

VISITA PROCTOLOGICA

la visita prevede sempre una ecografia pelvica e vescicale a vescica piena. Al termine il paziente verrà invitato a svuotare la vescica per procedere a valutare se ha vuotato completamente la vescica oppure no. Infatti tutti i pazienti affetti da significativo prolasso rettale, indipendentemente dal sesso, sviluppano sempre un residuo post minzionale (RPM) significativo per cui viene sempre calcolato il volume di urine residuo in vescica all'atto dell'esame ecografico. Talvolta è invece opportuno procedere anche ad una ecografia specialistica detta endoanale con sonde endorettali nate per approfondire la diagnosi soprattutto dei tragitti fistolosi complessi.

I pazienti proctologici, proprio in virtù della loro malattia emorroidaria che colpisce il plesso venoso ano rettale (VAR), presentano importanti varici ano rettali e flebite con danno di quello speciale strato intimo della loro parete, che chiamiamo endotelio. E' proprio a causa di tale esteso danno dell'endotelio (lo strato dei vasi sanguigni unicellulare e più interno a contatto del sangue stesso), poiché da esso non può più essere liberata quella importante molecola paracrina (che agisce localmente nella stessa regione in cui è stata liberata) di ossido nitrico (NO).

L'**ossido nitrico** è prodotto dall'**endotelio** ma solo se i vasi sanguigni non hanno sviluppato un danno della loro parete. Esso agisce sui suoi recettori attraversando le membrane cellulari dei tessuti biologici limitrofi. Esistono molti recettori per la molecola gassosa di **ossido nitrico** lungo il tratto iniziale dell'uretra e del collo vescicale nella donna e dell'uretra prostatica (il canalino di passaggio delle urine) e del collo vescicale nell'uomo.

La molecola gassosa di **ossido nitrico** rappresenta il mediatore fondamentale della buona minzione, unitamente al sistema nervoso autonomo. Quando infatti il muscolo detrusore della vescica si contrae per uno stimolo squisitamente nervoso proveniente dalle radici del **nervo pudendo**, ecco intervenire il ruolo fortemente miorilassante sulla muscolatura liscia non volontaria della molecola gassosa (NO) che se prodotta normalmente nella camera pelvica posteriore, agisce sui suoi recettori del tratto prossimale dell'uretra e sul collo vescicale (l'imbuto stretto della vescica) rilassandolo ed "aprendo" l'uretra stessa che si allarga come un imbuto che consente in tal modo l'espressione della forza minzionale ed accoglie tutta la quantità del getto urinario che può così uscire completamente dalla vescica prima di richiudersi, realizzandone così l'intero svuotamento durante le fasi della minzione.

Nel caso di esteso danno endoteliale del plesso venoso ano rettale (le VAR della malattia emorroidaria) e del comunicante plesso venoso periprostatico, il volume del RPM (residuo urinario post minzionale) può essere anche pari o superiore al volume medio della stessa vescica. Purtroppo è difficile per il paziente rendersi conto da solo ed oggettivare tale tipo di problema. Proprio per tale regione è sempre importante nell'ambito di una visita proctologica uno studio e valutazione funzionale più estesa della pelvi maschile e femminile. Questi pazienti presentano frequentemente una pollachiuria diurna e qualche volta notturna: vale a dire che vanno ad urinare molto spesso e l'intervallo tra una minzione e l'altra è ridotto mediamente a 2-3 ore e talvolta, nelle riacutizzazioni della loro sindrome da ostruita evacuazione, anche ogni ora talvolta. È possibile che talvolta alcuni di questi pazienti riferiscano erroneamente una "incontinenza" urinaria o perdite di urina che non possono trattenere ma in realtà è assolutamente vero l'opposto in quanto non svuotano bene la loro vescica (che è sempre piena) e la minzione può talvolta avvenire addirittura per rigurgito di urine. Raramente in taluni di tali pazienti inconsapevoli ho dovuto procedere alla cateterizzazione nello stesso mio studio proctologico.

Tali quadri vanno sempre studiati nella prima visita poiché la vescica piena preme sull'esterno della concavità anteriore del retto chiudendolo ulteriormente al passaggio delle feci, reso già difficile dalla presenza di prolasso rettale e contribuendo allo sviluppo della sindrome da ostruita evacuazione, tipica in modo variabile, del paziente proctologico. Inoltre per la peculiarità dell'anatomia femminile diviene fondamentale rendere la paziente partecipe di tale problema in quanto la vescica, anche per il peso dell'utero, tende a traslare verso il basso determinando per tale esclusivo problema minzionale una condizione di danno anatomico della pelvi che definiamo **cistocele** nei suoi 4 gradi: tale danno anatomico è quindi conseguente al danno funzionale dell'endotelio vascolare nei plessi venosi della pelvici, peraltro tra loro ampiamente comunicanti. La vescica non prolasserà più solo dopo che avrò rimodellato i plessi venosi pelvici prima varicosi, recuperando la fisiologica pressione di tali vasi, prima ipertesi ed il cui endotelio dimostrerà di recuperare anche le sue funzioni endoteliali di produzione stabile di **ossido nitrico**.

Come chirurghi siamo obbligati a considerare, insieme ai nostri pazienti, che nessuno dei farmaci utilizzati per i disturbi minzionali dell'uomo e della donna investe il reale e vero meccanismo della minzione fisiologica, mediato in Natura esclusivamente dalla molecola gassosa di ossido nitrico: difatti i farmaci noti come alfa-bloccanti (farmaci urologici prostatici) sono molecole nate in origine per il controllo della pressione arteriosa e che agiscono su recettori poco specifici per il recupero della buona minzione. Sostituire del resto tali farmaci con una molecola gassosa sarebbe

impossibile, anche se è proprio questo il meccanismo che la Natura ha fornito all'uomo ed a tutti i mammiferi per il perfetto svuotamento vescicale. Come chirurghi constatiamo inoltre che illuderci di correggere le conseguenze anatomiche dei disturbi funzionali minzionali (come avviene nel sollevare chirurgicamente il prolasso vescicale o cistocele) vuol dire semplicemente correggere gli effetti e non le cause reali di quel problema clinico.

Come chirurgo che ha scelto dal 2005 la medicina rigenerativa come percorso terapeutico per tutti i suoi pazienti proctologici, sono molto consapevole che la rigenerazione e rimodellamento di tali varici ano rettali con il conseguente recupero dell'endotelio e di ogni sua attività funzionale è l'unica tecnica terapeutica in grado di recuperare tutte le preziose funzionalità della molecola gassosa pleiotropica di ossido nitrico nella pelvi maschile e femminile. Pertanto tutti i pazienti trattati con la TRAP-H nel mio studio, possono essere certi di recuperare sempre le loro alterate funzionalità minzionali. L' recupero minzionale di tali pazienti viene sempre documentato ecograficamente prima e dopo la guarigione clinica e ad ogni follow up e le ecografie vengono registrate e sono conservate in un server.

Tali **evidenze cliniche** e **strumentali** mi hanno insegnato moltissimo in tutti questi anni di esperienza clinica su migliaia di pazienti e nel ricordare che le **evidenze cliniche** rappresentano per ogni medico oltre che per il paziente guarito, il più alto coefficiente di una verità scientifica, unitamente constato che queste stesse **evidenze cliniche** sono il frutto di una mia esperienza personale e pionieristica di clinico ed alla quale non è ancora interessato l'attuale pensiero medico scientifico dominante in campo pelvico, se mai lo sarà. Del tutto aleatorio sarebbe quindi da parte mia, il desiderio di un differente pensiero unico uguale e contrario su tali interessanti argomenti: credo infatti che il valore di un atto medico risieda solo nella guarigione che dà senso al nostro lavoro di medici. Ai pazienti spetta la libertà di scelta consapevole della cura e del curante ed è proprio ciò che dà alla guarigione stessa il valore proprio di un atto personale ed autodeterminato.

Credo pertanto che si debba compiere, da parte dei pazienti cui mi rivolgo, un atto di fede nell'avvicinarsi alla rigenerazione in proctologia unitamente ad un consapevole rispetto verso le tante specifiche conoscenze ultra specialistiche e verso le possibilità dell'attuale medicina rigenerativa, che è ormai una straordinaria realtà. I pazienti devono poter compiere sempre il loro atto di fede e debbono esprimere una forte e consapevole intenzione di loro guarigione clinica: atto di fede ovviamente più facile per i tanti pazienti già operati o plurioperati e che si rivolgono da anni ai miei studi da tutta Italia ed anche da fuori Italia, per risolvere le recidive dei loro prolassi pelvici. Argomento questo che è molto più aperto di quanto si creda, unitamente alla

considerazione che non è affatto scontata la propria guarigione pelvica ed è solo un peccato che tale argomento non sia dibattuto abbastanza come si dovrebbe.

“Muovi, se vuoi muovere qualcosa, all’inizio della malattia, quando è all’acme, meglio se c’è quiete”. **Ippocrate padre della Medicina**, aforisma 29

“Non esistono malattie. Esistono solo malati”. **A. Trousseau**

“Ho imparato dalle malattie molto di ciò che la vita non avrebbe potuto insegnarmi in nessun altro modo”. **J.W. Goethe (1749-1832)**, cit. da **Johann Peter Eckermann** in: *Conversazioni con Goethe*.

“La vita è breve, l’arte lunga, il momento opportuno fuggevole, la pratica incerta, il giudizio difficile. Bisogna pensare non solo alle cose da fare, ma anche al malato, a chi assiste e ai fattori esterni.” **Ippocrate** padre della Medicina, aforisma 1 della prima sezione degli Aforismi Ippocratici.