

Terapia Riabilitativa Incontinenza Fecale

Nell'ambito dell'incontinenza fecale, i quadri che beneficiano maggiormente del trattamento riabilitativo sono:

- *incontinenza fecale senile;*
- *incontinenza fecale da lesione nervosa periferica parziale;*
- *incontinenza fecale infantile;*
- *incontinenza fecale post-chirurgica.*

La fisioterapia, eseguita mediante elettrostimolazione dello sfintere esterno e biofeedback, ottiene buoni risultati nei pazienti che sembrano aver dimenticato ciò che debbono fare per ottenere la contrazione del pavimento pelvico e in quelli, come per esempio i diabetici, che presentano alterazioni della sensibilità. Il trattamento riabilitativo deve essere preceduto da un'accurata valutazione fisiologica che consente al fisiatra di studiare il paziente sia in condizioni di riposo, sia durante l'esecuzione di atti motori volontari ed involontari, testando nel frattempo anche il livello di coscienza e conoscenza del proprio corpo posseduto dal soggetto.

Il gruppo di pazienti che risponde meglio al trattamento riabilitativo è costituito dai soggetti che presentano incontinenza post-chirurgica (emorroidectomia, fistulectomia, etc.). Risultati poco gratificanti, invece, si ottengono in quei pazienti in cui l'incontinenza è secondaria a neuropatia o a chirurgia demolitiva colo-rettale.

La fisiokinesiterapia è attuata per educare il paziente a riconoscere i movimenti propri della muscolatura del pavimento pelvico, ha lo scopo di incrementare la forza contrattile e la resistenza della muscolatura striata, di prevenire l'atrofia "ex non usu" degli sfinteri anali. Gli esercizi devono essere personalizzati in base alla gravità del sintomo ed alle caratteristiche fisico-cliniche del paziente, essendo in alcuni casi controindicati. La Fisiokinesiterapia consiste in esercizi di contrazione e rilasciamento, sincronizzati con gli atti del respiro, che sono assistiti (quando vi era un importante deficit muscolare), facilitati (quando si associa una cattiva presa di coscienza), liberi (nella fase domiciliare della riabilitazione) e controresistenza (per potenziare la forza muscolare).

L'elettrostimolazione degli sfinteri anali viene applicata al fine di migliorare il trofismo muscolare; inoltre essa rappresenta un feedback positivo per l'apprendimento dello schema motorio di contrazione sfinterica. L'applicazione della tecnica ha lo scopo di aumentare la forza e la durata della contrazione muscolare, di mantenere e migliorare l'elasticità, la viscosità e la distensibilità di fibre muscolari denervate. L'Elettrostimolazione è attuata mediante una sonda anale circolare, lunga 6 cm e larga 1 cm, sulla quale sono posizionati due elettrodi di 0,5 cm di lunghezza e distanti tra loro 0,7 cm. La sonda è posta nel canale anale, in modo tale che gli elettrodi vadano a contatto con la zona sovrastante i fasci dello sfintere striato. Nel sesso femminile, con Sindrome del Perineo Discendente e con danno del nervo pudendo, si preferisce utilizzare la sonda vaginale circolare posta nella cavità vaginale a diretto contatto con il muscolo elevatore dell'ano e con il muscolo pubo-rettale al fine di comprendere nello stimolo direttamente il nervo pudendo e le sue diramazioni, lungo il decorso nel pavimento pelvico.

Il biofeedback, definito anche "condizionamento operativo", si basa sul principio che qualunque funzione, abitualmente involontaria dell'organismo, può essere controllata dalla volontà se è monitorata e portata alla conoscenza dell'individuo. Quindi, l'obiettivo del biofeedback è quello di portare alla conoscenza del paziente, per mezzo di segnali visivi, acustici e sensoriali, funzioni motorie o viscerali che normalmente non è in grado di controllare con la volontà. L'applicazione del biofeedback nell'I.F. ha lo scopo di far apprendere al paziente il meccanismo di contrazione

sfinteriale e di migliorarne la forza e la durata. La metodica può essere applicata mediante sonde anali pressorie od elettromiografiche.

La complessità dei fattori che giocano un ruolo nella continenza, giustifica una valutazione iniziale del paziente approfondita, in cui ogni dato clinico e strumentale concorre alla definizione di un mosaico diagnostico. Analogamente, il trattamento deve tener conto di tale complessità ed essere in grado di adeguarsi secondo le necessità individuali e la fase rieducativa in atto, perseguendo gli obiettivi identificati in fase valutativa. In quest'ottica, il trattamento deve essere una vera rieducazione funzionale, in cui tutti gli strumenti concorrono secondo un piano terapeutico unitario, potenziandosi a vicenda.

Rimane ancora molto difficile la predittività sui risultati del trattamento. La conservazione della sensibilità discriminativa sul contenuto rettale, potrebbe costituire un fattore prognostico positivo; al contrario, il tempo trascorso dall'insorgenza del problema è verosimilmente un fattore prognostico negativo, per la difficoltà di influire su situazioni anatomiche o funzionali già strutturate.

L'efficacia delle metodiche riabilitative nell'incontinenza fecale è ormai dimostrata da numerose esperienze riportate in letteratura. Risultati positivi vengono riportati tra il 70 e l'80%, confortati dall'accurata selezione dei pazienti da sottoporre alla riabilitazione. Il trattamento riabilitativo ha riportato alla piena continenza il 90% dei pazienti con lesioni iatrogene, con incontinenza fecale dopo interventi colo-rettali, con sindrome del perineo discendente e neuropatie del pudendo.