

# Case Report

CAPSULA EBURNEA, 2(5), 2007 p.1

## REHABILITATION OF PELVIC FLOOR IN A WOMAN AFTER UROGYNECOLOGICAL SURGERY FAILURE: FOLLOW-UP AFTER RETRIEVAL WITH PHYSIOKINESY-BIOFEEDBACK

## RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO NELLA DONNA DOPO INSUCCESSO CHIRURGICO UROGINECOLOGICO: FOLLOW-UP DOPO RECUPERO CON FISIOCHINESI-BIOFEEDBACK

Antonio Martorana and Claudio Di Gangi

\* Istituto di Ostetricia e Ginecologia, Università degli Studi di Palermo, Via del Vespro 129, Palermo, Italy

Correspondence: claudioidigangi@hotmail.it

**CAPSULA EBURNEA, 2(5):1-3, 2007.**

Received: 2nd March 2007, Revised: 10 March 2007, Accepted: 14th March 2007

**Abstract:** The Authors report a case of a woman affected by recidivant urinary incontinence after conservative surgery with Tension-free Vaginal Tape (TVT), and subsequent severe pelvic aches. The empirical rehabilitative approach of pelvic floor muscles determined improvement of symptoms for many years before and after oestrogen menopausal deprivation.

**KEYWORDS:** Rehabilitation, urinary incontinence, biofeedback.

### Introduzione

Oggi si impone la possibilità di offrire alla donna con insufficienza lieve, media e talvolta anche grave della muscolatura del pavimento pelvico una o più metodiche di riabilitazione del piano muscolo-aponeurotico pelvico.

La necessità di tale esigenza deriva oltre che da motivi etici legati all'opportunità di offrire alle pazienti gli approcci terapeutici meno invasivi che mantengono però buone possibilità di risolvere la lesione primaria o almeno i sintomi, anche dalle esigenze cautelative per il medico che oggi rivestono un'importanza non secondaria.

È su questa base che la riabilitazione perineale, proposta già all'incirca 60 anni fa, viene presa in considerazione ed applicata sempre di più in questi ultimi anni.

Infatti recentemente la riabilitazione si è rivolta al trattamento di molteplici fasce di età e di patologie uscendo dall'alveo dell'uroginecologia per rivolgersi anche alla cura di incontinenza urinaria da stress in gravidanza, in epoca sia pre-partum che post-natale. La riabilitazione effettuata in

**Abstract:** Gli autori riportano il caso di una donna affetta da incontinenza urinaria persistente in seguito ad intervento chirurgico conservativo con applicazione di Tension-free Vaginal Tape (TVT), cui è seguita anche la comparsa di algie pelviche. L'approccio riabilitativo dei muscoli del pavimento pelvico ha dato benefici per molti anni prima e dopo la deprivazione estrogenica menopausale.

**PAROLE CHIAVE:** Riabilitazione, incontinenza urinaria, biofeedback.

epoca prenatale è risultata infatti in grado di ridurre la frequenza della comparsa di insufficienze del pavimento pelvico in epoca post-partum (1).

Nell'incontinenza urinaria da stress con ipermobilità del collo vescicale, studi recenti hanno dimostrato che la riabilitazione muscolare pelvica è in grado di indurre maggiore tonicità del muscolo elevatore dell'ano nella sua componente pubococcigea. Questi effetti hanno determinato una riduzione della dislocazione del collo vescicale alla manovra di Valsalva (escursione rotazionale) ed un netto miglioramento della anatomia funzionale vescicale (ultrasonografia trans-perineale) e della capacità contrattile dei muscoli del pavimento pelvico (2).

Anche in casi di urgenza o di forme di incontinenza urinaria mista, la riabilitazione è risultata efficace tanto che alcuni autori la suggeriscono come trattamento conservativo di prima linea, nonostante molti aspetti della questione debbano essere ulteriormente approfonditi (3).

Diversi possibili effetti positivi sono stati

inoltre osservati con l'elettrostimolazione seguita da biofeedback e chinesiaterapia in gravi casi di incontinenza post chirurgica (4).

In questo studio abbiamo valutato il caso di una donna seguita per oltre sette anni monitorando i risultati clinico-strumentali e la qualità di vita della paziente dopo la terapia riabilitativa, al fine di verificare che i risultati raggiunti venissero mantenuti nel tempo.

### **Caso Clinico**

Paziente G.A. 52 anni, operata all'età di 45 anni per uretrocistocele con incontinenza urinaria da sforzo. Era stato applicato un TVT (Tension-free Vaginal Tape) in altro nosocomio. In seguito a tale intervento la paziente ha presentato ritenzione urinaria ed algie in sede vaginoperineale e di conseguenza è stata effettuata la rimozione del TVT. Pur diminuendo la sintomatologia algica persiste l'incontinenza urinaria da sforzo per cui la paziente è stata rivalutata dopo sei mesi e trattata con elettrostimolazione, biofeedback e chinesiaterapia domiciliare (5).

La rivalutazione ha messo in evidenza una ridotta contrattilità dell'elevatore, soprattutto delle due componenti pubococcigee.

La disfunzione muscolare del pavimento pelvico è stata rilevata mediante visita ginecologica al fine di valutare l'attività volontaria dei muscoli al comando.

La ridotta attività contrattile è stata valutata clinicamente nella fase follicolare del ciclo (9° giorno) con il "test del pubococcigeo": si è così percepita una riduzione della forza contrattile con tenuta modesta e dissinergia muscolare. In seguito è stata effettuata la valutazione strumentale mediante elettromiografia perineale che ha obiettivamente la disfunzione muscolare presente, per la quale è stata proposta la terapia riabilitativa.

Essa è stata inizialmente praticata con il sistema Spettral Sereme, con il programma di stimolazione elettrica funzionale ed il programma di biofeedback; dopo avere ottenuto il recupero funzionale, con la chinesiaterapia domiciliare.

Per la stimolazione elettrica funzionale è stata utilizzata una sonda vaginale con cinque elettrodi ad anello ad attivazione variabile, onde selezionare i punti di migliore stimolazione ed ottimizzare l'effetto di contrazione riflessa (frequenza di stimo-

lazione: 50 Hz; ampiezza di impulso: 1 m/sec; potenza: 5 x 10 minuti durante la prima seduta e 5 x 20 minuti nelle sedute successive); per il biofeedback si è utilizzato il programma apposito (5).

Il numero di sedute è stato di tre alla settimana per due settimane e quindi di due alla settimana per le successive due settimane. La chinesiaterapia domiciliare è stata eseguita giornalmente interrompendo il flusso urinario durante la prima minzione del mattino facendo eseguire tre serie di venti contrazioni rapide del pubococcigeo (della durata di almeno 4 secondi ciascuna) con un intervallo di 8 secondi le une dalle altre; sono stati inoltre consigliati l'automatizzazione dell'attività muscolare durante gli atti della vita quotidiana ed esercizi di mobilizzazione e di stretching (6). Gli esercizi di mobilizzazione prevedevano l'esecuzione per 4-8 volte di una intra- ed extra-rotazione degli arti inferiori in posizione supina ed il basculamento del bacino in posizione prona ed in posizione seduta. Gli esercizi di stretching erano rappresentati dalla rotazione destra e sinistra degli arti inferiori in posizione supina e dalla flessione del tronco a destra e a sinistra in posizione seduta, che la paziente eseguiva per 4-8 volte.

I primi due controlli dopo il mese di riabilitazione sono stati eseguiti ogni 3 mesi; i successivi ogni 6 mesi fino ad oggi. Le sedute, ciascuna della durata di 40 min. effettive di terapia riabilitativa, sono state dieci e dopo 6 mesi il ciclo è stato ripetuto. La paziente non presentava patologie mediche generali (bronchite cronica, stipsi cronica, patologie del rachide).

L'effetto della terapia riabilitativa ha permesso il recupero dell'attività volontaria dei muscoli del pavimento pelvico, con risultati buoni durante il primo anno e discreti negli anni successivi. Infatti dopo il 2° ciclo di terapia riabilitativa si è avuta la stabilità del recupero funzionale fino ad oggi. Negli ultimi anni la paziente è ulteriormente migliorata, pur non essendo perfettamente continente, soprattutto in seguito al crollo esponenziale della produzione estradiolica ovarica per la sopravvenuta menopausa.

### **Conclusioni**

Il caso appena descritto è emblematico poiché rientra tra i numerosi casi di insuccesso chirurgico nell'incontinenza urinaria

da sforzo.

Tale sindrome infatti è complessa e di eziopatogenesi non sempre precisabile esattamente soltanto con la clinica e con la diagnostica strumentale.

Va sottolineato infatti che ancora oggi molti approcci chirurgici, soprattutto quelli ritenuti semplici (come l'applicazione di TVT), vengono effettuati senza il necessario studio clinico e urodinamico.

Ancor più, data la proposta e la propaganda della semplicità del metodo da parte del produttore, l'intervento viene spesso effettuato senza gli accorgimenti diagnostici necessari e con aumentate possibilità di insuccesso.

Talvolta, come nel nostro caso, oltre alla persistenza della sintomatologia originale compare anche una sintomatologia algica che peggiora di gran lunga la qualità di vita della donna non soltanto dal punto di vista strettamente urinario ma coinvolgendo anche la sfera sessuale.

La fisioterapia dei muscoli del pavimento pelvico è stata proposta da diverso tempo e numerosi studi hanno confermato la sua validità nell'incontinenza urinaria da sforzo nella donna in tutte le fasce d'età considerate e in condizioni fisiopatologiche diverse (2).

Un aspetto particolarmente importante è rappresentato dal recupero funzionale che è possibile ottenere anche per quelle pazienti per le quali un intervento chirurgico non è stato in grado di risolvere il problema.

L'idea di potere impiegare le metodiche sopra citate (fisioterapia, elettrostimolazione, biofeedback), singolarmente o associate tra loro, soprattutto in presenza di muscolatura pelvica insufficiente, ipotonica e rilasciata, è oggi suffragata dall'evidenza che anche muscoli trattati chirurgicamente possono rispondere in maniera adeguata con netto miglioramento della qualità di vita della donna.

Il caso che abbiamo studiato e di cui riportiamo la nostra testimonianza, rappresenta una dimostrazione di questa possibilità.

### **Bibliografia**

1. Letouzey V, de Tayrac R, Paradis N, Mares P: Antenatal perineal rehabilitation in patients with stress urinary incontinence during pregnancy: preliminary study. *J.Gynecol.Obstetric Biol. Reprod.* (Paris) 2006; 35:773-777.

2. Balmforth JR, Mantle J, Bidmead J, Cardoso L: A prospective observational trial of pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence. *BJU Int.* 2006; 98:811-817.

3. Hay-Smith EJ, Dumoulin C: Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 E\_pub Jan 25.

4. Hagen S, Stark D, Maher C, Adams E: Conservative management of pelvic prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 E\_pub 18.

5. Tagliavia A: The rehabilitative treatment of asymptomatic muscular perineal dysfunction in urogynecology. *Urogynecologia I J* 1995; 2:67-80.

6. Bourcier A, Juras J: Kinesiterapie pelvi-perineale. *Urodynamique et readaptation en urogynecologie.* Vigot, Paris 1986;209-235.