

## PAVIMENTO PELVICO E DOLORE, necessaria la visione panoramica.

L. Brusciano, I. Forza, S. Sansone, F. Altamura, L. Docimo

XI Divisione di Chirurgia Generale e dell'Obesità. Ambulatorio per lo studio, la prevenzione e la terapia del Pavimento pelvico. Riabilitazione pelvi-perineale: stipsi cronica, incontinenza fecale, dolore perineale. Master di II livello in Colonproctologia, Master di I livello in Diagnostica Strumentale e Riabilitazione del Pavimento Pelvico Direttore Prof Ludovico Docimo Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli.

Milioni di uomini e di donne soffrono di un dolore a livello del bacino. Tali disordini comprendono sintomi quali dolore rettale, genitale, del basso addome, dolore durante o dopo l'attività sessuale, cistiti, esitazioni urinarie. Si può ben intuire che malesseri di questo genere impattano considerevolmente sulla vita quotidiana.

Il dolore pelvico va a colpire settori delicati come la sessualità e di conseguenza la relazione di coppia; si associa a problemi invalidanti come l'incontinenza che vengono considerati per lo più imbarazzanti perché riguardano argomenti come la defecazione o la minzione di cui è ancora difficile parlare.

Il dolore pelvico colpisce maggiormente le donne ma è molto frequente anche negli uomini. La prevalenza è sottostimata perché l'ampia gamma di sintomi, la loro variabilità e l'assenza spesso di una causa organica disorienta gli specialisti che fino a poco tempo fa non consideravano una diagnosi il "dolore pelvico" in quanto tale.

Ogni specialista, come è normale che sia, cerca la causa nel proprio ambito così come il paziente si orienta verso una specialità piuttosto che un'altra a seconda che il sintomo sia proiettato più anteriormente o più posteriormente: per cui se la paziente avverte il dolore davanti è proiettata a rivolgersi all'urologo o al ginecologo e questi andranno a cercare l'origine in una cistite piuttosto che in un'infezione vaginale, o se il dolore è più posteriore la persona che ne soffre si rivolge ad un proctologo che andrà a cercare una ragade e via così. A questo proposito citiamo il dr D. Wise e il dr R. Anderson che nel loro libro "Un mal di testa nel bacino" paragonano l'approccio al dolore pelvico così come l'abbiamo ora descritto come ad un certo numero di persone che bendati vanno a toccare un elefante: chi tocca la zanna può pensare di star toccando un rinoceronte, chi tocca una zampa di star toccando un albero, chi tocca la coda può pensare di star toccando una pecora; togliendo la benda tutti si accorgono che la loro esperienza gli ha permesso la percezione parziale di una realtà più complessa, non sufficiente a riconoscere l'elefante.

Ecco che dolore pelvico è una realtà articolata che necessita di un approccio multidisciplinare e di una visione panoramica dal momento che ben tre sistemi

terminano nel pavimento pelvico che ne costituisce il denominatore comune: sistema urinario, sistema gastroenterico e sistema riproduttivo-sessuale.

Sotto il profilo clinico come si manifesta il dolore pelvico? Può essere percepito come urente, trafittivo, pulsante o continuo, come una sensazione di scossa elettrica, di formicolio e altro ancora. Una visione a 360° può aiutare il paziente verso percorsi diagnostici e terapeutici finalizzati alla risoluzione del problema. In merito alla diagnosi il primo passo è capire se il dolore è organico o funzionale: se una mano ci fa male dobbiamo capire se sulla mano c'è una ferita che causa il dolore o se questa mano non ha ferite ma il dolore è presente ugualmente. Il dolore pelvico nella maggior parte dei casi è funzionale non presentando lesioni.

Le cause vanno ricercate considerando ovviamente l'anatomia e la funzione del pavimento pelvico. Una struttura che va dal pube al coccige deputata alla contrazione e al rilasciamento: attraverso la contrazione delle sue strutture muscolari impedisce alle urine o alle feci di essere emesse, attraverso il rilasciamento delle stesse strutture urine e feci possono essere eliminate. Quando questo sistema muscolare non è nella condizione di eutonicità, ma si trova in una condizione che si presenta come iper o ipo rispetto alla condizione normale ne può derivare una disarmonia che può generare il dolore. L'eutonicità, la validità del pavimento pelvico, è legata alla sua struttura anatomica, ma anche alle influenze che altri distretti corporei hanno su di essa: un problema ad un ginocchio con grande probabilità farà ruotare il bacino da un lato determinando delle forze di trazione oppure, se consideriamo la cavità addomino-pelvica come un parallelepipedo rettangolo, il cui piano inferiore è il pavimento pelvico, il cui tetto è costituito dal diaframma toracico e le cui pareti sono costituite dai muscoli addominali nel loro insieme nella parte anteriore e i muscoli paravertebrali nella parete posteriore, possiamo ben capire come un'alterazione dell'elasticità di una di queste pareti genera una disarmonia che si manifesta in alterazioni nella distribuzione delle forze di pressione all'interno del suo volume. Una prova dell'interdipendenza tra i diversi distretti di cui stiamo parlando scaturisce dal fatto che un paziente che presenta un'iperlordosi lombare avrà un'orizzontalizzazione dell'osso sacro che determina un aumento della distanza tra il pube e il coccige e quindi uno stiramento della parte muscolo-tendinea, da ciò può derivare un'ipo o ipertonìa responsabile della sindrome dolorosa.

Il trattamento del dolore pelvico come si deve articolare? Un ruolo centrale ce l'ha il colonproctologo che deve far in modo di evitare tutti i fattori irritativi che gli competono in modo che questa struttura non subisca sollecitazioni esagerate ad esempio evitando straining eccessivi che stirano il nervo pudendo. Il primo obiettivo è quindi ripristinare la fisiologia defecatoria ed urinaria per non sollecitare la pelvi. Il secondo punto terapeutico ha come finalità riequilibrare le strutture del pavimento pelvico in sé e nella relazione con gli altri distretti: l'intervento è riabilitativo multimodale, fisioterapico, osteopatico, ci si potrà avvalere dell'elettrostimolazione e del biofeedback. Il terzo punto potrebbe essere una terapia medica per "spegnere" il dolore: quando questo supera la soglia della tollerabilità pur non rimuovendone la causa va "spento"; ugualmente alla terapia medica si può effettuare un'infiltrazione di anestetico o ricorrere alla neuromodulazione sacrale; la neurolisi di nervi imbrigliati, tipico di chi fa sport estremi in termini di agonismo come il ciclismo, è un'altra risorsa terapeutica ed infine tra le ultime tecniche un po' ancora avveniristiche l'utilizzo delle cellule staminali.

Concludendo, non c'è ad oggi una figura sanitaria che possa trattare il dolore pelvico da solo perché è normale che se una persona sente il fastidio maggiormente nella parte anteriore si rivolga al urologo così come se invece la sensazione sarà più simile ad un peso nel retto si rivolga al proctologo, ma è importante per tutti gli specialisti che si occupano di disordini che riguardano il pavimento pelvico capire che tutte le situazioni che si troveranno davanti hanno una matrice in comune il cui punto di partenza per la risoluzione è quello riabilitativo finalizzato ad armonizzare il pavimento pelvico, ad essere sicuri che il parallelepipedo addomino-pelvico funzioni perfettamente e sia in sintonia con i distretti articolari periferici su cui poggia il bacino. È necessario ampliare la visione specialistica dopo aver escluso o trattato la causa organica considerando il pavimento pelvico come una struttura inserita in un contesto funzionale ben più ampio e articolato.