

Pubblichiamo con piacere un altro importante documento sull'aspetto Riabilitativo dei disturbi del Pavimento Pelvico Femminile. Questo fa seguito ai due altri Statements Opinion sulla Chirurgia Protesica Transvaginale e sulla gestione della Incontinenza Urinaria da Sforzo. La nostra Società si arricchisce pertanto di un altro importante strumento educativo e professionale con alcuni aspetti in parte innovativi, che sarà certamente utile per tutti i cultori della materia e per chi per motivi professionali voglia far riferimento ed utilizzare uno strumento veloce e pratico nella gestione conservativa delle pazienti affette dalle varie disfunzioni pelvi-perineali.

***IL SEGRETARIO SCIENTIFICO
Prof. Mauro Cervigni***

Nell'ultimo anno L'AIUG, come le altre società scientifiche, è stata fortemente limitata nell'organizzazione di eventi educazionali e formativi dall'emergenza pandemica dovuta al virus COVID 19. Il prossimo futuro, come tutti speriamo, dovrebbe prospettarci una progressiva ripresa delle attività. In questo tempo, tuttavia, abbiamo cercato di ideare nuovi progetti per rilanciare l'interesse verso l'uroginecologia. Il documento sulla rieducazione pelvica che L'AIUG va a proporre, è testimonianza dell'impegno dedicato dagli autori a cui vanno i miei più sentiti complimenti. Sono certo che tale documento sarà di ausilio a molti di noi nella comune quotidiana pratica clinica.

***IL PRESIDENTE
Prof. Stefano Salvatore***



A.I.U.G.

Statement Opinion

Riabilitazione Pavimento Pelvico nella donna affetta da Incontinenza Urinaria

oooooooooooooooooooooooooooooooo

G.L Bracco, A. Cavalieri, A. D'Alfonso, R. Punzo, G. Gariglio, E. Donati, F. Giordano, E. Torresan, G. Capobianco, & M. Cervigni

AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA

INTRODUZIONE SUL MANAGEMENT DELL'INCONTINENZA URINARIA NELLA DONNA

G.L. Bracco, G. Capobianco

Aspetti di prevenzione (fattori di rischio per il danno perineale) per adolescenti ed età fertile

E. Donati, R. Punzo

Presenza in carico della donna affetta da IU e trattamento rieducativo/riabilitativo

A. Cavalieri

RIABILITAZIONE PAVIMENTO PELVICO NELLA DONNA AFFETTA DA INCONTINENZA URINARIA DURANTE LA MENOPAUSA

E. Torresan

ESAME POSTURALE

G. Gariglio

INCONTINENZA URINARIA IN GRAVIDANZA, PARTO E POST-PARTUM

A. D'Alfonso, F. Giordano

INTRODUZIONE SUL MANAGEMENT DELL'INCONTINENZA URINARIA NELLA DONNA: RUOLO DELLE TERAPIE CONSERVATIVE ALLA LUCE DEI LIVELLI DI EVIDENZA SCIENTIFICI

Il trattamento conservativo dell'incontinenza urinaria (IU) o del prolasso degli organi pelvici (POP) è definito come un qualsiasi intervento che non comporti un intervento chirurgico o farmacologico. Questi comprendono la modifica dello stile di vita (cessazione fumo, dimagrimento, riduzione introito caffeina) esercizi muscolari del pavimento pelvico (PFMT) (da sola o con l'aggiunta di BioFeedback), coni vaginali, stimolazione elettrica, stimolazione magnetica, stimolazione posteriore del nervo tibiale, regimi di svuotamento programmati, medicine complementari/alternative e di supporto (anelli/pessari).

Raccomandazioni ICI (6th Edition Book del 2017) e di altre Società Scientifiche: National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2019), Canadian Urological Association (CUA 2012), European Association of Urology (EAU 2019)

Gestione non chirurgica dell'incontinenza urinaria

Interventi sullo stile di vita

- Raccomandare la riduzione dell'assunzione di caffeina alle donne con vescica iperattiva [NICE 2019].
- Consigliare alle donne con incontinenza urinaria o vescica iperattiva un maggiore o minore introito di liquidi per modificare la loro assunzione di liquidi [NICE 2019].
- Consigliare di perdere peso alle donne con incontinenza urinaria o vescica iperattiva che hanno un BMI > 30 [NICE 2019].

PFMT (Pelvi Floor Muscle Training)

Riguardo la prevenzione della IU (donne in menopausa), trials randomizzati e controllati hanno dimostrato un'efficacia della PMFT con grado di raccomandazione C.

La PFMT è efficace sia se utilizzata da sola o che faccia parte di un piano terapeutico che coinvolga cambiamenti comportamentali e dello stile di vita e come parte di un programma di attività fisica generale atto a migliorare lo stato fisico delle donne. Sono stati dimostrati benefici nelle diverse fasce di età e di IU, oltretutto in diversi contesti culturali usando differenti regimi di allenamento e valutati per diversi outcome (livello di evidenza 1). È raccomandabile (grado A) offrire la PFMT sotto la supervisione di un esperto come terapia conservativa di prima linea per le donne di tutte le fasce di età con IU (di almeno 3 mesi secondo NICE 2019).

Ha un grado di raccomandazione elevato (grado A) offrire e fornire programmi di PFMT intensivi e sotto la guida di esperti. Sebbene gli studi siano limitati non sembra esserci vantaggio nell'aggiungere ad un programma di PFMT altre modalità come per esempio i dispositivi di resistenza intravaginali (grado di raccomandazione B). Non sembra inoltre chiaro il beneficio nell'aggiungere un BioFeedback eseguito a livello ospedaliero (grado di raccomandazione A) o domiciliare (grado di raccomandazione B).

Sulla base di due studi che hanno documentato l'efficacia della PFMT sulla prevenzione primaria dell'IU durante la gravidanza l'ICI raccomanda (grado A) di offrire alla donna in gravidanza un programma intensivo e sotto la supervisione di un esperto di PFMT allo scopo di prevenire l'IU antepartum e postpartum.

Altra raccomandazione di grado A riguarda l'importanza della PFMT come scelta di prima linea nelle donne che presentano una IU persistente dopo 3 mesi dal parto.

L'evidenza maggiore suggerisce un programma di PFMT giornaliero a domicilio associato a lezioni con esercizi settimanali guidati da un fisioterapista per 12 settimane, iniziando dalla 16°-24° settimana di gravidanza. In donne che abbiano avuto un parto operativo con uso per esempio del forcipe o che abbiano partorito un feto > 4000 gr è consigliabile un programma di PFMT individuale.

PFMT vs coni vaginali (CV)

Prove limitate suggeriscono che i CV sembrano avere effetti simili e non superiori alla PFMT (Livello di evidenza: 1). Nelle donne che usano i CV, non sembra essere un beneficio aggiungere PFMT (Grado di Raccomandazione: C).

PFMT vs Stimolazione Elettrica (SE)

Dati precedenti hanno dimostrato che la percentuale di cura soggettiva o di miglioramento era maggiore dopo FMT rispetto ai gruppi che avevano eseguito solo SE (Livello di evidenza: 1) (NICE 2019).

PFMT vs Bladder Training (BT)

Nelle donne con IU le prove in nostro possesso evidenziano un vantaggio della PFMT rispetto al BT (Livello di evidenza: 2).

PFMT vs terapia farmacologica

Vi sono deboli evidenze che la PFMT sia più vantaggiosa della terapia farmacologica e comunque non sufficienti per modificare le raccomandazioni precedenti (Livello di evidenza 2).

La PFMT e la terapia farmacologica sono entrambe efficaci come terapia di prima linea, sebbene la PFMT sia migliore a causa degli effetti collaterali della terapia farmacologica (Grado di Raccomandazione: B).

PFMT vs chirurgia:

Le sling medio-uretrali possono essere più efficaci della PFMT per il trattamento della incontinenza urinaria da sforzo (Livello di evidenza: 2).

Pur se la chirurgia sia più efficace della PFMT, il suo potenziale beneficio dovrebbe essere valutato rispetto ai potenziali eventi avversi. La PFMT dovrebbe essere offerta come terapia di prima linea poiché meno invasiva. (Grado di Raccomandazione: B).

PFMT e pessari sono entrambi efficaci nella terapia conservativa di prima linea (Grado di Raccomandazione: B). Ci potrebbe essere un vantaggio nell'aggiungere la PFMT ad una donna che fa già uso di pessario e che sia continente (Livello di evidenza: 2).

Aspetti di prevenzione (fattori di rischio per il danno perineale) per adolescenti ed età fertile

In ogni momento in cui le adolescenti si avvicinano ai servizi sanitari, come lo spazio adolescenti, o le donne, in età fertile, che in occasione dello screening, giungono nei consultori, dovrebbe essere messo in atto un intervento di INFORMAZIONE, PREVENZIONE E VALUTAZIONE del pavimento pelvico, e di eventuali disturbi della continenza.

Gli interventi di prevenzione per le strutture perineo-pelviche e I.U. in adolescenza ed età fertile, consistono in:

È fondamentale nell'approccio con gli adolescenti facilitare l'accesso ai servizi sanitari, garantire la riservatezza e offrire spazi e tempi adeguati per un percorso di prevenzione efficace che permetta di integrare l'educazione sessuale anche nella pratica clinica, così come fondamentale, per le donne in età fertile, non limitare durante l'accesso al consultorio alla sola offerta dello screening, ma offrire un tempo da dedicare alla informazione, alle raccomandazioni sugli stili di vita, e alla valutazione di eventuali disturbi:

- Insegnare le conoscenze basilari su anatomia e fisiologia del PP (1)

- adottare e mantenere abitudini alimentari sane, guidare ad una sana dieta alimentare con l'adeguata assunzione dei diversi nutrienti e dei liquidi, per favorire il regolare transito intestinale (2)
- evitare stati di obesità controllando il peso corporeo (3)
- far acquisire l'abilità ad assumere una corretta postura durante la minzione/defecazione e l'abilità di urinare e defecare in modo corretto; raccomandare di non sollevare carichi di peso eccessivo, evitare il fumo di sigaretta attivo e passivo per scongiurare la tosse, consigliare la sanificazione degli ambienti di vita rispetto alla presenza di sostanze allergizzanti compreso (4)
- Preferire biancheria di cotone bianca, lavata con detersivi privi di profumi, senza sbiancanti o ammorbidente
- Evitare il contatto della vulva con bagni schiuma e shampoo, Usare il sapone in zona perianale ma non a livello vulvare, usare carta igienica non profumata o colorata, lavarsi dopo la defecazione, dall'avanti all'indietro
- Sciacquarsi con acqua dopo il bagno in piscina, Utilizzare creme protettive e detersivi oleosi (5)
- Evitare la depilazione, soprattutto con sistemi che potrebbero essere causa di lesioni
- Consigliare di urinare prima dei rapporti sessuali e praticare una corretta igiene intima (prima e dopo i rapporti) senza eccedere nell'uso dei detersivi

BIBLIOGRAFIA

- 1 Herbert-Beirne J, O'Conor R, Ihm JD, et al. A Pelvic Health Curriculum in School Settings: The Effect on Adolescent Females' Knowledge. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2015 doi: 10.1016/j.jpag.2015.09.006.
- 2 Lukacz E, Lawrence J, Contreras R, Nager C, Luber K. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. Obstet Gynecol. 2006;107:1253–1260.
- 3 Greer WJ, Richter HE, Bartolucci AA, Burgio KL. Obesity and pelvic floor disorders: a systematic review. Obstet Gynecol. 2008;112:341–9
- 4 What predisposes women to chronic pelvic pain? BMJ 2006; 332 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7544.0> (Published 30 March 2006)
- 5 American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Committee on Adolescent Sexuality education for children and adolescents. Pediatrics. 2001; 108(2):498–502.

Presa in carico della donna affetta da IU e trattamento rieducativo/riabilitativo

Il primo intervento consigliato è di tipo **rieducativo** ed è attuato sullo stile di vita del paziente, tramite correzioni di comportamenti disfunzionali inerenti la gestione della funzione urinaria.

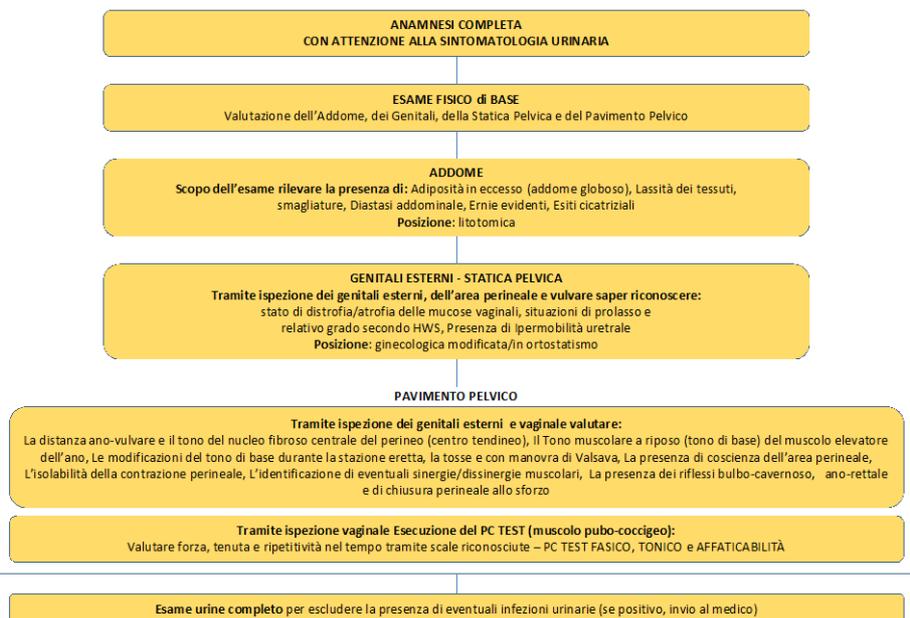
Il **trattamento riabilitativo** può venire successivamente all'intervento rieducativo o può essere associato al percorso terapeutico domiciliare e/o ambulatoriale.

La flow chart presentata nel documento evidenzia come elemento fondamentale la presenza o meno della **presa di coscienza della muscolatura perineale** che diventa fattore imprescindibile per una corretta programmazione del trattamento riabilitativo. La paziente che non presenta alla valutazione iniziale la presa di coscienza della muscolatura perineale accederà direttamente al trattamento ambulatoriale specifico, il quale prevederà una fase iniziale di istruzione e di utilizzo di metodiche strumentali. Nel caso di fallimento e, quindi di mancata acquisizione del movimento muscolare perineale, la paziente sarà inviata al medico accedendo così alla gestione specialistica di 2° livello (come previsto dalle Linee guida ICS).

D'altra parte invece, se la paziente invece è dotata di presa di coscienza muscolare perineale, la definizione del programma riabilitativo individuale dovrà tener conto del **pc test muscolare perineale**. Se il pc test fasico è >2 e il pc test tonico > o uguale a 2, la paziente potrà accedere al trattamento domiciliare (vedi dettagli nello schema in flow chart), mentre se il pc test sarà < o uguale a 2 e il pc test tonico compreso fra 0 e 1, la paziente verrà inserita nel programma riabilitativo ambulatoriale personalizzato che prevederà, a seconda delle esigenze, l'utilizzo delle metodiche riabilitative riconosciute come la fisiochinesiterapia, il biofeedback, l'elettrostimolazione funzionale, la PTNS, i coni vaginali.

In caso di fallimento del trattamento domiciliare, la paziente verrà inserita nel percorso riabilitativo ambulatoriale e, se anche in questo si dovesse presentare un insuccesso, verrà inviata al percorso specialistico di 2° livello.

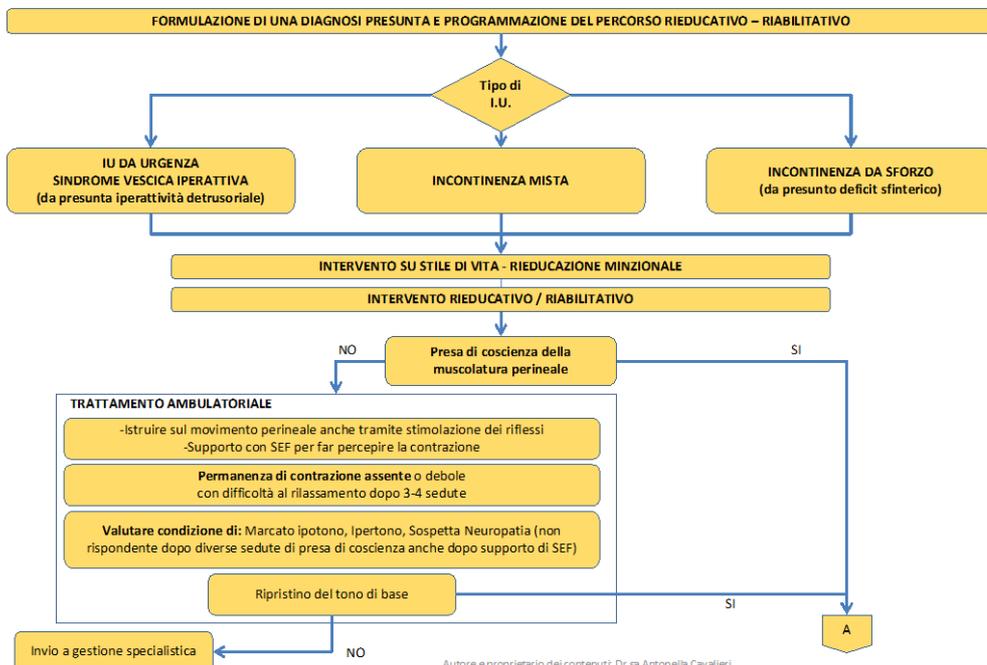
Gestione iniziale – Accoglienza e Presa in carico della Donna affetta da IU (creazione cartella personale)



Autore e proprietario dei contenuti: Dr.ssa Antonella Cavallieri

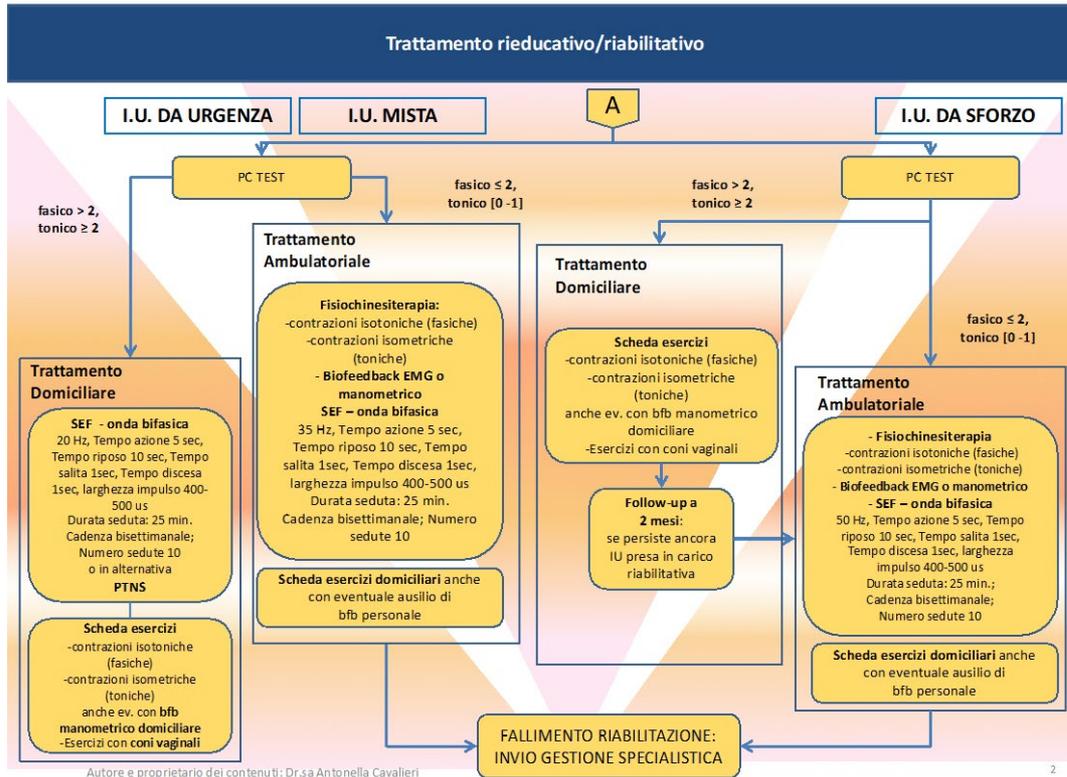
1

Diagnosi presunta e programmazione del trattamento



Autore e proprietario dei contenuti: Dr.ssa Antonella Cavallieri

1



RIABILITAZIONE PAVIMENTO PELVICO NELLA DONNA AFFETTA DA INCONTINENZA URINARIA DURANTE LA MENOPAUSA

Premessa

Con l'inizio della menopausa il problema incontinenza urinaria (IU) può essere molto frequente e perdurare per tutta la vita della donna. Questo disturbo può infatti essere seriamente invalidante e rappresentare per la donna un vero e proprio disagio fisico psichico ed esistenziale.

L'incontinenza (IU) può manifestarsi come disturbo singolo o associato ad altre disfunzioni e più in generale ad alterazioni della mucosa vaginale quali *distrofia*, *dispareunia* e/o patologie quali il *cistocele*, *isterocele*, *rettocele*, con conseguente dolore, mal di schiena, senso di peso, scarso controllo dello sfintere, diminuzione del piacere e/o della sensibilità vulvo-vaginale.

Se questo accade se ne deduce che la disfunzione (ferita esistenziale) è profonda e incide pesantemente sulla qualità di vita della donna, in quanto vissuta e percepita anche come perdita dell'identità femminile, della fine della fertilità e talvolta del ruolo sociale.

Numerosi studi hanno evidenziato che i possibili e frequenti sintomi tra cui la IU e altre manifestazioni morbose in menopausa, sono legati a una riduzione della forza dei muscoli del pavimento pelvico (PP) e/o una disorganizzazione degli stessi.

RACCOMANDAZIONI

Le raccomandazioni che le ostetriche devono fornire sulla prevenzione dell'incontinenza anche in menopausa sono la base per una qualità di vita sana quindi:

° **Informazione ed educazione alle donne che si avvicinano al momento della menopausa tramite campagne informative da parte dei media, e delle organizzazioni professionali sul problema incontinenza**

° **Incontri di gruppo o singole sulle tematiche della menopausa, sulla prevenzione e/o gestione dei fattori di rischio (obesità, fumo, tosse, alcool ecc.) in modo da far conoscere l'importanza del pavimento pelvico e delle eventuali disfunzioni tra cui l'incontinenza**

VALUTAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO

In una paziente con problematiche di incontinenza si deve procedere con un'attenta valutazione della postura e del pavimento pelvico:

- * **accurata anamnesi generale, ostetrica ed uroginecologica,**
- * **valutazione dei fattori di rischio presenti dovuti a esiti di gravidanze e/o parti precedenti**
- * **valutazione della mucosa ed eventuale distrofia**
- * **valutazione del Pavimento Pelvico e di tutti i parametri (Test sensoriali, riflessi, Beanza vulvare, Dav, Nfc, PC Test, presenza di prolasso, ecc).**

Naturalmente si procederà con il trattamento dopo che la paziente ha preso coscienza della diagnosi (materiali educativi) e una forte motivazione per un percorso di miglioramento o guarigione della propria condizione.

PROGRAMMA RIEDUCATIVO/RIABILITATIVO :

- A) IU e disfunzione PP:**
La paziente non ha controllo volontario sui muscoli del PP non è consapevole, non è in grado di identificarli, è incapace di contrarli e rilassarli quindi si consiglia terapia con **chinesiterapia e tecniche ausiliarie quali elettrostimolazione vaginale e/o biofeedback**
- B) IU e controllo della muscolatura del PP:**
La paziente è in grado di identificare i muscoli del PP ne è consapevole, è in grado di contrarli e rilassarli, ma sono deboli con un pc test scarso si consiglia terapia attraverso: **training del controllo della muscolatura con PFME eseguiti in ambulatorio e in sede domiciliare, l'uso dei coni vaginali può rappresentare un valido aiuto.**
- C) IU senza disfunzione del PP:**
La IU di questo tipo di solito è dovuta a un meccanismo di chiusura intrinseco disfunzionale dello sfintere interno dell'uretra, la terapia consiste: **in un rinforzo dei muscoli con PMFE, consigli sull' uso di coni ed eventualmente tecniche ausiliari (utile integrazione ormonale)**
- D) IU ed urgenza (incontinenza mista) con disfunzione PP**
la paziente presenta le caratteristiche del **punto A** con caratteristiche di urgenza, la terapia consiste: **nell' attuare tutte le tecniche del punto A con l'introduzione del diario minzionale sottolineandone l'importanza, saperlo valutare con presa di coscienza della paziente, inoltre insegnarle a leggerlo e adottare le strategie comportamentali per ridurre la sintomatologia.**
- E) IU e coinvolgimento di altre parti del corpo (sistema muscolo scheletrico)**
La paziente presenta spesso una inversione del comando utilizzando forze del sistema muscolo scheletrico disordinate e disorganizzate con uso di pressioni incontrollate, la terapia consiste: **in tecniche miste come ai punti A) e B).**
- F) IU e disfunzioni respiratorie, problematiche di postura, postura nella minzione, modalità e/o comportamenti relativi a minzione e defecazione.**

La paziente presenta modalità errate di apprendimento di funzioni comportamentali in vari apparati la terapia consiste: **in esercitazioni per raggiungere tecniche di respirazione corretta, rilassamento e correzione di postura, applicazione di modalità corrette per minzione e defecazione con coinvolgimento corretto della muscolatura del pavimento pelvico.** Eventualmente a secondo della valutazione dell'ostetrica sulla mucosa vulvo-vaginale durante il programma riabilitativo, possono essere inseriti trattamenti integrativi quali la radiofrequenza e/o l'elettroporazione.

PROGRAMMA DOMICILIARE

Il processo terapeutico comprende la valutazione, il programma riabilitativo e la conclusione di tale programma svolto in ambito ambulatoriale, ma non dimentichiamo il programma domiciliare che verrà concordato con l'ostetrica rieducatrice in base agli obiettivi prefissati e i risultati ottenuti.

Il programma domiciliare potrà proseguire con raccomandazioni su:

- comportamenti corretti acquisiti,**
- consigli su prodotti da utilizzare per igiene intima,**
- esercizi di PFME eseguiti giornalmente da trascrivere su eventuali schede,**
- di grande efficacia sono anche tutti gli strumenti domiciliari consigliati e le strategie di utilizzo che verranno concordati con l'ostetrica al fine del mantenimento dei risultati ottenuti con un costante training domiciliare**

FOLLOW-UP

Il mantenimento e/o il miglioramento dei risultati ottenuti viene monitorato a seconda del tipo di paziente. Si consiglia comunque un controllo a un mese, tre e/o sei mesi, e poi un controllo annuale. In molti casi si consiglia qualche

seduta di riabilitazione annuale in ambulatorio proprio per rinforzare con apparecchiature professionali il pavimento pelvico e per supportare emotivamente e professionalmente la paziente con IU.

ESAME POSTURALE

Eseguire una visita posturale quale strumento preventivo e curativo è una scelta oculata e doverosa che ogni team addetto alla riabilitazione perineale deve conoscere per curare e prevenire molte problematiche perineali.

L'area perineale femminile è interessata in modo significativo da tutti i cambiamenti che avvengono durante il ciclo di vita del corpo della donna: pubertà, età fertile, gravidanza, parto, puerperio, allattamento, climaterio. Una normale statica pelvica e una regolare funzione vescico - sfinterica, retto - anale e sessuale sono determinate dall'armonia integrata di diverse strutture locali, distrettuali e d'interazione centrale. L'alterazione di questa attività integrata può determinare il verificarsi di problemi, quali per esempio il prollasso genitale e rettale, l'incontinenza urinaria e fecale o il dolore pelvico cronico, che necessitano di un approccio globale per essere prevenuti e curati.

Durante la gravidanza e il parto possono verificarsi alterazioni della statica pelvica con conseguenti turbe vescico - sfinteriche. Poiché le patologie uro-ginecologiche /proctologiche / sessuologiche / posturali e del pavimento pelvico rappresentano un problema sia in termini di sofferenza della paziente che di costi sociali ed economici, è sempre più necessario approfondire e diffondere le conoscenze relative alle alterazioni anatomo-funzionali dell'area perineale e le possibili strategie per prevenire e/o mitigare tali danni. In questo senso, il ruolo dell'ostetrica è fondamentale per la salvaguardia di quest'area che può essere attuata attraverso interventi di tipo preventivo, informativo-educativo e curativo da svilupparsi nell'arco delle fasi principali: durante la gravidanza (percorso nascita), il parto e il puerperio e la menopausa.

LA POSTURA

Si può definire la postura come una forma individualizzata di relazione tra distinte componenti del corpo, come il tronco, la testa e le estremità; questo tipo di posizione porta il nome di postura statica. Analizzando la posizione sotto l'azione della forza di gravità, il comportamento posturale si definisce come la ricerca di equilibrio tra gravità e risposta muscolare quale risultato della sua azione; è quella che si può definire postura dinamica (Barone et al., 1974; Gagey, 1993).

La postura è l'espressione funzionale del nostro corpo e cambia nel corso della vita principalmente a causa di due fattori: il primo è il normale processo di sviluppo del corpo durante le varie fasi della crescita, il secondo è dovuto ad adattamenti e compensazioni che si creano durante la vita.

La postura corretta consente economia energetica, assenza di dolore e garantisce rapporti scheletrici armoniosi con oscillazioni ridotte del baricentro rispetto alla base d'appoggio.

Esame posturale

Le valutazioni morfologiche, posturali/osteopatiche, comprese quelle craniali e viscerali, forniscono dati importanti al terapeuta per valutare visivamente l'assetto posturale del paziente, al fine di stabilire la sua posizione rispetto alla posizione ideale (fattore importante che deve essere assolutamente considerato, a maggior ragione in una donna in gravidanza), evidenziando situazioni che potrebbero compromettere il recupero funzionale del diaframma pelvico.

L'esame posturale implica un'osservazione delle eventuali restrizioni di mobilità che condizionano il corpo e che si riflettono sulla postura complessiva. L'esame obiettivo comprende l'analisi del passo, la valutazione della postura e i test funzionali.

La posizione ideale va verificata sui tre piani

- A) il piano sagittale (i segmenti del corpo saranno o flessi o estesi);
- B) il piano frontale (i segmenti del corpo saranno addotti, abdotti, inclinati in convessità • O in concavità, sollevati o abbassati);
- C) il piano orizzontale o trasversale (i segmenti del corpo ruotano. Bascule)

Si esamina il tono muscolare notando la posizione reciproca dei componenti scheletrici, apprezzando la resistenza che i muscoli oppongono al proprio stiramento e osservando le modificazioni.

Una prima valutazione clinica posturale completa permetterà di percepire la forma e la mobilità del bacino della paziente attraverso una serie di test:

Test biomeccanici posturali

Il Test di Funzionalità Eretta (TFE) e Test di Flessione Seduta (TES). I test funzionali posturali sono utilizzati in osteopatia per valutare la biomeccanica del bacino e stabilire se tra l'iliaca e il sacro esiste un movimento solidale indice di una restrizione di mobilità ileo-sacrale o sacro-iliaco.

Il TFE permette di stabilire se esiste movimento solidale tra iliaca e sacro. In caso di positività non è consentito all'iliaca il basculamento che le permetterebbe, potendosi "sganciare", di assumere posizioni differenti. Questo test fornisce indicazioni generiche circa l'aspetto disfunzionale meccanico: le informazioni sono rilevate dalla differenza

di risalita tra le spine ischiatiche postero-superiori (SIPS) dei due lati durante una flessione del busto in avanti: più il movimento di risalita della spina tarderà a verificarsi, maggiormente l'ASI sarà svincolata.

L'esame viene eseguito con la paziente in posizione eretta (senza calzature), con l'apertura dell'appoggio podalico a piombo sotto gli ischi, il peso equamente distribuito su entrambi gli arti inferiori ed i talloni appoggiati al suolo.



L'esaminatore palpa bilateralmente la porzione inferiore delle SIPS, appoggia i pollici sui punti di repere mantenendo il riferimento durante il movimento. La donna, con le braccia rilasciate lungo i fianchi e il mento sullo sterno, esegue un movimento di flessione in avanti mantenendo gli arti inferiori tesi, fino alla massima flessione possibile. L'operatore durante la flessione valuta la simmetria del movimento delle SIPS che dovrebbe essere omogeneo da entrambi i lati in direzione alto-avanti, in caso contrario si evidenzia da quale lato si verifica una differente risalita: un movimento di ascesa più rapido indica un'articolazione sacro-iliaca vincolata. L'asimmetria del movimento è presente in tutti i problemi di ipomobilità unilaterale dell'articolazione sacro-iliaca e dell'anca. Questo test consente di individuare da quale lato c'è una disfunzione meccanica di tipo ascendente.



Il TFS consente di escludere l'influenza del carico gravitazionale e di stabilire se la disfunzione deriva da un problema discendente (testa, rachide, sacro). L'esame prevede che la paziente venga fatta sedere su uno sgabello che consenta l'appoggio completo dei piedi a terra con flessione di anca e ginocchio ad angolo retto e talloni divaricati quanto basta per effettuare una flessione del busto in avanti tra le ginocchia. Si mantengono come punti di repere le SIPS; la paziente, con le mani incrociate dietro la nuca e mento sullo sterno, esegue una flessione avanti, mentre l'esaminatore osserva la dinamica a livello della SIPS. La valutazione della positività è fatta come il TFE. Nel caso in cui si trovino problemi ascendenti e discendenti, si valuta il test che ha dato una maggiore positività. Il Test di Flessione si effettua contemporaneamente al TFE e consente di valutare l'esistenza di una restrizione di movimento a livello sacro-iliaco. Si valuta il livello di discesa la difficoltà a toccare terra è sicuramente indicatore dell'esistenza di una limitazione articolare. In contemporanea questo test consente di valutare visivamente lo sviluppo armonioso della curva in tutti i suoi tratti, dorsale e lombare e la presenza di ipomobilità vertebrale.



Quando si individuano alterazioni posturali tali da rischiare di compromettere la statica pelvica (IUS o Descensus pelvico) l'ostetrica, che attua la valutazione posturale e che verifica la presenza di eventuali complicazioni, propone alla donna una visita specialistica (osteopata) al fine di attuare, nel breve periodo, il trattamento finalizzato ad un miglioramento dei sintomi e nel lungo periodo al benessere generale della persona:

TEST MOBILITÀ

TFE

Test di flessione in piedi (pollici montanti)

Positività indica una priorità ascendente

- 1) Iliaca in anteriorità SIAS più bassa SIAP più alta
- 2) Arto inferiore più lungo (sospetta rotazione interna dell'anca)
- 3) Bacino in anti-versione

TECNICA CORRETTIVA MIOTENSIVA



Tecnica che usa il grande Gluteo come retroversione del bacino

A ginocchio esteso si usano gli ischio-crurali

Obiettivo

Recuperare la retroversione del bacino, rinforzare i glutei e allungare gli ischio-crurali

AUTO POSTURE

Posture di allungamento dei gruppi muscolari:

adduttori ed estensori d'anca



ILIACA IN POSTERIORITA'

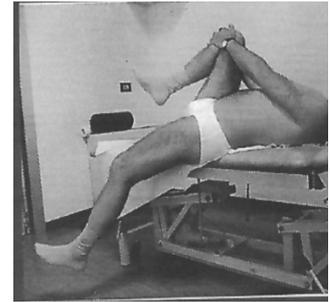
Dall'osservazione si avrà

- SIAS più alta
- SIPS più bassa
- Arto inferiore più corto in rotazione esterna e bacino in retroversione

TECNICA CORRETTIVA MIOTENSIVA



Viene utilizzato l'iliaco come antiversione del bacino
AUTO POSTURE



TFS

Priorità Discendente

1. Valutazione Diaframma
2. Diaframma inspirato /espirato

Disfunzione Inspiratoria

Centro frenico favorito in inspirazione (abbassamento), l'operatore " guadagna ad ogni atto espiratorio"

Disfunzione Espiratoria

Centro frenico sfavorito in espirazione , l'operatore dopo successivi "guadagni" in espirazione richiede apnea espiratoria e inspirazione di grande ampiezza



BIBLIOGRAFIA

- Caiazza P. "TOP, terapia osteopatico-posturale " Marrapese Editore Roma 2007
- Bousquet L. Le catene muscolari Vol IV Ed. Marrapese: Roma; 1996
- "Manipolazioni urogenitali" Castello editore Barral 1999
- Kapandji I.A. "Fisiologia articolare. Vol. 2 Tronco Arto inferiore" Maloine
- Bricot B. "La riprogrammazione posturale globale" Ed. Statipro 1998
- Lee D. Terapia fisica del cingolo pelvico. Ed Utet: Torino; 2000
- Palastanga N, Field D, Soames R. Anatomia e movimento. Ed CEA: 2004
- Kendall F. "I muscoli funzioni e test" 2005
- Pilat A. "Terapie miofasciali: induzione miofasciale "Marrapese Editore Roma 2006
- Bordoni B, Zanier E Skin, fascias, and scars: symptoms and treatment options. Dtsch Arztebl Int. 2010;107(44):769 775.
- Alexander S. Nicholas, Evan Nicholas " Atlante di tecniche osteopatiche" Ed. Piccin ,2011
- Jon Parson Marcer " Osteopatia modelli di tecniche osteopatiche " Ed. Piccin,2012
- Netter. Atlante di anatomia umana Frank H. Netter Editore: Edra Anno edizione: 2014
- Antony G. Chila " fondamenti di medicina osteopatica" seconda edizione 2015
- Tozzi P, Lunghi C. Fusco.GI 5 modelli osteopatici Ed " Masson Edra " 2015
- Psiconeuroendocrinoimmunologia e scienza della cura integrata - Il Manuale di Bottaccioli - Bottaccioli • 2017
- "La PNEI e il sistema miofasciale la struttura che connette " EDRA S.p.A Milano 201

INCONTINENZA URINARIA IN GRAVIDANZA, PARTO E POST-PARTUM

DURANTE LA GRAVIDANZA

Indipendentemente dallo stato di continenza attuale o precedente tutte le donne in gravidanza dovrebbero ricevere istruzioni sugli esercizi del pavimento pelvico

Ricevere raccomandazioni generali e sullo stile di vita

Valutazione anamnestico-funzionale del pavimento pelvico nel II trimestre di gravidanza

Iniziare percorso riabilitativo del pavimento pelvico domiciliare e di gruppo con supervisione per 12 settimane a partire dalla 16^a-24^a settimana

- Smettere di fumare prima e durante la gravidanza
- Mantenere il peso ideale prima della gravidanza
- Mirare a raggiungere il peso ideale dopo la gravidanza
- Sostenere l'allenamento fisico a bassa intensità durante la gravidanza
- Evitare la stitichezza durante la gravidanza e nel **postpartum**
- Eseguire esercizi del pavimento pelvico (PFM) durante la gravidanza e dopo il parto
- Uso di impacchi caldi sul perineo durante il parto
- Il taglio cesareo elettivo non è raccomandato

DURANTE IL PARTO

Sostenere il mantenimento della mobilità e della posizione eretta durante il travaglio e consigliare la scelta libera della posizione del parto

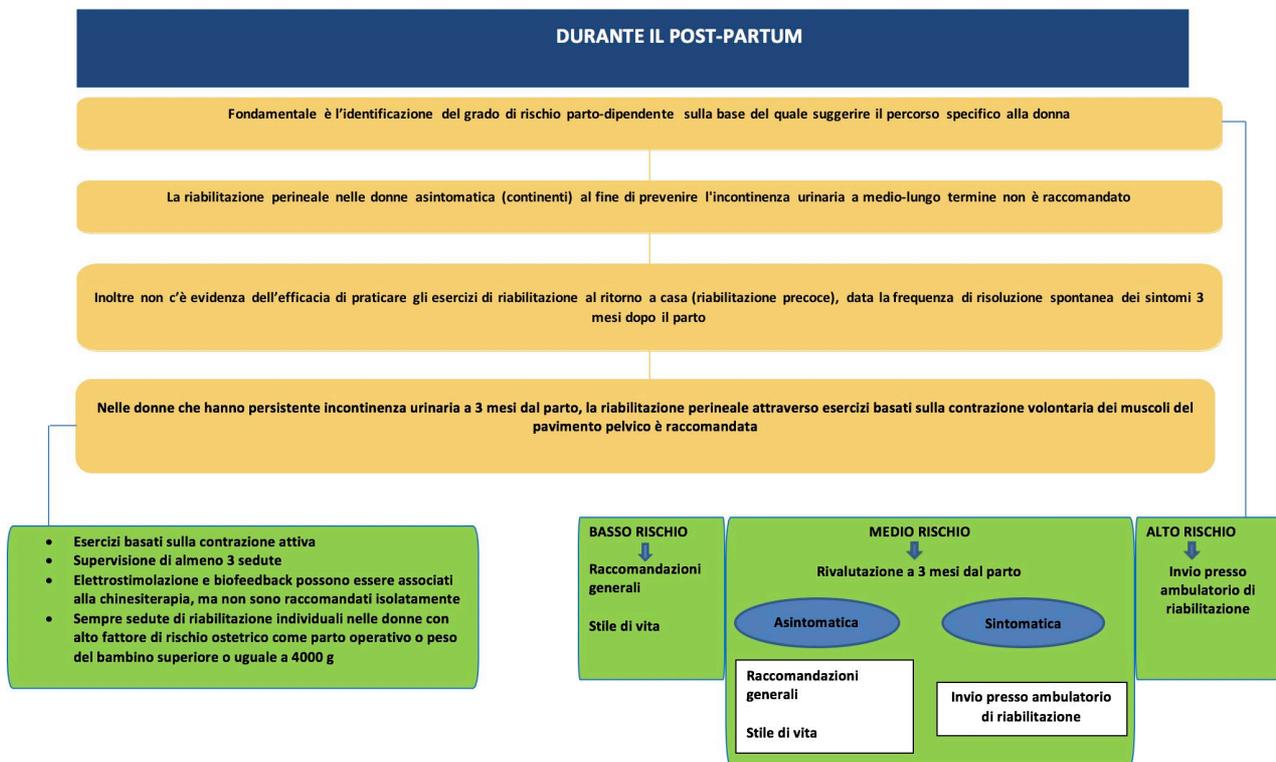
Tecniche manuali, come il massaggio o l'applicazione di impacchi caldi, sono raccomandate per tutte le donne in travaglio che richiedono sollievo dal dolore, a seconda delle loro preferenze

Durante la fase espulsiva del parto le donne dovrebbero essere incoraggiate a seguire la propria voglia di spingere

L'uso di routine o libero dell'episiotomia non è raccomandato

L'applicazione della pressione manuale del fondo uterino (Manovra di **Kristeller**) per facilitare il parto durante la fase espulsiva non è consigliata

Il massaggio perineale può aumentare la possibilità di mantenere intatto il perineo e riduce il rischio di gravi lacerazioni perineali, inoltre gli impacchi perineali caldi riducono le lacerazioni di III e IV grado



BIBLIOGRAFIA

1. Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum: recommandations Postpartum pelvic floor muscle training and abdominal rehabilitation. Guidelines X. Deffieux, S. Vieillefosse, S. Billecocq, A. Battut, J. Nizard, B. Coulm, T. Thubert Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Volume 44, n° 10 (décembre 2015). Doi: 10.1016/j.jgyn.2015.09.023
2. INCONTINENCE 6th Edition 2017 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016 ICUD EDITORS PAUL ABRAMS - LINDA CARDOZO ADRIAN WAGG - ALAN WEIN
3. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience ISBN 978-92-4-155021-5
4. Hensrud DD. Clinical preventive medicine in primary care: background and practice: 1. Rationale and current preventive practices. Mayo Clinic Proceedings 2000;75:165-72
5. Midwifery care in labour guidance for all women in all settings. RCM Midwifery Blue Top Guidance No.1 Nov 2018