



LA CONCHIGLIA ONLUS – Amici della Chirurgia Pediatrica

Policlinico "Le Scotte"
Sezione di Clinica Chirurgica Pediatrica
Presidente: Prof. Mario Messina

Presidente

Mario Messina

Vice-Presidente

Antonio Scuderi

Segretario

Francesco Molinaro

Tesoriere

Rossella Angotti

Consiglieri

Giovanni Di Maggio

Daniela Meucci

AMBULATORIO DI FISIOPATOLOGIA DEL PAVIMENTO PELVICO NEL DAI MATERNO INFANTILE

PREMESSA

I disturbi del pavimento pelvico in età pediatrica sono ad oggi una realtà ben nota vissute dalle famiglie e dai piccoli pazienti come problemi di natura delicata ma con importanti risvolti sulla crescita personale del bambino e sullo sviluppo delle sue relazioni interpersonali.

Lo spettro di disturbi compresi nella definizione di "disfunzioni del pavimento pelvico" è ampio e include chiaramente condizioni più o meno gravi associati o no a patologie di base.

Le famiglie che si trovano ad affrontare questi problemi, spesso invalidanti per la quotidianità, hanno bisogno di ricevere chiare informazioni medico/scientifiche, di avere un sostegno umano ed emotivo, e soprattutto di trovare un team multispecialistico che prenda in carico il paziente a 360° per far vivere a questi bambini il problema nel miglior modo possibile;

L'obiettivo di questo progetto, quindi, è di istituire un ambulatorio di fisiopatologia del pavimento pelvico nel paziente pediatrico, convogliando in esso figure professionali già esistenti in struttura ma che al momento lavorano in modo a se stante. Questo sarebbe di aiuto sia al personale medico/infermieristico che gestirebbe il piccolo paziente in sintonia, sia alle famiglie che si sentirebbero affiancate da un team multidisciplinare di competenza.

CONCETTI GENERALI

Il pavimento pelvico, di cui la parte più superficiale è l'area situata tra il pube e il coccige, è una struttura composta da tessuto connettivale e tessuto muscolare che ha la funzione di sostenere vescica, retto e utero e di controllare attivamente la tenuta di urina e feci. Le disfunzioni del pavimento pelvico nel paziente pediatrico possono quindi interessare tutti questi organi. La perdita di urina e feci è certamente la condizione principale che può associarsi o no ad una condizione organica che può esitare in una correzione chirurgica. Nel caso della adolescente di sesso femminile, inoltre, possono essere interessati anche gli organi genitali in termini di dolore pelvico, dolore durante i rapporti sessuali, difficoltà orgasmiche.

Quali sono quindi le disfunzioni pelviche di interesse pediatrico:

1. L'incontinenza urinaria

Definizione: perdita non controllabile di urina continua o intermittente

L'incontinenza "continua" o *definita anche organica*, cioè la costante perdita di urine, è quasi esclusivamente un epifenomeno di malformazioni congenite (Valvole uretra posteriore, estrofia vescicale, epispadia, spina bifida, etc).

L'incontinenza intermittente, o funzionale, invece consiste in una perdita di urina non continua, con intervalli asciutti; è generalmente l'espressione di disfunzioni non neurologiche della vescica. Comprende i seguenti quadri principali:

ONLUS LA CONCHIGLIA: AMICI DELLA CHIRURGIA PEDIATRICA

BANCA CRAS Credito Cooperativo Chianciano terme- Sovicille Filiale 3 IBAN: IT56J088851420000000027100

MPS SPA: IBAN IT74K0103014299000000800053

5 PER 1000: CF 92056410522

- a) VESCICA IPERATTIVA (overactive bladder): la vescica iperattiva determina un aumento del numero delle minzioni al giorno 8 volte o più, in casi estremi anche 15-20 volte; fa “correre in bagno” anche se la vescica non è piena con o senza perdita di urina nelle mutandine.
- b) MINZIONE DISFUNZIONALE: si chiama così uno svuotamento vescicale incompleto con il bambino che va in bagno molto raramente perché rimanda quando compare lo stimolo. È più frequente nelle femmine perché tale capacità è dovuta ad una contrazione dei muscoli del perineo che, inizialmente, aiuta a rimandare il momento di urinare; i muscoli perineali abituati a essere contratti spesso e fuori luogo diventano incapaci di rilassarsi completamente quando deve fuoriuscire la pipì. Così questi muscoli funzionano come un “tappo” che non si riesce più ad aprire bene quando la vescica si contrae (incoordinazione detruso-sfinteriale).
- c) VESCICA IPOATTIVA (PIGRA): il serbatoio vescicale a furia di contrarsi per vincere le resistenze dei muscoli perineali si sfianca e perde l’elasticità e la forza contrattile per cui la pipì viene fatta raramente e con difficoltà.
- d) Enuresi notturna: È una forma di incontinenza funzionale/intermittente che consiste nella perdita involontaria di urina durante la notte. L’enuresi può essere monosintomatica se bagnare il letto non si associa ad altri sintomi durante il giorno e non monosintomatica se oltre al bagnare il letto di notte sono presenti altri sintomi durante il giorno quali minzioni troppo frequenti, urgenza, mutandine bagnate, ecc... Si definisce primaria se non è mai stato acquisito il controllo notturno dalla nascita, secondaria se precedentemente non ha bagnato il letto per almeno 6 mesi consecutivi.

L’enuresi notturna deve essere considerata un disturbo a partire dal 5-6 anno di età.

Il trattamento dell’enuresi è complicato e ricco di insuccessi. Per auspicare ad un buon successo, è assolutamente necessario rendere maggiormente consapevole il bambino di cosa gli succede, fargli desiderare di risolvere il problema e di conseguenza di ottenere la sua collaborazione motivata. Iniziare un trattamento con un bambino o una famiglia non consapevole è assolutamente inutile.

2. Incontinenza fecale

Definizione: perdita involontaria di feci.

Distinguiamo due tipi principali di incontinenza: (a) incontinenza fecale vera e (b) pseudoincontinenza. La distinzione delle due forme è estremamente importante, al fine di identificare l’origine del problema e, di conseguenza, pianificare il trattamento più idoneo.

- a) Incontinenza fecale vera: è un epifenomeno di patologie organiche di base (malformazioni anorettali, morbo di Hirshprung, stenosi anali, spina bifida, neuropatie, etc). In queste condizioni vi è un danneggiamento dei normali meccanismi di controllo delle feci, dovuto a un deficit dell’inervazione motoria e/o sensitiva di questi muscoli.
- b) Pseudoincontinenza: si intende con questi termini una perdita involontaria di feci conseguente ad una grave forma di stipsi. In pratica, l’accumulo di una grossa quantità di feci nel retto che gradualmente si disidrata, forma una massa dura e voluminosa (il fecaloma). Le feci “fresche” che arrivano nel retto, scivolando intorno al fecaloma, vengono in parte inglobate (rendendo sempre più voluminoso il fecaloma stesso) ed in parte, non essendo più trattenibili, scivolano all’esterno dando luogo, appunto, a fenomeni di incontinenza. Il termine “soiling” è usato per indicare lo sporcare le mutandine a seguito del fenomeno di pseudoincontinenza.

3. Stipsi funzionale

La stipsi è definita come definita come un’alterazione dell’alvo, caratterizzata da diversi aspetti che spesso coesistono: ridotta frequenza settimanale delle evacuazioni, episodi di incontinenza fecale in bambini che hanno già acquisito il controllo degli sfinteri, atteggiamenti ritentivi, emissione dolorosa di feci dure, presenza di feci voluminose o a pallini, ingombro fecale rettale. La definizione di stipsi può essere quindi intesa sia in termini quantitativi (intervallo tra le evacuazioni) che qualitativi (evacuazione difficile e/o incompleta). La stipsi in età pediatrica non associata a patologie organiche rientra quindi nel gruppo dei disturbi funzionali gastrointestinali definiti appunto come una variabile combinazione di sintomi gastrointestinali cronici o ricorrenti non spiegati da anomalie strutturali o biochimiche, alcuni dei quali dipendenti dall’età. I sintomi funzionali originano da tessuti con normale anatomia e fisiologia, senza evidenza di alcuna patologia organica.

4. Disfunzioni Sessuali Femminili

Il pavimento pelvico ha un ruolo fondamentale nella sessualità della donna e quindi dell’adolescente.

Vaginismo, vulvodinia, riduzione della sensibilità e del piacere sono condizioni frequenti nell’adolescente sessualmente attiva

Il trattamento delle disfunzioni pelviche pediatriche, comprende quindi una terapia conservativa, una terapia farmacologica ed infine la terapia chirurgica, utile solo in rari casi e come ultima scelta. Nell'ambito della terapia conservativa la riabilitazione gioca ormai un ruolo essenziale.

TERAPIA CONSERVATIVA

Si tratta di un insieme di regole comportamentali che vengono insegnate al bambino e alla famiglia. Sono ovviamente differenti in base al disturbo e devono essere personalizzate sulla base dell'età, della compliance, dello stile di vita. Rientrano in questo gruppo il bladder management programme e il bowel management programme .

La riabilitazione: viene svolta in ambulatorio in più sedute. Ha lo scopo di rendere consapevole il bambino del riempimento e svuotamento vescicale e rettale, stimolando la sua capacità ad acquisire il controllo dei propri sfinteri e muscoli del perineo attraverso l'esecuzione di alcuni esercizi. L'obiettivo finale è che il bambino esegua un corretto svuotamento retto/vescicale.

Quali sono le figure che partecipano al trattamento delle disfunzioni pelviche nel bambino

- a) Chirurgo pediatra: identifica il problema, esegue gli esami diagnostici necessari.
- b) Fisioterapista: esegue una valutazione specifica della condizione dello sfintere ed imposta il trattamento ad personam. Biofeedback, respirazione diaframmatica, rieducazione comportamentale sono i principali strumenti eseguiti
- c) Ginecologa/urodinamista: esegue le urodinamiche e le cistomanometrie. Gestisce i disturbi sessuali delle adolescenti
- d) Psicologa: supporta le famiglie in caso di necessità, soprattutto nei quadri più complessi
- e) Stomiste: supportano il chirurgo nell'utilizzo del peristeen.
- f) Infermiere pediatrico

Cosa viene fatto in ambulatorio di **FISIOPATOLOGIA DEL PAVIMENTO PELVICO?**

- a) Colloquio con paziente e famiglia
- b) Esami strumentali per inquadramento del paziente che possono essere eseguiti in ambulatorio direttamente:
 - a. Prelievo ematico
 - b. Urodinamica/cistomanometria/uoflussimetria
 - c. Rettomanometria
 - d. Valutazione del residuo postmizionale
- c) Esercizi di riabilitazione
- d) Addestramento all'utilizzo di peristeen e cateterismo vescicale intermittente
- e) Consegna brochure e strumenti educazionali patologia/specifici

Come si accede all'ambulatorio?

- Agenda interna CUP

Il paziente o il collega contatta una delle figure interessate che inseriscono direttamente il bambino all'interno dell'agenda.

Come si svolge l'ambulatorio?

1 volta ogni 2 settimane- multidisciplinare

Durata 2 ore (14-16) – 1 e 3 Lunedì del mese

Prime visite.

Colloquio ed inquadramento. Presa in carico se non risponde ai criteri di patologia.

Esecuzione di esami diagnostici se necessario o programmazione di esami da eseguire in altra sede.

Stipula piano di cura

Rilascio esenzione se possibile

1 volta ogni 2 settimane - bladder disfunction

Durata 2 ore (12-14), 2 e 4 mercoledì del mese

Esecuzione di esami strumentali: uoflussimetria/urodinamica

Gestione piano di cura

1 volta a settimana- bowel disfunction

Durata 2 ore (12-14), venerdì

Esecuzione di esami diagnostici se necessario rettomanometria

Addestramento peristeen

Riabilitazione: Biofeedback, respirazione diaframmatica, rieducazione comportamentale

Presidi necessari:

- Lettino
- Rettomanometro/Cistomanometro/uroflussimetro (AL MOMENTO IN POSSESSO ED IN CONDIVISIONE CON LA DRSSA BERNABEI, AFFERENTE ALLA UOC DI GINECOLOGIA ED OSTETRICIA)
- Biofeedback pressorio
- Bladder scanner
- Carrello dell'emergenza
- Carrello base per l'esecuzione dei prelievi

Materiale di consumo

- Cateteri vescicali
- linee
- Sonde rettali
- lubrificante
- Clisteri
- Peristeen
- Gel
- Agocannula
- Provette
- Lacci emostatici
- Medicazioni a piatto

Stanza adibita all'utilizzo:

- Da individuare.

Conclusione

La creazione di un ambulatorio specialistico multidisciplinare, che ricanalizza figure professionali che già operano separatamente all'interno dell'azienda, si tradurrebbe in un'offerta diagnostica/terapeutica sicuramente migliore e più completa da parte del personale del DAI materno infantile. Inoltre permetterebbe di codificare come prestazioni ambulatoriali esami diagnostici eseguiti spesso in regime di DH impropri.