprendere
 - Anamnesi **GENERALE** e Farmacologica: Patologie concomitanti e genetiche , Interventi chirurgici, Lavoro, farmaci assunti, BMI e variazioni ponderali, sport, fumo e abitudini voluttuarie
 - Anamnesi **GINECOLOGICA** : Patologie Ginecologiche pregresse , caratteristiche del Ciclo/ Menopausa / trattamenti/ stato estrogenico; Modalità dei parti ; Pesi neonati, vissuto del parto, suture, piuttosto che interventi ginecologici e sul pavimento pelvico , endometriosi; Sintomi riconducibili a prolasso (senso di peso genitale/ingombro vaginale, dolore lombare)
 - Anamnesi **UROLOGICA**: Tipo di minzione e disturbi , Minzioni diurne/notturne, LUTS Sintomi iuu mista, Utilizzo e nr di assorbenti , infezioni ricorrenti
 - Anamnesi **PROCTOLOGICA** : Regolarità alvo, Utilizzo di prodotti (lassativi...), manovre evacuative Disturbi da incontinenza gas/feci.
 - Anamnesi **SESSUALE** viene raccolta qualora sia il motivo dell'invio: bruciore /dolore alla penetrazione, VAS, Dispareunia superficiale o profonda, etc.
- **CI SI PUO' AIUTARE CON DIARI MINZIONALI, SCALE VISIVE , QUESTIONARI SULLA QOL**

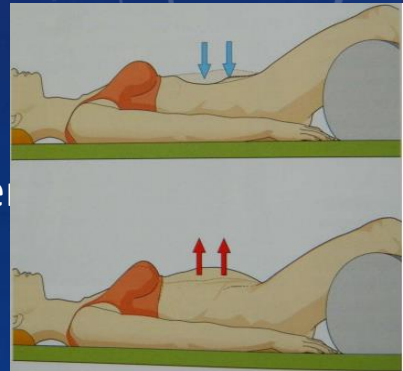
ESAME OBIETTIVO (DOPO SPIEGAZIONE E CONSENSO INFORMATO) ISPEZIONE A RIPOSO

- Osservazione visiva zona pelvi/perineale/ addominale , esiti cicatrici episiotomiche , lacerazioni o interventi perineali
 - esiti di interventi addominali
 - Trofismo, colorito e aspetto di pelle e mucose
 - Distanza ano-vulvare (DAV = 3 cm)
 - beanza vulvare (V0 – V1- V2- V3)
 - presenza prolasso
 - nucleo fibroso centrale (NFC normo - ipotonico o rigidità)
 - Ispezione della regione anale : prolassi emorroidi...
- ISPEZIONE IN POSIZIONE LITOTOMICA MODIFICATA O ALLA STAZIONE ERETTA



ESAME OBIETTIVO DOPO RICHIESTA DI CONTRAZIONE VOLONTARIA E AL COLPO DI TOSSE

- Alla richiesta di contrazione volontaria : si dovrebbe vedere introflessione del NFCP, avvicinamento delle grandi labbra e lieve abbassamento del clitoride (mancanza di presa di coscienza)
- Valutazione del rilassamento fisiologico dopo il reclutamento
- Reclutamento di muscoli accessori
- Inversione del comando
- Ispezione al colpo di tosse : CHIUSURA PERINEALE (riflesso di protezione perineale GUARDING REFLEX) - APERTURA DELLA VULVA - APERTURA DELLA VULVA + FUGA DI URINA (STRESS TEST POSITIVO);
- la parete addominale rientra avremo un corretto controllo delle pressioni (**Riflesso normale del Guarding reflex**)
- se si verifica la protrusione dell'addome insieme ad una protrusione del pp verso l'esterno (Bombement) una scorretta direzione delle pressioni intraddominali che si dirigono sul pp. Si osserva spesso nelle persone che soffrono di IU



VALUTAZIONE DELLA CONTRAZIONE MUSCOLARE

- Palpazione a riposo (Nucleo fibroso centrale Fasci del pubo coccigeo Fasci dell'ileococcigeo ; Punti trigger)
- TESTING PERINEALE : Palpazione alla richiesta di contrazione della muscolatura pelviperineale (L'operatore poggia 1 o 2 due dita "a piatto", sulla parete posteriore della vagina) valuta varie componenti
 - ✓ **FASICO** si invita la donna a fare 5 contrazioni rapide veloci **(0/3)**
 - ✓ **TONICO ed ENDURANCE** si invita a stringere con tenuta della contrazione **(0/3)**
 - ✓ **SIMMETRIA** (eventuali asimmetrie del lato dx e sx)
- ✓ **ISOLABILITA'** l'eventuale impiego di altri muscoli addominali, glutei e adduttori; inversione del comando

VALUTAZIONE NEUROLOGICA : SENSIBILITÀ E DEI PRINCIPALI RIFLESSI

Sensibilità della regione perianale: con un cotton fioc si toccano le aree perineali per indagare aree di iposensibilità o di dolore

- Riflesso bulbospongioso (anoclitoreo o anopenieno)
- Riflesso anale
- Riflesso ano-cutaneo (nocicettivo anale o anale superficiale)
- Riflesso perineale al colpo di tosse (guarding reflex)

VALUTAZIONE DEL COMPARTO POSTERIORE

Valutazione manuale:

SAE

Pubo-rettale

In caso di :

- Disfunzioni ano-rettali (incontinenza e/o Urgenza fecale, stipsi, dolore ano-rettale)

Posizione: Pzt in decubito laterale:

Trofismo

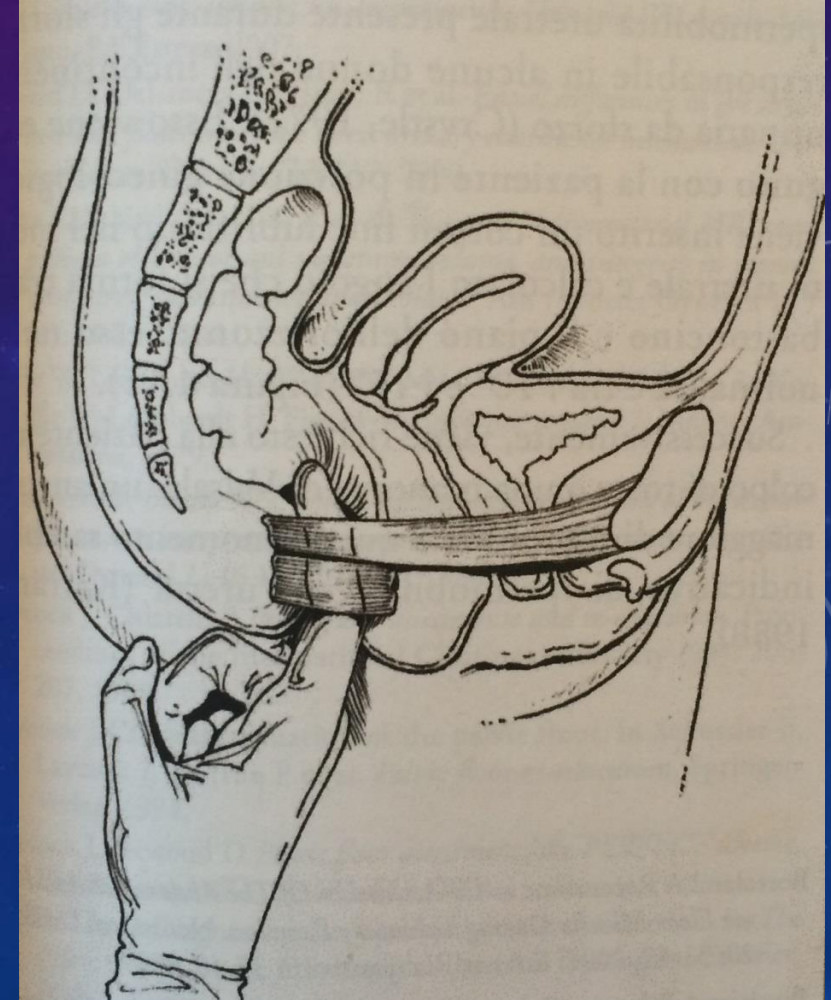
Tono

Contrazione e rilassamento volontari

Forza

Endurance

Dissinergie



ALTRI TEST

- Stress test
- PC test
- PAD test
- Residuo postminzionale

CONCLUSIONI

- LA COMPLESSITA' DEL SISTEMA DI SOSTEGNO DEL PAVIMENTO PELVICO E' RISPECCHIATA DALLA COMPLESSITA' DELLE PATOLOGIE CHE POSSONO COLPIRLO
- L'ACCURATA CONOSCENZA DELL'ANATOMIA E DELLA FUNZIONALITA' DELLE VARIE STRUTTURE CHE LO COMPONGONO DA' LA POSSIBILITA' DI CAPIRE I DEFICIT E DI INTERVENIRE IN MANIERA ADEGUATA
- SULLA BASE DEI NOSTRI DATI CLINICI ANAMNESTICI ED OBIETTIVI ED IN SECONDA BATTUTA , SOLO SE NECESSARI STRUMENTALI, DOBBIAMO ESSERE IN GRADO DI INDIRIZZARE LA PAZIENTE VERSO IL TRATTAMENTO PIU' A LEI ADEGUATO: RIABILITATIVO, FARMACOLOGICO, CHIRURGICO

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

