

L'INCONTINENZA URINARIA MASCHILE.

COSA È, QUALI SONO I SINTOMI E COME POSSIAMO CURARLA.

Collana “piùinforma”



WHAT'S NEW IN
MONTALEGRO
CULTURA DELLA SALUTE





Prof. ALCHIEDE SIMONATO
Medico Chirurgo

Nato a S. Michele al Tagliamento
(VE) il 12/03/1961.

Laurea in Medicina e Chirurgia
presso l'Università degli Studi
di Trieste nel 1989.

Abilitazione all'esercizio della
professione Medico Chirurgica
nel 1989.

Specializzazione in Urologia
presso l'Università degli Studi
di Trieste nel 1994.

Professore Associato di Urologia
presso l'Università degli Studi di
Genova.

Dirigente Medico di 1° livello
presso la Clinica Urologica
"L. Giuliani" IRCCS Azienda
Ospedaliera Universitaria San
Martino - IST - Istituto Nazionale
per la Ricerca sul Cancro.

Alchiede Simonato garantisce di essere l'autore e l'unico titolare di ogni e qualsiasi diritto esclusivo relativo all'opera oggetto della pubblicazione "L'incontinenza urinaria maschile. Cosa è, quali sono i sintomi e come possiamo curarla".

Egli si impegna pertanto a garantire e manlevare l'Editore da eventuali pretese e/o azioni di terzi che rivendicassero diritti sull'opera oggetto della presente pubblicazione, impegnandosi a tenerlo indenne da ogni conseguenza pregiudizievole derivante dall'accertamento dell'altrui paternità dell'opera e/o di parti di essa.

CHE COS'È L'INCONTINENZA URINARIA?

L'incontinenza è la perdita involontaria di urina attraverso l'uretra integra.

QUANTI SONO I TIPI D'INCONTINENZA URINARIA?

Per semplificare distinguiamo tre tipi d'incontinenza urinaria:
da sforzo: insorge con i colpi di tosse, con gli starnuti, con una risata, in tutte le situazioni in cui la pressione addominale aumenta; colpisce più frequentemente le donne che hanno avuto più gravidanze; nei soggetti di sesso maschile in genere è una conseguenza di interventi chirurgici sulla prostata;

da urgenza: perdita di urina associata a desiderio impellente di urinare; è causata da un'iperattività detrusoriale (cioè da contrazioni vescicali involontarie dovute a una causa motoria) o è scatenata da un incremento della stimolazione nervosa che scatena il desiderio impellente di urinare (causa sensitiva); in pratica la vescica non riesce a riempirsi normalmente;

mista: coesistono contemporaneamente aspetti sia della incontinenza da sforzo sia di quella da urgenza.

IN QUALE MISURA L'UOMO VIENE COLPITO DALL'INCONTINENZA?

L'incontinenza urinaria interessa l'uomo intorno al 20%.

In particolare, gli uomini incontinenti nella fascia d'età compresa tra i 70 e gli 80 anni sarebbero circa la metà rispetto alle donne.

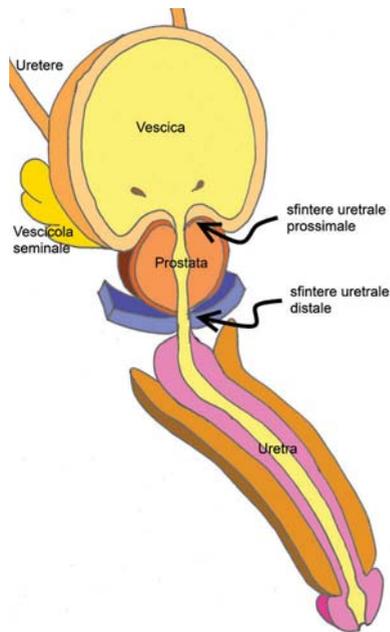
QUALE TIPO DI INCONTINENZA URINARIA INTERESSA L'UOMO?

La forma più frequente di incontinenza urinaria è quella da urgenza (40-80%), seguita da quella mista (10-30%) e in ultimo da quella da sforzo (10%).

QUANDO E PERCHÉ COMPARE L'INCONTINENZA URINARIA NELL'UOMO?

L'incontinenza urinaria maschile tende ad aumentare con l'età, come accade anche per il sesso femminile.

Nell'uomo questa patologia si può manifestare in Pazienti affetti da ipertrofia prostatica benigna, da patologie neurologiche responsabili di un progressivo deterioramento cognitivo e dei sistemi di controllo minzionale. Particolare rilievo ha assunto l'incontinenza urinaria in Pazienti sottoposti a prostatectomia radicale (l'intervento chirurgico che prevede l'asportazione in blocco della prostata e delle vescicole seminali). Questo tipo di chirurgia è responsabile d'incontinenza urinaria da sforzo in una percentuale variabile tra il 2 e il 60%.



QUALI STRUTTURE GARANTISCONO NORMALMENTE LA CONTINENZA NELL'UOMO?

In condizioni di normalità, la continenza nell'uomo è garantita dall'integrità di due distinte unità funzionali: lo sfintere uretrale prossimale e quello distale. Lo sfintere uretrale prossimale è localizzato nel collo vescicale. Lo sfintere uretrale distale è localizzato sotto l'apice prostatico; quest'ultimo contribuisce al meccanismo di continenza grazie all'integra-

zione tra fibre muscolari striate e fibre muscolari lisce, a loro volta strettamente connesse con la muscolatura striata del pavimento pelvico.

DOPO INTERVENTO PROSTATICO QUALE STRUTTURA ANATOMICA GARANTISCE LA CONTINENZA?

L'intervento distrugge sicuramente lo sfintere prossimale e la continenza è affidata totalmente allo sfintere distale. Se anche questo è danneggiato, compare un'incontinenza urinaria di grado variabile proporzionale al danno subito.

In altre parole, ogni Paziente sottoposto a terapia chirurgica prostatica per via endoscopica o a cielo aperto riceve inevitabilmente, per motivi anatomici, una lesione dello sfintere uretrale prossimale che si trova a livello del collo vescicale. Di conseguenza la continenza del Paziente è affidata allo sfintere uretrale esterno che si trova a livello dell'apice prostatico.

QUALI RISCHI D'INCONTINENZA CI SONO DOPO CHIRURGIA PROSTATICA PER NEOPLASIA E PER IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA?

Dopo prostatectomia radicale per carcinoma prostatico, l'incidenza dell'incontinenza urinaria da sforzo a 12 mesi dall'intervento varia dal 5% al 15-20%; il rischio di incontinenza dopo resezione endoscopica (transuretrale) della prostata per ipertrofia prostatica benigna è circa dell'1%.

COME SI MANIFESTA L'INCONTINENZA URINARIA DOPO CHIRURGIA PROSTATICA?

L'incontinenza urinaria post-chirurgica si può manifestare con caratteristiche diverse: associata a condizioni di sforzo (la tosse, lo starnuto, il sollevamento d'oggetti da terra o in situazioni di cambio

di postura), ma alcune volte può essere mista, associata cioè a urgenza (quando lo stimolo urinario improvviso non consente di arrivare fino al bagno). Nei casi più gravi la perdita d'urina è continua e il Paziente non riesce a interrompere lo sgocciolamento.

CI SONO ALTRI FATTORI CHE AUMENTANO IL RISCHIO D'INCONTINENZA DOPO CHIRURGIA?

Oltre ai problemi di tecnica chirurgica esistono fattori di rischio preoperatori dell'incontinenza come lo stadio della malattia, l'età del Paziente, alcune malattie del sistema nervoso e del sistema endocrino.

SI PUÒ GUARIRE DALL'INCONTINENZA URINARIA?

Sì. Esistono diverse terapie valide per trattare l'incontinenza urinaria maschile. Queste terapie devono essere però "calzate" sul Paziente per ottenere il miglior risultato clinico. Quando è possibile, è sempre bene iniziare con le terapie mediche e riabilitative.

TERAPIE MEDICHE

QUALI SONO LE TERAPIE MEDICHE E RIABILITATIVE?

La riabilitazione perineale è indicata come primo approccio terapeutico per l'incontinenza urinaria a tutti i livelli; può raggiungere il 70% di guarigione nei Pazienti con incontinenza lieve. Dopo l'intervento di prostatectomia radicale, ai Pazienti che presentano una lieve incontinenza viene sempre prescritto almeno un ciclo riabilitativo.

In alcuni casi è possibile ottenere buoni risultati con la farmacoterapia che tratta un'anormale attività vescicale (incontinenza da urgenza).

ESISTE UN FARMACO PER TRATTARE L'INCONTINENZA URINARIA DA SFORZO?

La duloxetina è l'unico farmaco indicato per l'incontinenza urinaria da sforzo. Il farmaco è abbastanza ben tollerato anche se la sua efficacia non è sempre adeguata nelle incontinenze iatrogene (cioè dovute a una terapia, generalmente chirurgica). Ai dosaggi maggiori può provocare nausea.

INIEZIONI PERIURETRALI

COSA SONO LE INIEZIONI PERIURETRALI?

Sono un tentativo mini-invasivo di trattare l'incontinenza da sforzo lieve e moderata.

La tecnica è semplice e quasi ambulatoriale: s'iniettano per via endoscopica o ecoguidata dei materiali attorno all'uretra che, comprimendola, cercano di ripristinare il meccanismo della continenza.

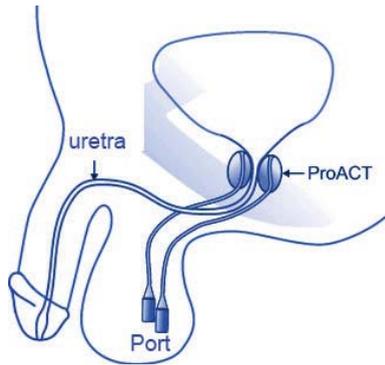
QUALI MATERIALI SONO USATI E QUALI RISULTATI È POSSIBILE OTTENERE?

Sono stati proposti diversi tipi di materiali biologici e sintetici inerti e anallergici da iniettare vicino allo sfintere uretrale. I risultati sono il più delle volte temporanei. Solitamente non vengono utilizzati proprio per questo motivo.

PROTESI REGOLABILI

COSA SONO LE PROTESI REGOLABILI?

Sono dei dispositivi che vengono impiantati chirurgicamente sul Paziente; possono essere in qualche modo regolati sia durante sia dopo l'intervento per garantire un funzionamento ottimale, adatto per il singolo Paziente.



I "PALLONCINI"

COSA SONO I PALLONCINI?

I palloncini sono un particolare dispositivo protesico che agisce sull'uretra con lo stesso meccanismo compressivo delle sostanze iniettabili, con il vantaggio di poter regolare il grado di compressione dell'uretra. Le protesi consistono in due palloncini espandibili, in silicone, posti ai lati dell'uretra e gonfiabili ambulatorialmente fino a ottenere il risultato desiderato.

QUESTI PALLONCINI FUNZIONANO?

Il funzionamento della protesi è legato soprattutto alla corretta e precisa posizione del dispositivo e alla giusta indicazione clinica. All'inizio l'intervento era eseguito sotto controllo fluoroscopico. Oggi posizioniamo la protesi in maniera precisissima sotto controllo ecografico. La manovra è possibile anche in anestesia locale.

È un intervento considerato mini-invasivo, indicato per le incontinenze da sforzo lievi e moderate; i risultati sembrano essere molto incoraggianti, con pochissime complicanze, anche se non c'è ancora un'evidenza totalmente riconosciuta a livello di società scientifiche.

CI SONO DELLE CONTROINDICAZIONI?

Ogni caso va studiato singolarmente; tuttavia una precedente radioterapia può essere una controindicazione relativa.

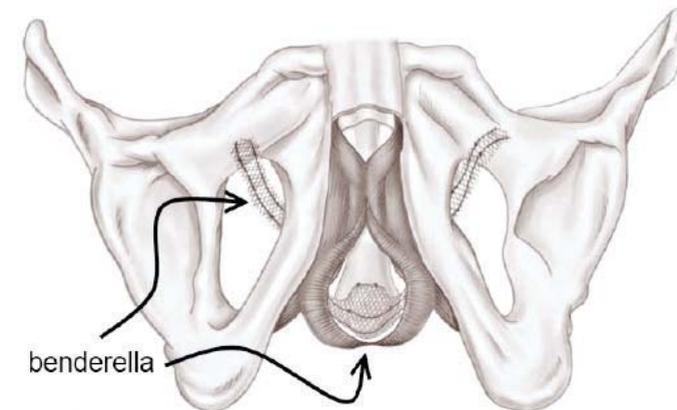
QUALI SONO LE POSSIBILI COMPLICANZE DEI PALLONCINI?

Il maggior pericolo sono le infezioni, come per tutte le protesi in silicone; tuttavia con un'adeguata profilassi antibiotica, questo rischio può essere considerato molto basso. Un altro problema può essere

il dislocamento (cioè i palloncini si possono spostare dalla sede di impianto), con conseguente ripresa dell'incontinenza. Altra evenienza possibile, anche se piuttosto rara, è l'erosione dell'uretra. Queste ultime due situazioni tuttavia non sono mai gravi: i dispositivi si rimuovono facilmente anche in ambito ambulatoriale.

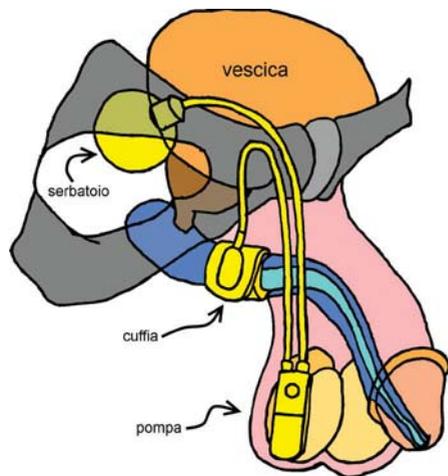
GLI "SLING" O BENDERELLE URETRALI

"Sling" significa "amaca" e in effetti questo tipo d'intervento consiste nel posizionare, con una procedura chirurgica, una benderella: nastro di materiale autologo (dello stesso Paziente), eterologo (di un animale di altra specie) o sintetico (di materiale non biologico) sotto l'uretra. È un intervento relativamente nuovo nell'uomo, ma già utilizzato da diversi anni nella donna. L'intervento può essere eseguito con diverse tecniche o tramite l'ancoraggio della benderella alle ossa del bacino con delle viti in titanio, tecnica in verità ormai superata, o con la tecnica emergente trans otturatoria (anch'essa mutuata dalla chirurgia dell'incontinenza femminile). È un intervento considerato mini-invasivo, indicato solitamente per le incontinenze da sforzo lievi e moderate e nell'uomo.



LO SFINTERE URINARIO ARTIFICIALE

Nei casi di incontinenza media e grave, il trattamento di scelta considerato ancora il gold standard è il posizionamento di uno sfintere urinario artificiale tipo AMS 800.



CHE COS'È E COM'È FATTO UNO SFINTERE ARTIFICIALE?

È una protesi idraulica in silicone studiata per mantenere la continenza e permettere una minzione spontanea e volontaria. Questo dispositivo è composto da:

- una cuffia circolare che avvolge l'uretra, chiudendola;
- un serbatoio che serve a trasferire il liquido presente nella cuffia per poter urinare che viene posizionato in addome;

- una pompa di attivazione (posizionata nello scroto) che apre lo sfintere.

Oggi in via di studio e di valutazione ci sono dispositivi che raggruppano serbatoio e pompa in un unico componente.

È UN INTERVENTO LUNGO E DIFFICILE?

No, è un intervento che viene eseguito in poco più di mezz'ora, con due piccole incisioni (una sotto lo scroto e una sopra l'inguine). L'intervento non è difficile in mani esperte.

Nei Pazienti che hanno fatto la radioterapia, l'impianto richiede tecniche chirurgiche particolari un po' più complesse.

QUANTO DURA LA DEGENZA?

La degenza è di un giorno circa.

DOPO OPERATO SONO SUBITO CONTINENTE?

No, dopo l'intervento lo sfintere rimane disattivato per un mese circa per favorire i processi di guarigione e di adattamento dell'organismo alla protesi. Passato questo periodo, la protesi viene attivata e nel giro di poche ore si ristabilisce la continenza.

QUALI SONO LE COMPLICANZE PIÙ FREQUENTI?

La complicanza più frequente è l'erosione dell'uretra da parte della cuffia, che avviene solitamente entro i primi 18 mesi dall'impianto. Le altre complicanze sono quelle comuni di tutti gli impianti protesici in silicone correlate alle infezioni. I dislocamenti (lo spostamento) di alcune parti della protesi (pompa e serbatoio) raramente compromettono il funzionamento.

È DIFFICILE UTILIZZARE LO SFINTERE ARTIFICIALE?

Non è difficile, ma è necessario un minimo di manualità per attivare (premere) la pompetta che è localizzata nello scroto.

QUAL È LA "VITA" DELLO SFINTERE ARTIFICIALE? SI POSSONO VERIFICARE MALFUNZIONAMENTI?

La durata di uno sfintere artificiale è di circa 10-12 anni, ma può durare più a lungo.

Come tutti i dispositivi meccanici, può presentare dei malfunzionamenti, molto rari.

In conclusione, il trattamento dell'incontinenza dopo chirurgia prostatica è complesso ma risolvibile.

A oggi non esiste la possibilità di un unico trattamento efficace per tutti i tipi di incontinenza, per cui il Medico deve avere una buona dimestichezza con tutte le tecniche valide e dare le giuste indicazioni al singolo caso.

PUBBLICAZIONE

What's new in

COLLANA

piùinforma



MONTALLEGRO

TITOLO

L'incontinenza urinaria maschile. Cosa è, quali sono i sintomi e come possiamo curarla.

AUTORE

Prof. Alchiede Simonato

EDIZIONE

Casa di Cura Villa Montallegro

DIRETTORE RESPONSABILE

Francesco Berti Riboli

HA COLLABORATO

Mario Bottaro (Redazione)

Stampato nel mese di maggio 2013



COLLANA "PIÙINFORMA"

Guida alla prevenzione delle malattie dei tempi moderni.

Nell'ultimo secolo l'aspettativa di vita media della popolazione italiana ha fatto un balzo avanti di oltre 20 anni. Se ai primi del '900 un neonato poteva sperare di raggiungere i 50 anni, oggi sa che molto probabilmente supererà gli 80.

Questo ha comportato un cambiamento radicale nella percezione della salute (e della malattia). Sono aumentate le forme croniche, dovute all'usura del corpo e alle abitudini di vita e alimentari tipiche del benessere e del mondo occidentale; oggi non si muore più (o quasi più) di polmonite, ma ci si ammalia di artrosi, diabete o ipertensione arteriosa. "piùinforma" vuole offrire ai nostri Pazienti un aiuto nella prevenzione, nella diagnosi e nella terapia delle malattie croniche che non ci consentono di sentirci "in forma".

Altre pubblicazioni della stessa collana:

La cataratta. Cosa è, quali sono i sintomi e come possiamo curarla.

L'ipertrofia prostatica benigna. Cosa è, quali sono i sintomi e come possiamo curarla.

Il russamento. Cosa è e come possiamo curarlo.

L'ernia inguinale. Cosa è, quali sono i sintomi e come possiamo curarla.

Le allergie respiratorie. Cosa sono, quali sono i sintomi e come possiamo curarle.

CASA DI CURA VILLA MONTALLEGRO

Via Monte Zovetto, 27 - 16145 Genova - Tel. +39 010 35311 - Fax +39 010 3531 397

Call center +39 010 3531.283 (lunedì - venerdì dalle ore 9 alle 13 e dalle ore 13.30 alle ore 18)

clienti@montallegro.it - info@montallegro.it - www.montallegro.it

