



Il vocabolario dell'incontinenza

Note di terminologia medica
a cura di Giuseppe Dodi

PREMESSA

Il paziente con problemi del pavimento pelvico si trova spesso imbarazzato di fronte a nomi strani, magari basati su luoghi comuni erronei e non sempre il medico specialista ha la pazienza di spiegargli i dettagli di ciò che intende comunicargli o prescrivergli, nè il paziente, pieno di imbarazzo e ancor oggi vittima di tabù in questo campo, ha l'ardire di chiedere.

La pelvi è un contenitore di molti organi con funzioni estremamente complesse ed è sostenuta dal pavimento pelvico. Deve essere immaginata come una struttura divisa nella donna in tre compartimenti, due nell'uomo, nei quali vige il perenne principio dell'entrata e dell'uscita. Entrambe queste funzioni di base possono avere problemi di eccessiva o insufficiente capacità di trattenere: ne derivano i problemi di ritenzione o di incontinenza a cui si aggiunge il tema spesso drammatico del dolore e su cui dominano incontrastati, al di là delle malattie più o meno comprese dalla scienza medica, i "sentimenti" e la psiche.

Il "cuore" è una parte integrante del nostro pavimento pelvico. Può sembrare questa una visione troppo semplificata, ma è efficace per capire perchè il pavimento pelvico sia così importante e se ne parli sempre più frequentemente: la pelvi contiene tutte le strutture che assicurano quasi il 90% delle azioni che svolgiamo nel corso delle nostre giornate e che ci assicurano non solo la sopravvivenza, bensì anche la buona qualità della vita: minzione, evacuazione, riproduzione, performance sessuale, deambulazione, postura, attività lavorativa, ricreativa, ecc. Se togliamo tutto questo, rimane "solo" la distribuzione del sangue ossigenato (cuore e polmoni) e l'ideazione, ma non tutti ne sono dotati.... Non solo la popolazione medica, ma anche quella ordinaria sembrano oggi essersene resi conto!

L'Associazione pazienti FINCOPP, che da oltre due decenni si prende cura dei pazienti con problemi del pavimento pelvico, a partire dal problema più "infernale", quello delle incontinenze, propone questa pubblicazione in forma di vocabolario, confidando che, per i non addetti ai lavori, sia un piccolo manuale d'aiuto alla comprensione di ciò che viene detto e scritto sulle funzioni e disfunzioni degli organi pelvici.

A

Accovacciamento: posizione "seduta" con massima flessione della coscia sulla gamba e del tronco sulla coscia: consente la riduzione dell'angolo ano rettale (facilita la defecazione) e stimola la muscolatura pelvica per il rafforzamento di vari legamenti, per esempio i pubouretrali e gli uterosacrali.

Anoderma: il rivestimento cutaneo del canale anale distale (esterno) caratterizzato da una grande sensibilità dolorifica e, in continuità con la parte più interna, dalla capacità di distinguere il contenuto intestinale nel retto (gas, feci liquide e solide). Il danno all'anoderma e alla linea di passaggio tra cute e mucosa del canale anale provoca incontinenza come non di rado accade negli interventi per emorroidi con le suturatrici meccaniche poste troppo in basso.

Ascesso anale e perianale: raccolta purulenta dovuto ad una infezione che origina nel canale anale oppure nei tessuti circostanti.

Assistenza diretta: è una modalità di fornitura dei cosiddetti *dispositivi medici monouso*. Si distingue dall'assistenza indiretta nella quale prima si paga e poi si presenta l'istanza per ottenere il rimborso dell'ASL e/o regione.

Ausili per l'incontinenza: sacche, placche, sonde, cateteri, pannoloni, condom e quant'altro serve alle persone incontinenti e stomizzate. Sono definiti "dispositivi medici monouso" e sono di competenza delle Regioni, Centri Acquisto ed ASL (Aziende Sanitarie Locali).

B

Basse vie urinarie: il serbatoio vescicale e il condotto uretrale verso la vulva e nel pene.

C

Canale anale: ultimo tratto del tubo digerente, lungo in media di 4 cm. E' diviso in due parti dalla linea pettinea o dentata: canale anale distale (anoderma) e canale prossimale, a rivestimento mucoso, contenente le emorroidi. Lungo la linea pettinea e nella mucosa soprastante si trovano le terminazioni nervose che consentono la percezione soggettiva del contenuto rettale (gas, feci liquide, feci solide) e nonché i terminali nervosi vegetativi (involontari) che consentono il rilassamento dello sfintere interno (involontario) e l'*assaggio* (sampling) da parte dei terminali nervosi del contenuto rettale e quindi la sua espulsione rilassando (volontariamente) lo sfintere esterno, se il soggetto ritiene che sia il momento opportuno.

Catetere: cannula al silicone o altro materiale idoneo, che si introduce in una cavità del corpo per favorire la fuoriuscita del contenuto, per introdurre medicinali o a scopo diagnostico. Per la vescica si distingue il catetere *a permanenza*, che una volta applicato non viene rimosso se non alla fine del percorso terapeutico, da quello *a intermittenza*, che viene introdotto nella vescica per consentire lo svuotamento della stessa, subito dopo viene tolto.

Centri Riabilitativi: al loro interno si attuano i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), ossia la presa in carico del paziente. Ai Centri Istituzionalizzati dalle regioni, affiliati FINCOPP e/o SIUD, afferiscono specialisti con competenze varie (chirurgo, urologo, psicologo, infermiere, ostetrica, fisioterapista, geriatra, etc.).

Chemioterapia: trattamento dei tumori mediante sostanze farmacologiche.

Chinesiterapia: un sistema di particolari movimenti e mobilizzazioni attive e passive, che servono al mantenimento o al recupero della normale funzione muscolare.

Centro pontino encefalico della minzione: nel cervello è quella parte del ponte ritenuta il centro organizzativo primario per il riflesso minzionale.

Cistometria: tecnica usata nel processo di valutazione urodinamica che misura il rapporto tra pressione, volume e flusso all'interno delle vie urinarie. Mediante la cistometria si classificano i pazienti portatori di *vescica iperattiva* come affetti da urgenza motoria o sensoriale.

Cistoplastica additiva: attualmente la tecnica chirurgica di riferimento per la vescica iperattiva. Prevede l'inserimento di un piccolo segmento di intestino tenue nella vescica, ottenendo così un aumento della sua capacità.

Cistoscopio: strumento ottico che, inserito nell'uretra, permette di esplorare l'interno della vescica.

Cisto-uretroscopia: tecnica diagnostica che permette di ispezionare la vescica e l'uretra attraverso l'inserimento di un cistoscopio in anestesia locale, mentre la vescica viene riempita con soluzione fisiologica.

Clisma opaco: esame radiologico del grosso intestino eseguito con l'introduzione per via anale di mezzo di contrasto radiopaco (bario) per evidenziare delle masse interne (tumoriali), dei restringimenti (stenosi), fistole, ecc.

Clistere: procedura in uso fin dall'antichità consistente nell'introduzione attraverso l'ano nel retto e colon distale (sinistro, fino al trasverso), di liquidi, generalmente acqua, eventuali sostanze medicamentose o stimolanti lo svuotamento del grosso intestino. La finalità del clistere o clisma è quello di provocare defecazione in caso di stipsi o di lavare l'intestino (anche con l'aiuto di lassativi per bocca) per prepararlo ad esami endoscopici a scopo diagnostico o operativo

Colposospensione secondo la tecnica di Burch: tecnica chirurgica utilizzata per l'incontinenza urinaria femminile da sforzo.

Colonscopia: esame endoscopico eseguito con sonda flessibile contenente fibre ottiche e un canale per effettuare dei prelievi biotici.

Condom: forma di preservativo definito “catetere esterno” utilizzato dagli uomini operati alla prostata in alternativa al catetere vescicale: serve a controllare l'incontinenza o per la raccolta delle urine.

Continenza anale: capacità di controllare la defecazione e di eliminare attraverso l'ano i gas intestinali e le feci in tempi e luoghi appropriati. In genere si raggiunge la continenza tra i tre e i cinque anni di età, quando si sviluppa il controllo volontario della funzione anale.

Continenza urinaria: capacità di controllare la vescica e urinare in tempi e luoghi appropriati. In genere si raggiunge la continenza tra i tre e i cinque anni di età, quando si sviluppa il controllo volontario del riflesso minzionale.

Corteccia cerebrale: strato superficiale dei due emisferi cerebrali in cui sono contenuti i corpi cellulari dei neuroni e le fibre.

D

Defecazione: fuoriuscita delle feci dall'ano. Avviene in media da una volta ogni due giorni a due volte al giorno. La bassa frequenza delle defecazioni o la durezza delle feci non sono di per sè espressione di stitichezza (vedi la voce “stipsi”)

Defecografia: simulazione della defecazione mediante introduzione di bario nel retto e ripresa della stessa con radiografie.

Detersione: è l'azione di pulizia della cute o delle mucose al fine di ridurre la carica batterica.

Diagramma frequenza/volume: diario giornaliero delle abitudini minzionali di una persona. E' chiamato anche diario minzionale o diario minzione/vescica.

Diarrea: disturbo della defecazione con aumento dell'emissione di feci maggiore di 200 gr al giorno, diminuzione della loro consistenza e aumento del numero di defecazioni. E' definita acuta se dura meno di due settimane, persistente da due a quattro settimane e cronica se ha durata superiore.

Diario minzionale: foglio giornaliero in cui si segnano per un periodo di 3-7 giorni il numero delle minzioni nelle 24 ore, l'orario e la quantità di urina di ogni minzione, e la quantità di liquidi introdotti.

Diario defecatorio: foglio giornaliero in cui si segnano per un periodo di un mese il numero di defecazioni e le caratteristiche delle stesse. Ha lo scopo di quantificare la gravità della stitichezza e dei sintomi che possono essere associati. Vanno indicati i seguenti parametri (a cui possono poi essere assegnati dei punteggi per calcolare la gravità della stipsi e confrontarne l'evoluzione dopo determinate terapie): ore delle eventuali defecazioni; consistenza feci: dure, caprine, molli, liquide; difficoltà / forti

spinte per defecare; senso di incompleta defecazione; distensione addominale gonfiore, dolore; durata degli sforzi per defecare (in minuti); aiuto per defecare: lassativi, supposte, perette, digitazioni, clisteri di almeno ½ litro; falso stimolo (quante volte in WC senza defecare); attività quotidiane limitate dai suddetti sintomi (mai, poco, molto, moltissimo); concomitanti perdite involontarie di urina; concomitanti perdite involontarie anali di gas o feci; dieta ricca di frutta e verdura (si/no); bevande (in litri); numero di anni dall'inizio della stitichezza, anche lieve; numero di medici consultati per il problema della stitichezza; compromissione in senso generale della qualità della vita a causa della stitichezza (nullo, lieve, moderato grave).

Dilatatori anali: dispositivi di forma conica di varie dimensioni (10cm si lungcon calibro da 18 a 30mm) che vanno introdotti nell'ano con. Un ano normale deve tollerare con fastidio ma non dolore l'introduzione di un dilatatore adeguatamente lubrificato del diametro di 27mm. La dilatazione è consigliata per 10-30 secondi, per 2 volte al giorno fino a riduzione dell'ipertono (spasmo doloroso), meglio se preceduta da un bidé caldo-tiepido che ha pure funzione miorilassante. La principale indicazione alle dilatazioni è rappresentata dalla ragade anale che guarisce nell'85-90% dei casi senza intervento chirurgico.

Dissinergia: mancanza di sinergia, ossia in coordinamento tra ciò che l'individuo si aspetta da una sua azione e l'effetto dell'azione stessa. A livello sfinterico la spinta per defecare (ponzamento) coincide con un rilassamento e l'apertura dell'orifizio anale. Se ciò non avviene può dipendere da un mancato rilassamento o addirittura da una contrazione paradossa che rende difficile la defecazione. Tale disfunzione si corregge con manovre riabilitative, soprattutto con il biofeedback. Esistono piccoli strumenti a basso costo, utilizzabili dallo paziente stesso, che consentono di reimparare la capacità di rilassare lo sfintere volontariamente e quindi di defecare meglio, allontanando il rischio non raro di subire interventi chirurgici impropri per la cosiddetta "sindrome della defecazione ostruita"

Disuria: minzione difficoltosa o dolorosa.

E

Ecografia transanale: indagine clinica basata sull'utilizzo degli ultrasuoni, che serve a dimostrare le strutture anatomiche al loro interno e a valutarne anche degli aspetti funzionali. Con le sonde rotanti intra-anali e intrarettali si evidenziano le diverse parti degli sfinteri e del retto distale consentendo di diagnosticare ascessi, fistole, stadio dei tumori

Eiaculazione retrograda: emissione di sperma in direzione opposta al normale (nella vescica).

Ematuria: presenza di sangue nelle urine.

Emorroidi: strutture anatomiche presenti in *tutti* gli individui costituite da tessuto molto vascolarizzato simile ai corpi cavernosi degli organi genitali maschili e femminili. Si tratta di tre cuscinetti che contribuiscono alla continenza anale a riposo. Quando aumentano di volume possono prolassare in vario grado e spesso sanguinano perdendo sangue rosso vivo, arterioso. *Non sono varici*, termine improprio, nè vene varicose. Non sono dolorose se non nei casi in cui prolassano e si strozzano oppure quando si formano nella componente esterna, cutanea, del canale anale dei coaguli (trombi).

Encopresi: incontinenza fecale paradossa, ossia perdita involontaria di feci per eccessivo accumulo di feci nel retto (fecaloma), con canale anale e orifizio anale spesso beante (aperto) nel tentativo, spesso vano, di consentire la fuoriuscita della massa fecale. E' ritenuta una forma di incontinenza, ma in realtà è una manifestazione di stipsi grave. Nel bambino viene spesso attribuita a problemi psicologici, in realtà in molti casi è legata ad un alterato sviluppo muscolo-legamentoso della pelvi e come l'enuresi si cura facilmente con esercizi di accovacciamento che rinforzano le strutture anatomiche.

Enterostomia: abboccamento dell'intestino alla cute per consentire la fuoriuscita del suo contenuto quando la via di transito naturale debba essere interrotta a causa di una lesione di vario tipo (trauma, tumore, restringimento, ostruzione). A seconda del tratto di intestino coinvolto si parla di ileostomia o colonstomia.

Enuresi: è una forma di incontinenza urinaria di solito limitata a soggetti capaci di esercitare il controllo della minzione. Il termine definisce anche le forme di incontinenza paradossa, ossia perdita involontaria per eccessivo accumulo di urina. Nel bambino viene spesso attribuita a problemi psicologici, in realtà in molti casi, come l'encopresi, è legata ad un alterato sviluppo muscolo-legamentoso della pelvi e si cura facilmente con esercizi di accovacciamento che rinforzano le strutture anatomiche.

Esame delle feci: comprende una serie di accertamenti diagnostici con valutazioni delle feci, sia visive sia mediante esami chimici utili per il controllo della funzione del tubo digerente: esami di laboratorio (dosaggio dell'attività tripsinica, dell'azoto totale, della bile, dei grassi e dell'urobilinogeno); le lesioni sanguinanti possono essere individuate con il test per la ricerca di sangue occulto, effettuato in genere su tre campioni raccolti in giorni consecutivi; la diagnosi di patologie infettive a carico del tubo digerente si effettua attraverso la coprocultura, eventualmente accompagnata dall'antibiogramma. Il sospetto di una parassitosi intestinale può portare a una ricerca di questi organismi o delle loro uova. L'esame può diagnosticare malattie da malassorbimento o la presenza di tumori dell'apparato digerente, ulcere, ecc.. o sospettare malattie del pancreas e del fegato. Le feci possono essere analizzate visivamente, per determinare alcune condizioni fisiologiche, o patologiche, seguendo i dati della cosiddetta "Bristol stool scale".

Esame delle urine: studio chimico-fisico delle urine fatto a fini diagnostici.

Esplorazione anale: penetrazione con il dito indice nel canale anale per una valutazione di molteplici parametri: pervietà del canale, presenza di restringimenti (stenosi), tono sfinterico, contrattilità, rilasciamento al ponzamento (vedi), presenza e localizzazione del dolore, presenza di feci (fecaloma, vedi), di sangue, muco, pus, di masse anomale, dimensioni della prostata, dimensioni dell'utero, presenza di rettocele, irritazione del peritoneo, presenza di invaginazione del retto dentro se stesso (intussuscezione). L'esplorazione non consente mai la diagnosi corretta di emorroidi; può far sospettare la presenza di ragade anale.

Estrogeni: sono i principali ormoni sessuali femminili. Chimicamente sono steroidi e prendono il nome dall'estro. Sono presenti in piccole quantità anche nel maschio. Nelle donne in età fertile raggiungono livelli ematici molto alti e promuovono la formazione dei caratteri

sessuali secondari femminili (mammelle, allargamento del bacino, sviluppo dell'endometrio e ciclo mestruale). La loro produzione è regolata dagli ormoni ipofisari (follicolo-stimolante) FSH, luteinizzante LH.

F

Federazione Italiana Incontinenti e Disfunzioni del Pavimento Pelvico – FINCOPP - OdV: è l'associazione delle persone incontinenti (urinari, fecali e disturbi al pavimento pelvico- web-site: www.fincopp.org), fondata nel 1999 da Francesco Diomede in alcune regioni è costituita in sedi regionali (Lombardia, Veneto, Campania, Abruzzo, etc.).

Fistola anale e perianale: suppurazione cronica della regione anale, in genere evoluzione dell'ascesso anale o perianale (vedi). La loro classificazione comprende forme semplici e complesse, intrasfinteriche, intersfinteriche, transfinteriche alte e basse. Richiedono interventi chirurgici spesso ripetuti onde evitare di compromettere la continenza e sono spesso di non facile risoluzione. Vengono diagnosticate con la visita, la specillazione, l'uso di mezzi di contrasto, l'ecografia transanale, la risonanza magnetica e la fistolografia.

FIC – Fondazione Italiana Continenza. La Fondazione nasce nel 2001 con l'obiettivo di contribuire a sensibilizzare i pubblici di riferimento sulle tematiche dell'Incontinenza, una patologia che affligge milioni di persone che necessitano di informazioni e strumenti atti a comprendere la patologia.

Fistola urinaria: connessione anormale tra epitelio dell'uretere, della vescica o dell'uretra e l'epitelio della vagina o dell'utero.

Flusso urinario: quantità di urina eliminata attraverso l'uretra nell'unità di tempo (ml/s).

Frequenza: eccessivo numero di minzioni giornaliere. In genere indica un numero pari o superiore alle otto volte nelle 24 ore.

G

Ginnastica del pavimento pelvico: esercizi messi a punto per allenare i muscoli del pavimento pelvico e i tessuti connettivi che sostengono vescica ed uretra. Vengono usati nella prima fase del trattamento dell'incontinenza da stress lieve e moderata. La ginnastica del pavimento pelvico viene riferita anche agli esercizi di Kegel.

Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza: è una conquista dell'Associazione pazienti **Fincopp** e del Ministero della Salute, che nel 2006 hanno stimolato la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10 maggio 2006, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n.186 dell'11 Agosto 2006, istitutiva della "Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza" che ogni anno si svolge il 28 giugno. La Giornata è un "evento" comunicativo per pazienti, professionisti della salute ed Istituzioni.

Gocciolamento post-minzionale: perdita di piccole quantità di urina rimasta nell'uretra al termine della minzione.

Grosso intestino: il tratto di intestino che inizia alla fine del piccolo intestino (ileo), con la valvola ileo-ciecale e comprende colon destro (cieco, appendice, colon ascendente), flessura epatica, colon trasverso, flessura splenica, colon sinistro (colon discendente, sigma), retto, canale anale, ano.

I

Idrocolonerapia: consiste in un lavaggio dell'intestino con l'obiettivo di migliorare il funzionamento del colon eliminando residui fecali e spesso viene proposta come rimedio per eliminare i disordini intestinali e stipsi, nell'ipotesi di "depurare" l'organismo dalle scorie e prevenire varie malattie, però ad oggi mancano evidenze scientifiche che possano avvalorarne la prescrizione, soprattutto in rapporto alla falsa credenza che i residui fecali siano "tossici"; il lavaggio intestinale trova indicazioni come coadiuvante nella preparazione per la colonscopia e in alcune condizioni specifiche come la stipsi ostinata, l'intestino irritabile, le lesioni del midollo spinale, in casi di alterazione della flora batterica, mentre sono assenti dati scientifici che consiglino l'uso dell'idrocolonerapia in soggetti sani.

Incontinenza anale e fecale: incapacità a espellere i gas intestinali e le feci nei tempi e luoghi desiderati dopo i 4 anni di vita. Fino a quell'età è considerata normale.

Incontinenza urinaria (IU): qualunque perdita involontaria di urina.

Incontinenza urinaria da sovra riempimento: perdita involontaria di urina che si verifica quando il riempimento della vescica eccede la sua capacità funzionale. Si manifesta in prevalenza in uomini affetti da iperplasia prostatica benigna.

Incontinenza urinaria da stress: perdita involontaria di urina che si manifesta quando un improvviso aumento della pressione intraddominale (tosse, sforzi fisici) causa un aumento di quella intravesicale tale da superare la massima pressione di chiusura dell'uretra in assenza di attività del muscolo detrusore. Di solito è causata da ipermobilità dell'uretra dovuta a inadeguato sostegno della stessa.

Incontinenza urinaria da urgenza: perdita involontaria di urina associata alla sensazione di urgenza minzionale.

Incontinenza urinaria nel bambino (vedi "enuresi"): tipo di incontinenza che colpisce i bambini e gli adolescenti (5-16 anni), più di rado gli adulti. Questi pazienti non sono in grado di controllare volontariamente la minzione e hanno perdite di urina sia durante il giorno sia la notte. Questa condizione si accompagna a contrazioni involontarie del muscolo detrusore.

Incontinenza urinaria mista: incontinenza urinaria caratterizzata da sintomi sia di vescica iperattiva (incontinenza da urgenza) sia d'incontinenza da sforzo.

Incontinenza urinaria notturna nel bambino (enuresi notturna monosintomatica): tipo di incontinenza che interessa i bambini che hanno perdite di urina solamente la notte. In alcuni casi,

questo tipo di incontinenza urinaria è causato da un'insufficiente produzione di ormone antidiuretico durante la notte.

Instabilità detrusoriale: contrazioni del muscolo detrusore verificate mediante cistometria durante il riempimento vescicale in associazione con sintomi di vescica iperattiva (urgenza motoria) di eziologia sconosciuta.

International Continence Society (ICS): organizzazione multidisciplinare di urologi, ginecologi, geriatri, infermieri e ricercatori di base con un interesse specifico nell'indagine e nel trattamento delle persone affette da incontinenza urinaria.

Intestino irritabile: la Sindrome dell'Intestino Irritabile (IBS Irritable Bowel Syndrome) erroneamente detta "colite" (la colite è una malattia infiammatoria del colon) è un disturbo considerato funzionale e caratterizzato da almeno due dei seguenti 3 sintomi: dolore addominale, meteorismo e alterazione dell'alvo nel senso di tendenza alla stipsi\costipazione (IBS di tipo C), alla diarrea (tipo D) o con alternanza di diarrea e stipsi (tipo M, misto).

Iperplasia prostatica benigna (IPB): ingrossamento della prostata. L'iperplasia prostatica benigna può causare l'ostruzione dell'uretra, portare all'incontinenza da riempimento e, in taluni casi, alla vescica iperattiva.

Iperreflessia detrusoriale: contrazioni del muscolo detrusore vescicale verificate mediante cistometria durante il riempimento vescicale in associazione con sintomi di vescica iperattiva (urgenza motoria) probabilmente causate da un disturbo neurologico (per esempio malattia di Alzheimer, danni cerebrovascolari, sclerosi multipla, morbo di Parkinson e lesioni del midollo spinale).

Iper tono anale: condizione frequente in caso di dolore anale. Non esiste una pressione basale normale, per cui l'ipertono corrisponde ad una valutazione soggettiva dell'esaminatore e non è di per sé indice di malattia. Il caldo, le dilatazioni, la trinitrina e la nifedipina, come anche il botulino, riducono l'ipertono anale.

Irrigazione transanale: (TAI, TransAnal Irrigation) è una metodica recente mediata dalla tradizione dei clisteri, e soprattutto dalle irrigazioni delle colostomie che consentono l'autonomia per 24 ore ed oltre negli stomizzati. Con vari espedienti (ad esempio il *clistere pulsante*) e sonde (in alcune apparecchiature corte, rigide e dotate di palloncini antireflusso, in altre con sonde lunghe, comode, morbide e flessibili) consentono lo svuotamento del retto e del colon sinistro (vedi grosso intestino) dando sollievo ai casi di stipsi ostinata e risolvendo molti casi di incontinenza fecale

ISPP: International Society for Pelviperineology, società scientifica internazionale che si interessa in modo olistico del pavimento pelvico, dando spazio rilevante alla *teoria integrale del pavimento pelvico* elaborata dal professore australiano Peter Petros, l'inventore con lo svedese Ulmsten delle tecniche di minichirurgia dell'incontinenza urinaria con l'utilizzo di bendarelle protesiche.

L

Lassativi: i purganti sono sostanze che stimolano la motilità intestinale (peristalsi), ossia farmaci che curano la stitichezza (vedi) e se ne distinguono i seguenti tipi: sintetici, di massa, idrofili, emollienti, osmotici, di contatto. E' falso che provochino assuefazione. Dopo l'assunzione di un lassativo, tanto più se è drastico, come senna, cascara, olio di ricino, si deve dare il tempo all'intestino di riempirsi, quindi non si può pretendere di defecare subito il giorno dopo.

Linea pettinea: linea di demarcazione tra la mucosa del canale anale prossimale contenente le emorroidi e l'anoderma. E' caratterizzata da una sequenza di papille anali, impropriamente dette "polipi" (i polipi sono tumori benigni, ma pur sempre tumori!) che conferiscono alla struttura l'aspetto di un pettine, o di una linea "dentata".

M

Manometria ano-rettale: metodica utile a valutare le pressioni positive presenti nel retto e nel canale anale (esiste anche una manometria colica). L'ipotonia o l'atonia sfinterica sono tipiche dell'incontinenza anale, l'ipertonia viene riscontrata nel dolore e in certe forme di stitichezza. Misura il riflesso retto-sfinterico (vedi).

Manovra di Valsalva: tecnica usata per determinare la pressione di perdita. Alla persona viene chiesto di espirare con forza tenendo bocca e naso tappati, aumentando gradualmente lo sforzo fino a quando non si verifica una perdita di urina.

Metabolizzatori lenti: persone che non metabolizzano rapidamente tolterodina a causa dell'assenza dell'isoenzima citocromo P450 2D6 (il 7 per cento circa delle popolazioni caucasiche manca di questo isoenzima). I metabolizzatori lenti metabolizzano tolterodina tramite un altro isoenzima del citocromo P450 (citocromo P450 3A4). Benché nei metabolizzatori lenti la via metabolica di tolterodina non sia stata ancora completamente chiarita, si formano basse concentrazioni di N-dealchil carbossil metabolita. Avendo quest'ultimo una scarsa attività, si ritiene che nei metabolizzatori lenti solo la concentrazione plasmatica libera di tolterodina sia responsabile dell'effetto terapeutico.

Metabolizzatori veloci: pazienti che metabolizzano velocemente tolterodina mediante l'isoenzima 2D6 del citocromo P450 a tre principali metaboliti: il 5-idrossimetil metabolita (DD 01), il 5-carbossil metabolita e l'N-dealchil carbossil metabolita. Di questi metaboliti, sembra che solo il DD 01 contribuisca all'effetto terapeutico e nei metabolizzatori veloci è proprio la concentrazione plasmatica libera di tolterodina e DD 01 a essere in correlazione con l'effetto terapeutico.

Midollo allungato: parte inferiore del tronco cerebrale che unisce il midollo spinale al cervello. Qui sono localizzati i centri autonomi che controllano funzioni quali, per esempio, la frequenza cardiaca, la respirazione e la deglutizione.

Minzione: processo con cui l'urina viene espulsa dalla vescica.

Motoneurone: cellula nervosa che, se stimolata, causa movimento, secrezione o altra attività in una struttura che non è nervosa.

Muscolo detrusore: strato della parete vescicale formato da fibre muscolari lisce e tessuto connettivo che di solito si contraggono solo quando l'evacuazione viene iniziata volontariamente.

Muscolo elevatore dell'ano: muscolo principale del pavimento pelvico che aiuta a sostenere e stabilizzare il contenuto della cavità addominale e a resistere agli aumenti della pressione intraddominale.

N

Nicturia: minzioni notturne. In genere indica un numero pari o superiore alle due per notte.

Livelli Essenziali di Assistenza – LEA: riporta in codici la normativa europea (definiti dispositivi medici) vigente e (UNI-ISO) l'elenco dei prodotti ottenibili gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale, Regionale e dalle ASL, le quantità massime prescrivibili e le modalità per ottenere la fornitura.

Nucleo di Onuf: localizzato nel midollo spinale (in prevalenza nel segmento S2), è l'origine della innervazione della muscolatura striata, volontaria, del pavimento pelvico.

O

Ormone antidiuretico (ADH): ormone che concentra le urine e riduce il loro volume aumentandone il riassorbimento a livello dei tubuli renali.

P

Pannoloni: assorbenti utilizzati per il trattamento passivo dell'incontinenza urinaria e fecale. Sono disponibili vari tipi di pannoloni per soddisfare i bisogni specifici di ogni paziente. Si ottengono gratuitamente dall'ASL di appartenenza.

Pavimento pelvico: termine usato per descrivere i muscoli e i tessuti connettivi che sostengono il contenuto della cavità addominale, vescica ed uretra incluse.

Pelvi: o bacino è la struttura osteo-articolare situata all'estremità inferiore del tronco ovvero a quella parte di corpo compresa tra l'addome e gli arti inferiori, e comprende la cintura pelvica, la cavità pelvica, il pavimento pelvico e il perineo e ne contiene tutti gli organi.

Pelviperineologia: branca medica di recente valorizzazione che si occupa in modo multidisciplinare e possibilmente integrato e interdisciplinare di tutti i problemi, nell'uomo e nella donna, del comparto anteriore (vescica, vie urinarie, prostata), centrale (vagina e utero) e posteriore (ano, retto). Vedi www.pelviperineologia.it e www.pelviperineology.org

Peretta: piccolo clistere, evacuativo o medicato.

Perineo: la zona *superficiale, cutanea*, romboidale compresa tra il coccige, il pube e le due tuberosità ischiatiche (le ossa su cui ci si appoggia seduti): include l'ano e i genitali.

Periuretrale: situato o che si verifica vicino all'uretra.

Ponte: parte del tronco cerebrale situata tra midollo allungato e mesencefalo.

Pressione intraddominale: pressione esistente all'interno dell'addome.

Pressione intravescicale: pressione esistente all'interno della vescica.

Pressione uretrale: pressione all'interno dell'uretra.

Prevalenza: numero di casi di una patologia presenti in una data popolazione in un momento definito.

Prolasso anale: per prolasso si intende la *fuoriuscita di un viscere da un orifizio naturale*, pertanto dall'ano possono fuoriuscire le emorroidi interne, la mucosa del retto, il retto stesso, e nelle forme più gravi, con il retto, nel suo spessore, anche delle anse intestinali (enterocele). Il prolasso anale viene quantificato in 4 gradi: col grado 1 si intende una eccedenza occulta di tessuto, in realtà non è prolasso, il grado 2 rappresenta la fuoriuscita con rientro spontaneo, il prolasso di grado 3 richiede il riposizionamento manuale e con il grado 4 il prolasso è irriducibile.

Prolasso genitale: *POP*, prolasso degli organi pelvici femminili: *colpocele anteriore* ossia prolasso della parete vaginale anteriore con la vescica (impropriamente ancora detto *cistocele*), dell'*utero* (*isterocele*), *colpocele posteriore* ossia prolasso della parete rettale posteriore con il retto (*rettocele*) o il cavo del Douglas contenente anse intestinali (*enterocele*). Il prolasso genitale viene quantificato in 4 gradi ossia la stadiazione *half way* (mezza via).

Prostata: ghiandola presente solo nell'uomo situata sotto la vescica e intorno al primo tratto dell'uretra (uretra prostatica).

Prostatectomia: asportazione chirurgica della prostata o di una sua parte.

Puborettale - muscolo: fa parte del complesso muscolare sfinterico anale e si trova al di sopra dello sfintere esterno che è un anello, mentre il puborettale è una sorta di fionda che si salda all'osso pubico e circonda il canale anale al suo passaggio con il retto. A sua volta il puborettale è collegato con il muscolo elevatore dell'ano che va immaginato come un imbuto il cui collo accoglie, appunto il puborettale.

Q

Qualità della vita: termine usato per descrivere come una persona (e anche la sua famiglia...) percepisca soggettivamente il proprio benessere fisico, psicologico e sociale (come da definizione di salute secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità).

R

Ragade anale: soluzione di continuo dell'anoderma (vedi), generalmente molto dolorosa, talvolta sanguinante. Può guarire con semplici dilatazioni anali precedute da un bidé caldo che attenuano l'ipertono consentendo la cicatrizzazione della lesione. In una piccola percentuale di casi è necessario un intervento chirurgico che sezioni lo sfintere anale interno responsabile col suo spasmo di quella che è una vera e propria *colica anale*.

Recettore muscarinico: tipo di recettore colinergico attivato dal neurotrasmettitore acetilcolina e dall'alcaloide di derivazione fungina muscarina e bloccato selettivamente dall'atropina. Esistono cinque sottotipi di recettori muscarinici: m1-m5 (utilizzato usando geni clonati geneticamente), quattro dei quali sono stati caratterizzati farmacologicamente (M1-M4). Ampiamente diffusi in tutto il corpo, per esempio nel muscolo liscio, nel tessuto ghiandolare, nel cuore e nel sistema nervoso centrale.

Recettore nicotinic: tipo di recettore colinergico attivato dal mediatore acetilcolina e dalla nicotina. Si trova innanzitutto nel muscolo striato in tutto il corpo e nel sistema nervoso centrale.

Recettori adrenergici: recettori attivati dalla noradrenalina/norepinefrina. Questi recettori sono distribuiti in tutto il corpo nella muscolatura liscia degli apparati vascolare, bronchiale, gastrointestinale e genito-urinario. Sono presenti anche nel tessuto adiposo e nei muscoli scheletrici volontari. Esistono due tipi principali di recettore adrenergico: alfa e beta. Entrambi esistono in vari sottotipi. Nelle basse vie urinarie, i recettori alfa-adrenergici sono in prevalenza localizzati nel collo vescicale e nella muscolatura dell'uretra, mentre i beta-adrenergici si trovano soprattutto nel muscolo detrusore.

Recettori colinergici: attivati dall'acetilcolina, possono essere di due tipi: nicotinici e muscarinici.

Reni: organi pari e simmetrici posti nella parte posteriore della cavità addominale che eliminano le scorie azotate dal sangue e producono urina.

Residuo urinario post-minzionale: quantità di urina rimasta nella vescica dopo la minzione.

Retto: l'ultimo tratto del grosso intestino, diritto, posto tra il sigma ed il canale anale

Rettocele: con l'*esplorazione rettale* si può evidenziare: 1) il cedimento del setto retto-vaginale con colpocele posteriore (secondo la terminologia più moderna e precisa, impropriamente detto rettocele; accettabile è la definizione "rettocele alto"); 2) un allungamento del centro tendineo del perineo

(rettocele “basso” ossia un rettocele senza coinvolgimento del setto retto-vaginale e della vagina, ma solo della cute tra orifizio anale e vestibolo vaginale). La corretta nomenclatura è importante, anche se poco seguita, per non confondere casi diversi e ingenerare erronee indicazioni terapeutiche, evento purtroppo molto comune con gravi conseguenze per le pazienti che subiscono interventi inappropriati o inutili.

Riabilitazione vescico-sfinterica: comprende differenti tecniche, anche molto diverse tra loro, che hanno come finalità la cura o il miglioramento dell'incontinenza. Tra le più importanti: 1) *rieducazione vescicale (bladder training)*: indicato per la continenza da urgenza, da sforzo o mista, con l'obiettivo di migliorare il controllo volontario sulla minzione. Consiste nell'aumentare gradualmente i tempi tra una minzione e l'altra, invitando il paziente a trattenere il più possibile lo stimolo; 2) *fisiochinesiterapia perineale (esercizi di Kegel)*: esercizi muscolari che servono al riconoscimento dei muscoli pelvici. Attivando contrazioni volontarie di specifici muscoli, favoriscono il rafforzamento ed il controllo degli stessi; 3) *biofeedback*: si tratta di una tecnica con un coinvolgimento di tipo psicologico, che permette di acquisire un miglior controllo del proprio apparato sfinterico e quindi della funzione urinaria; 4) *elettrostimolazione*: stimolazione elettrica dei tessuti per scopi terapeutici.

Riflesso ano-colico: la stimolazione dell'anoderma ossia dello sfintere anale induce una peristalsi dell'ultima parte del colon con conseguente defecazione. E'ciò che fa la madre con la punta del termometro al bimbo che non riesce a defecare, o un getto d'acqua sottile e delicato inviato dai sistemi di pulizia anale sostitutivi della carta igienica: il sottile getto d'acqua continuo può produrre lo stesso effetto anche nell'adulto.

Riflesso retto-sfinterico: meccanismo peristaltico per cui alla dilatazione di un segmento prossimale dell'intestino segue la sua contrazione ed il conseguente rilasciamento del tratto sottostante pronto ad accogliere il contenuto sospintovi dentro. A livello rettale l'arrivo delle feci nel retto provoca il riflesso di rilasciamento dello sfintere involontario sottostante. Si evidenzia con la manometria.

Ritenzione urinaria: condizione associata all'impossibilità di vuotare la vescica, legata ad ostruzione del canale uretrale o a disfunzione del detrusore su base neurogena.

S

SICRR è la Società Italiana di Chirurgia Colo-Rettale, un'organizzazione scientifica di medici che tratta delle malattie del colon, del retto e dell'ano.

Sepsi urinaria: condizione tossica generalizzata che trae origine da un'infezione delle vie urinarie.

Sfintere uretrale: struttura formata da muscoli lisci e striati che chiude l'uretra e aiuta a mantenere la continenza sia negli uomini sia nelle donne.

Sinergia: capacità di associare una determinata funzione (per esempio il rilassamento dello sfintere anale) ad una manovra volontaria (per esempio il ponzamento); vedi anche la voce “dissinergia”.

Sistema nervoso autonomo: parte del sistema nervoso centrale e periferico che regola l'attività degli organi normalmente sotto controllo involontario (a eccezione del controllo volontario della minzione negli adulti). Il sistema nervoso autonomo regola innanzitutto le funzioni viscerali indispensabili per vivere, per esempio la gettata cardiaca, il flusso sanguigno ai vari organi, la digestione e l'eliminazione delle scorie. Si suddivide in parasimpatico e simpatico.

Sistema nervoso centrale: insieme di tessuti nervosi che controlla le attività del corpo. Nei vertebrati comprende cervello, cervelletto, tronco e midollo spinale.

Sistema nervoso parasimpatico: parte del sistema nervoso autonomo che regola digestione, defecazione, minzione, salivazione e frequenza cardiaca. Per esempio, la contrazione del muscolo detrusore è il risultato dell'attivazione del sistema nervoso parasimpatico. Il neurotrasmettitore coinvolto è l'acetilcolina.

Sistema nervoso simpatico: parte del sistema nervoso autonomo, è implicato nel controllo di molte funzioni corporee. Per esempio, la sua attivazione causa il rilassamento del muscolo detrusore e la contrazione dell'uretra. Il neurotrasmettitore coinvolto è la noradrenalina.

Sistema nervoso somatico: parte del sistema nervoso periferico posta sotto controllo volontario. Questo sistema innerva i muscoli striati, come quelli del pavimento pelvico. Il neurotrasmettitore coinvolto è l'acetilcolina.

Società Italiana di Urologia - SIU, fondata nel 1908, rifondata nel 1921. Parallelamente alla creazione della Società furono fondati reparti ospedalieri specialistici in urologia e con maggiore difficoltà furono istituite cattedre universitarie dedicate.

Stipsi: defecazione insoddisfacente in senso ritentivo, che si identifica con i seguenti sintomi: frequenza delle defecazioni inferiore a una ogni due giorni, senso di defecazione incompleta con numerose defecazioni ripetute anche a breve distanza una dall'altra, presenza di feci eccessivamente dure che richiedono grandi sforzi e tempo prolungato per defecare, necessità di aiuto con lassativi, supposte, clisteri, irrigazioni, digitazioni anali.

Stomia: abboccamento di un viscere alla cute per consentire la fuoriuscita del suo contenuto quando la via di transito naturale debba essere interrotta a causa di una lesione di vario tipo (trauma, tumore, restringimento, ostruzione): tracheostomia, esofagostomia, gastrostomia, duodenostomia, ileostomia, colonstomia.

T

TAI (Trans Anal Irrigation): vedi Irrigazione Trans Anale

Tappo anale: dispositivo sintetico utilizzato dagli incontinenti fecali per contenere piccole perdite rettali.

Tecnica di Marshall-Marchetti-Krantz: tecnica di colposospensione (vedi Burch) retropubica che prevede la sospensione tramite suture dei tessuti connettivali periuretrali al periostio della parete posteriore della sinfisi pubica nei casi di grave incontinenza urinaria da urgenza.

Tempi di transito intestinale: misurazione del numero di giorni necessari perchè un certo numero di marcatori radio-opachi introdotti con il cibo (per esempio 100 piccole sfere, assunte 10 al giorno per 10 giorni) vengano espulsi dall'ano. L'undicesimo giorno una radiografia dell'addome localizza i marcatori ancora presenti. Si considera normale che permangano nel colon al massimo 50 marcatori.

Teoria Integrale: la teoria integrale del pavimento pelvico è stata elaborata dal professore australiano Peter Petros, l'inventore con lo svedese Ulmsten delle tecniche, con l'utilizzo di bendarelle protesiche, di minichirurgia dell'incontinenza urinaria rivoluzionandone la cura con milioni di interventi di successo. La Teoria Integrale interpreta molti dei sintomi delle malattie funzionali della pelvi (incontinenze, ritenzioni, prolapsi, dolori) sulla base dei danni prodotti sulle strutture legamentose della pelvi da parti, età, difetti congeniti del tessuto connettivo, ecc. Ne propone la terapia con l'utilizzo di piccole protesi. In Germania e in Giappone ha trovato dei convinti sostenitori che la praticano con successo.

Test del pannolone (PAD test): tecnica diagnostica che permette di quantificare la perdita di urina in un periodo di tempo stabilito attraverso la misurazione del peso del pannolone all'inizio del test e dopo un intervallo di tempo di un'ora.

Trigono vescicale: area triangolare della parete vescicale interna situata tra gli sbocchi dei due ureteri e l'imbocco dell'uretra.

Tronco cerebrale: porzione del cervello che collega il midollo spinale al cervello; comprende mesencefalo, ponte e midollo allungato.

Tumori del colon, del retto e dell'ano: neoformazioni benigne (polipi, con possibile tendenza alla degenerazione maligna definita dal grado di displasia, lieve o grave) o maligne, di vari tipi istologici con diversa estensione locale e a distanza (metastasi ai linfonodi o ad altri organi) e definite, per il loro stadio, dalla classificazione TNM (Tumore, Nodi linfatici, Metastasi ad altri organi).

Tutore: sottile tubo intraureterale o intravescicale che, nelle derivazioni urinarie esterne, è posto a protezione di una anastomosi. Nella ureterocutaneostomia, da ciascun uretere abboccato alla cute, esce un tutore che va rimosso e cambiato ogni 3-4 settimane o più a lungo con *prodotti innovativi*, ma destinato a rimanere a permanenza.

U

Ureteri: dotti pari e simmetrici attraverso i quali l'urina passa dai reni alla vescica.

Uretra: organo tubulare che trasporta l'urina dalla vescica all'esterno.

Urgenza minzionale: desiderio impellente di urinare.

Urgenza motoria: contrazioni del muscolo detrusore verificate mediante cistometria durante il riempimento vescicale in associazione con sintomi di vescica iperattiva. I pazienti con urgenza motoria sono ulteriormente classificati come portatori di instabilità o iperreflessia detrusoriale.

Urgenza sensoriale: sintomi da vescica iperattiva in assenza di contrazioni del muscolo detrusore verificate mediante cistometria durante il riempimento vescicale.

Urina: liquido giallo paglierino contenente scorie azotate, prodotto dai reni. Accumulato nella vescica viene eliminato attraverso l'uretra.

V

Urodinamico \ studio: tecnica di studio della funzione delle basse vie urinarie. Include misurazione della pressione, flusso e volume dell'urina e può essere importante per un'accurata diagnosi delle disfunzioni delle basse vie urinarie.

Vescica: la vescica è un organo cavo a forma di sacco, la cui parete è formata da epitelio di rivestimento, muscolatura e tessuto connettivo e il cui compito consiste nel raccogliere le urine prodotte dai reni. Ha un duplice ruolo importante nel processo della minzione: innanzitutto deve agire da sistema di raccolta a bassa pressione tra uno svuotamento e l'altro; inoltre deve contrarsi energeticamente durante la minzione per svuotarsi completamente.

Vescica iperattiva: vescica in cui i sintomi del paziente (frequenza, urgenza e incontinenza da urgenza) sono causati da contrazioni involontarie o disinibite del muscolo detrusore.

Vescica neurologica: condizione associata ad una disfunzione della vescica avente alla base un disturbo su base neurologica.

W

World Federation of Incontinence and Pelvic Problems, WFIPP - OdV: Organizzazione di Volontariato, è la Federazione internazionale delle associazioni dei pazienti incontinenti fondata a Roma nel 2005 dal presidente Fincopp Francesco Diomede, grazie alla collaborazione e partecipazione di diverse associazioni (Italia, Francia, Olanda, Stati Uniti, Svezia, Polonia e Inghilterra).