



Commento a:

Stipsi e disfunzioni sessuali femminili: il ruolo del proctologo

Il setto retto-vaginale può essere considerato una "struttura-barriera" che separa clinicamente il proctologo e/o gastroenterologo dal ginecologo, con importanti ripercussioni nella pratica ambulatoriale quotidiana e nell'indagine scientifica. Patologie dell'ano-retto e patologie ginecologiche o sessuali sono spesso presenti nella singola donna, senza che dagli specialisti venga presa in considerazione la loro.

La situazione più frequente è rappresentata dalla **stipsi cronica** da disfunzione motoria del colon, da disfunzione ano-rettale e da alterazioni psico-comportamentali. La stasi fecale può ripercuotersi a livello ginecologico, urologico e sessuale. **Vaginiti recidivanti, e dismicrobismi** complessi responsabili della **vaginosi batterica**, sono spesso associati a patologie colonproctologiche, sfortunatamente neglette nella pratica clinica corrente, tra cui la stipsi cronica e le **emorroidi**. Queste ultime tendono a peggiorare in gravidanza, inducendo la donna a portare il sintomo in consultazione proprio al ginecologo.

L'articolo di Giovannelli e Graziottin [1] è un esempio di quanto il dialogo tra specialisti diversi possa essere prezioso nella pratica clinica. Per questa ragione, nello spirito di aggiornamento multidisciplinare utile al ginecologo pratico che caratterizza Gyneconews, prendendo spunto da questo articolo viene qui brevemente presentata un'altra patologia colonproctologica che ha frequentissime ripercussioni in ginecologia e urologia: la **stipsi cronica**.

Pavimento pelvico e co-morbilità

Dal punto di vista fisiatrico, è d'uso distinguere un **perineo anteriore** di competenza **uroginecologica** ed un **perineo posteriore** di competenza **procto-gastroenterologica** [2]. In realtà, queste due aree, e le relative specialità, che trovano nel setto retto-vaginale la "barriera" di riferimento anatomico, presentano notevoli **co-morbilità**. Si pensi alla frequenza di patologie di riscontro comune ambulatoriale quali la stipsi, la dissinergia perineale, il rettocele, il perineo discendente, il dolore pelvico, le infezioni da Escherichia coli o Enterococcus faecalis, che devono necessariamente accomunare il ginecologo, l'urologo, il procto-gastroenterologo [3-9; si veda anche GynecoNews n.1 - 2005]

Per queste ragioni il perineo deve oggi essere considerato come un'unità funzionale, che trova nel muscolo elevatore dell'ano un momento chiave delle sue funzioni e delle sue disfunzioni [2]. È indispensabile la crescita di una **cultura fisiopatologica comune**, almeno nelle linee essenziali, tra i diversi specialisti che convergono nell'area pelvica. Una migliore comprensione potrebbe fare interpretare e diagnosticare meglio le patologie che condividono fattori fisiopatologici comuni, originando importanti **co-morbilità**, che potrebbero essere appropriatamente **co-trattate**, con miglioramenti sensibili nelle diverse funzioni governate dall'elevatore dell'ano [10, 2, 8, 11].

La stipsi

Tra le varie patologie colonproctologiche, la **stipsi** ha una grande importanza anche per il ginecologo. La stipsi non è una malattia ma un sintomo e un segno clinico [12, 6, 7]. La stipsi cronica interessa il 2% della popolazione, se si considera la richiesta di aiuto rivolta al medico. In realtà, il consumo di lassativi, utilizzati come prodotti da banco, fa ritenere che la stipsi interessi il 13% della popolazione generale e il 23% degli anziani con più di 60 anni, con una netta prevalenza per il sesso femminile (F:M =3:1) [6,7] (Tab.1).

Nella Tabella 2 sono riferiti i parametri che identificano il paziente stitico in accordo con quanto definito dai Criteri diagnostici dei disordini funzionali gastrointestinali denominati ROMA II [12], tutt'ora considerati di riferimento internazionale.

Tabella 1. Prevalenza della stipsi

Definizione di stipsi	prevalenza	bibliografia
Sforzo in > 25% delle volte	7.3%	[4]
Sintomi di stipsi (autodefinita)	18,5% uomini 33,7% donne 30,2% uomini > 65 anni 42,4% donne > 65 anni	[3]
sintomi di stipsi (valutazione del medico)	8 % uomini 20.8% donne 23 % uomini: 65-74 anni 37 % donne: 65-74 anni	[5]

Da [1]

Tabella 2. Sintomi della stipsi

- scarsa frequenza della percezione dello stimolo evacuativo;
- volume ridotto e aumentata consistenza delle feci;
- espulsione difficoltosa;
- incompletezza della evacuazione;
- evacuazione "improduttiva"
preceduta da stimolo (fino al tenesmo)
indotta dal tentativo di alleviare senso di gonfiore, meteorismo
e/o ripienezza/peso a livello rettale;
- evacuazione che non si compie nei tempi e nell'orario desiderato.

Modificata da [6]

Per il ginecologo è importante conoscere – almeno a grandi linee – le forme più comuni di stipsi cronica che possono ripercuotersi sulla salute ginecologica e/o ostetrica della donna. Esse riconoscono tre meccanismi fisiopatologici: stipsi da disfunzione motoria del colon (stipsi F), stipsi da disfunzione retto-ale o da dissinergia del pavimento pelvico (DPP), e stipsi da alterazioni psico-comportamentali [12, 7].

La **stipsi da disfunzione motoria del colon** è caratterizzata da alterazioni del trasporto colico conseguenti a disordini dell'attività contrattile e da variazioni dell'ecosistema intestinale, con ripercussioni sui processi di formazione, volume, consistenza, viscosità delle feci.

La **stipsi da disfunzione retto anale o da dissinergia del pavimento pelvico** è caratterizzata da alterazioni della struttura dei tratti distali (prolasso mucoso, rettocele, invaginazione, ipotonia perineale, sindrome del perineo discendente) o da alterazioni della coordinazione motoria (ipertono dell'elevatore, dissinergia del pavimento pelvico, alterata sensibilità viscerale con aumentata distensibilità



ampollare, danno del nervo pudendo o del midollo spinale distale, megaretto o megacolon) [12, 2]. La **stipsi da alterazioni psico-comportamentali** infine, in cui può essere inclusa la sindrome dell'intestino irritabile con predominanza di stipsi (IBS-stipsi), è invece caratterizzata da una prevalenza di disturbi del comportamento o di distorte interpretazioni di "modelli" di regolarità intestinale e di efficienza dell'evacuazione [12, 7].

Spesso queste alterazioni sono presenti contemporaneamente. Ad esse vanno aggiunte le interferenze dovute a **disordini del comportamento alimentare** ed **all'uso o abuso di farmaci, integratori e lassativi** [6, 7].

Di qui l'indicazione pratica ad una completa **anamnesi farmacologica**, anche relativa ai **prodotti da banco, o fitoterapici**, che la donna si "autoprescrive" per molti disturbi colonproctologici e che possono interferire, tra l'altro, anche con farmaci prescritti dal ginecologo. Basti pensare a quanti **"spotting"** durante l'assunzione di **contraccettivi orali** possono essere dovuti ad un'alterazione dell'assorbimento intestinale per l'accelerato transito provocato dall'uso non dichiarato di **lassativi**.

Implicazioni cliniche per il ginecologo

La risultanza di tutti questi disturbi è comunque sempre rappresentata da una **stasi fecale**, più o meno importante, che ristagna nell'ampolla rettale e può fare massa locale per diversi giorni, unitamente alla comparsa di **meteorismo** (fermentazione e putrefazione), di **fenomeni irritativo-infiammatori** ed a volte di **dolori pelvici** [12, 7].

Questa situazione rappresenta già da sola un'importante causa di co-morbilità a carico degli organi e delle strutture confinanti anteriori al setto retto-vaginale, con **vaginiti, cistiti e uretriti ricidivanti da germi colonici**.

L'area uroginecologica non è tuttavia solo il "recettore" passivo di problematiche colon-proctologiche (Fig.1). Anzi, **condizioni patologiche del distretto anteriore possono ripercuotersi negativamente sul distretto posteriore**. Per esempio, cistiti e vaginiti ricidivanti, e la stessa vestibolite vulvare, comportano una contrazione riflessa e difensiva del muscolo elevatore dell'ano, in risposta al dolore [8, 9]. Questa contrazione può contribuire alla stipsi ostruttiva, e/o far **peggiorare situazioni emorroidarie** preesistenti ma ancora sub-cliniche.

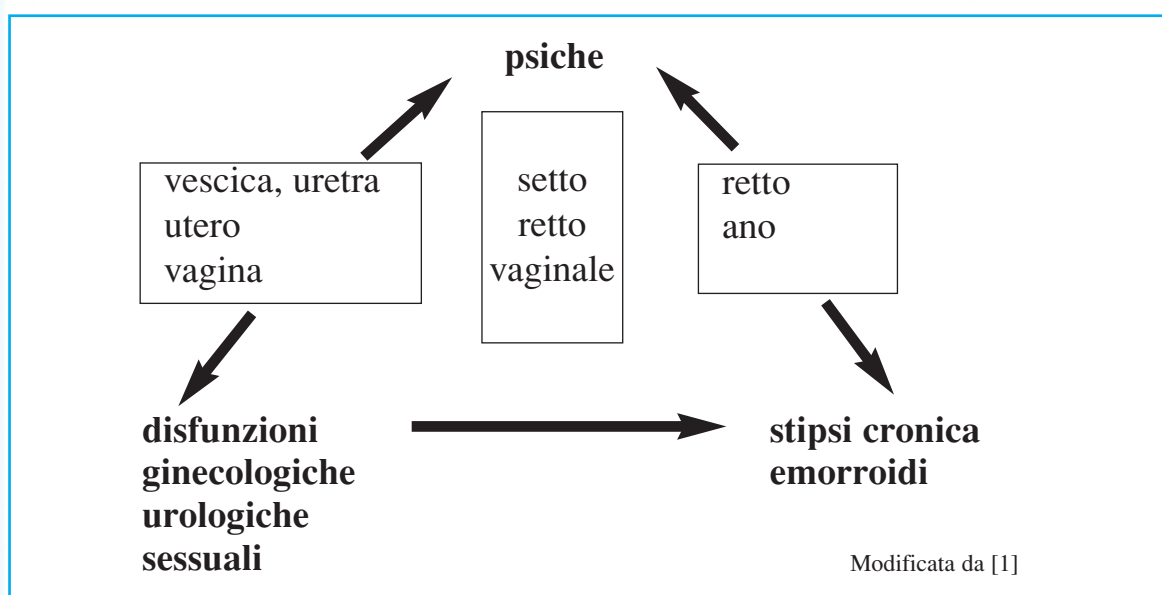


Fig. 1. Ruolo della stipsi nei disordini del pavimento pelvico e nelle patologie urologiche e ginecologiche presenti in co-morbilità

La stessa **gravidanza** può contribuire alla stipsi, sia per dislocazione dell'intestino da aumento di volume dell'utero sia per gli stessi effetti ormonali del progesterone.

Anche **interventi chirurgici ginecologici**, possono avere ripercussioni sul perineo posteriore. La comune isterectomia può per esempio divenire responsabile di complicazioni gastrointestinali quali stipsi in generale, diminuita sensibilità rettale, aumento del volume rettale, diminuita mobilità del sigma, comparsa (5%) o scomparsa (65%) di dolori addominali da colon irritabile. Per non parlare delle correzioni più o meno felici del rettocele.

In sintesi: una collaborazione più stretta con il colonproctologo può arricchire il bagaglio diagnostico e terapeutico del ginecologo; può **migliorare nettamente il suo "impact factor" clinico**, inteso come efficacia di cura; non ultimo concorre a migliorare la qualità e la soddisfazione del rapporto medico-paziente, come sempre succede quando il medico va al cuore di un problema complesso, dando indicazioni terapeutiche innovative (rispetto alla pratica media) e risolutive.

In conclusione

La **co-morbilità** tra disturbi proctologici e patologie ginecologiche, ostetriche e sessuali è **sottostimata**. La stipsi, che rappresenta la patologia anorettale più diffusa, presenta importanti fattori fisiopatologici in comune con patologie ginecologiche e sessuali, specie quando entrambe riconoscono un denominatore comune **nell'iperattività del pavimento pelvico**. Il rilassamento dell'elevatore dell'ano può, in positivo, correggere la stipsi di tipo ostruttivo, ridurre la vulnerabilità alle emorroidi e migliorare o risolvere dispareunia e vaginismo. Indirettamente, può ridurre la vulnerabilità alla vaginosi batterica e alle vaginiti recidivanti da saprofiti patogeni di origine colonica.

Stili di vita appropriati, lassativi quando indicati e la **riabilitazione del pavimento pelvico** possono ridurre significativamente le co-morbilità a livello proctologico, specialmente per quanto riguarda la stipsi ostruttiva.

Le **co-morbilità associate, quali emorroidi e vaginosi batterica**, possono essere affrontate a livello sintomatico con prodotti diversi. Di particolare interesse per il ginecologo sono i prodotti che può usare in piena tranquillità anche in gravidanza. Un'emulsione **contenente acido 18 beta glicirretico**, il principio attivo contenuto nella liquirizia, potenziato da un anestetico locale (Proctoflan) (Box 1), per la cura sintomatica delle **emorroidi**, e **tavolette vaginali alla Vitamina C** per la prevenzione delle **vaginosi batteriche**, che altrimenti tendono a recidivare in co-morbilità con la stipsi (si veda p. 8 di questo numero) sono rimedi che si sono dimostrati efficaci in studi controllati [13, 14].

BOX 1 Acido 18 beta glicirretico nella patologia emorroidaria

Lo studio di Zuliani e Collaboratori (2005) si è proposto di valutare l'efficacia di **un'applicazione locale di una emulsione a base di idro e lipoderivati dell'acido 18 beta glicirretico in sinergia con un anestetico locale** (benzocaina) (Proctoflan), in **pazienti gravide affette da patologia emorroidaria**. L'assenza di componenti cortisoniche e l'origine del principio attivo, che ha spiccate attività antiflogistiche, da una sostanza naturale come la liquirizia, ne consentono infatti un uso elettivo in gravidanza.

Sono state trattate 49 gravide, affette da patologia emorroidaria e divise in gruppi omogenei a seconda della gravità. La terapia è stata applicata fino a tre volte al giorno, per un periodo da uno a sei mesi, compatibile con la durata della gravidanza.

3 sono stati i parametri utilizzati:

- 1) valutazione anatomica iniziale e finale della patologia emorroidaria;
- 2) presenza di prurito e dolore, valutati con scala analogica di intensità da 1 a 10;
- 3) sanguinamento, valutato per intensità da 0 a 5.

Tutte le pazienti hanno completato lo studio. L'emulsione è risultata **efficace**, con :

- **riduzione significativa del prurito;**
- **pronto effetto analgesico;**
- **riduzione della congestione edematosa della patologia emorroidaria;**
- **diminuzione degli episodi di sanguinamento.**

Non ci sono stati effetti collaterali locali né sistemici.

La collaborazione tra proctologo e ginecologo può quindi contribuire a riconoscere e trattare le comorbidità in entrambi gli ambiti specialistici, con riduzione dei costi sanitari e miglioramento della qualità della vita delle donne. Ultimo, ma importante, una maggiore attenzione alle patologie colon-proctologiche da parte del ginecologo/a può consentirgli/le di diagnosticare e curare molti fattori che predispongono a patologie recidivanti, specie di tipo infettivo e infiammatorio, vaginali e vescicali.

Per saperne di più

1. Graziottin A (guest ed.) (2006) Disfunzioni sessuali femminili: quando il medico conta. *Giornale Italiano di Ginecologia*, numero speciale (in press)
2. Bourcier A, McGuire E, Abrams P (2004) *Pelvic Floor Disorders*. Elsevier Saunders, Philadelphia
3. Hammond EC (1984) Some preliminary findings on physical complaints from a prospective study of 1,064,004 men and women. *Am J Public Health* 54:11-23
4. Sandler RS, Drossman DA (1987) Bowel habits in young adults not seeking health care. *Dig Dis Sci* 32:841-845
5. Everhart JE, Go VLW, Johannes RS, Fitzsimmons SC, Roth HP, White LR (1989) A longitudinal survey of self-reported bowel habits in the United States. *Dig Dis Sci* 34:1143-1162
6. Locke RG, Pemberton JH, Philips SE (2000) American Gastrointestinal Association. Medical Position Statement: guidelines for constipation. *Gastroenterology* 119:1761-1778
7. Lazzaroni M (Febbraio 2002) Come riconoscere la stipsi. *Rivista del medico pratico*. pp 34-41
8. Graziottin A, Brotto L (2004) Vulvar Vestibulitis Sindrome: a Clinical Approach. *J Sex Marital Therapy* 30:125-139
9. Graziottin A (2005) Sexual Pain disorders in adolescents. Proceedings of the 12th World Congress of Human Reproduction, International Academy of Human Reproduction, Venice, 10 - 13 CIC Edizioni Internazionali, Roma, pp 434 - 449 (disponibile su www.alessandragraziottin.it)
10. Wesselmann U, Burnett AL, Heinberg L (1997) The urogenital and rectal pain syndroms (Review). *Pain* 73(3):269-294
11. Bertolasi L, Boffanelli M, Graziottin A (2006) Dispareunia, vaginismo e iperattività del muscolo elevatore: il ruolo del neurologo. In: Graziottin A (guest ed.) *I disturbi sessuali femminili: quando il medico conta*. *Giornale Italiano di Ginecologia*, numero speciale (in press)
12. Thompson WG, Creed F, Drossman DA, Heaton KW, Mazzacca G (1992) Functional bowel disease and functional abdominal pain. *Gastroenterol Int* 5:75-91
13. Zuliani G, Colombo UF, Boschetto C et al (2005) Nuovo trattamento medico per la patologia emorroidaria in ostetricia e ginecologia. *Contracezione Fertilità Sessualità*, 32(2):1-4
14. Petersen EE, Magnani P (2004) Efficacy and safety of Vitamine C vaginal tablets in the treatment of non specific vaginitis. A randomized, double blind, placebo controlled study. *European J Obstet & Gynecology* 117:70-75