

Incontinenza: che cosa offre la chirurgia



Prof. Carlo Terrone
Urologo
Coordinatore Comitato
Scientifico S.I.U.
Società Italiana di Urologia

La chirurgia prostatica può determinare come complicanza un'incontinenza urinaria. Tale condizione può compromettere fortemente la qualità di vita del paziente. Oggi esistono molteplici soluzioni chirurgiche mini-invasive che consentono nella gran parte dei casi di risolvere tale problema.

Il tumore della prostata rappresenta oggi la neoplasia più frequentemente diagnosticata nel maschio. Gli studi epidemiologici ci dicono che costituisce, infatti, il 20% di tutti i tumori maligni scoperti sopra i 50 anni. I numeri traducono ancora meglio questo concetto: nel 2011 sono stati registrati in Italia 42.000 nuovi casi di tumore della prostata su 200.000 tumori maligni nella popolazione maschile. Lo stesso avviene in ambito europeo,

come dimostra la tabella 1. Fortunatamente, non tutti i casi di tumore della prostata richiedono un trattamento chirurgico, anche se la chirurgia oggi continua a rappresentare il trattamento di scelta per una discreta parte dei carcinomi della prostata non metastatici, con risultati oncologici nettamente soddisfacenti.

Nel 2010 sono state eseguite in Italia 14.000 prostatectomie radicali. Questo intervento si prefigge lo

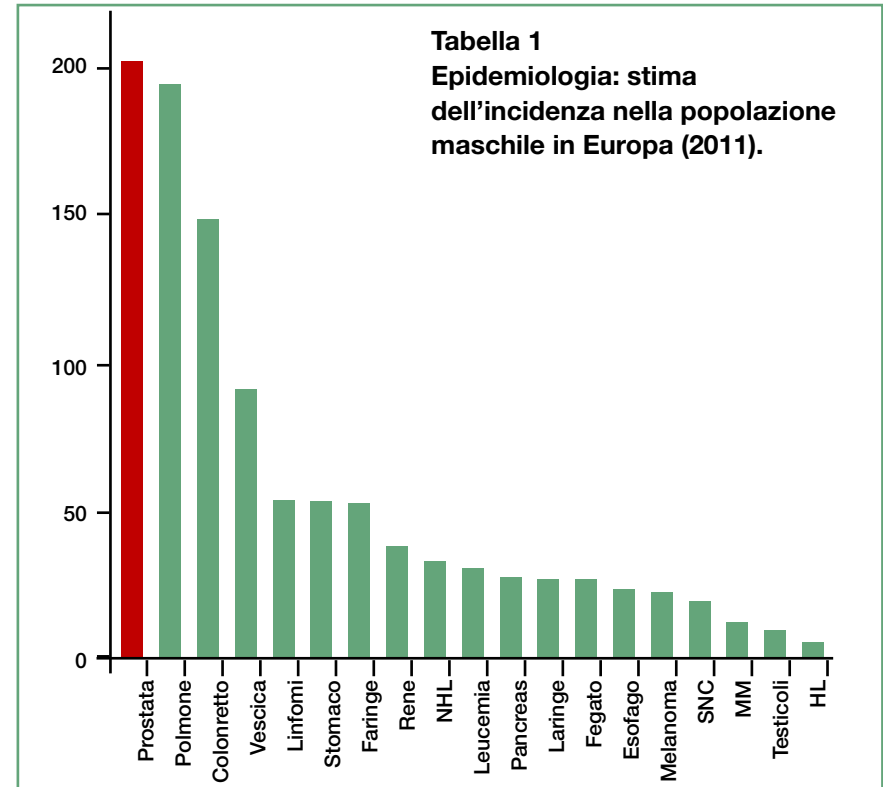


scopo di asportare “radicalmente” il contenuto della loggia prostatica, ovvero: prostata, vescicole seminali, ampolle deferenziali e, laddove indicato, anche le ghiandole linfatiche tributarie della prostata. Lo scopo dell'intervento è di asportare completamente la malattia fornendo al meglio tutti i parametri per la stadiazione patologica (diffusione locale della malattia, determinazione del suo grado di aggressività), utile per stabilire la prognosi e per valutare l'opportunità di terapie aggiuntive, quali il trattamento ormonale e/o radiante.

A fronte dell'obiettivo curativo, la prostatectomia radicale può avere conseguenze molto rilevanti sulla qualità della vita futura dell'uomo, in particolare per quanto riguarda la potenza sessuale e la continenza urinaria. Gli intimi rapporti anatomici esistenti fra prostata e strutture sfinteriche e neurovascolari (Fig. 1) permettono di spiegare il decadimento o addirittura la perdita definitiva della funzione sessuale (deficit di erezione) e della continenza (essenzialmente incontinenza da sforzo).

L'affinamento delle conoscenze anatomiche e delle tecniche chirurgiche consente oggi di limitare tali complicanze, ma la percentuale di pazienti che riporta un'incontinenza urinaria e/o un deficit erettile dopo prostatectomia radicale continua ad essere non trascurabile. Mentre la perdita della funzione sessuale è meglio “tollerata” nei pazienti più anziani, ed in alcuni casi tale funzione era già scomparsa prima dell'intervento chirurgico, la presenza dell'incontinenza urinaria è invece una condizione che, se permanente, condiziona in maniera definitiva la quotidianità di ogni uomo che ne soffre.

L'incontinenza urinaria tende a migliorare con il tempo, raggiungendo una situazione di plateau a distanza di uno, massimo due anni dall'intervento chirurgico. Nel corso di questo periodo, il pa-



ziente deve essere costantemente seguito dall'urologo ed adeguatamente addestrato ad eseguire degli esercizi per rinforzare i muscoli del piano perineale. Esistono centri fisioterapici che si occupano di tali problematiche, valutando accuratamente il paziente (giudizio

fisiatrico della forza, delle sinergie e della coordinazione muscolari) e fornendogli il necessario supporto (riabilitazione dei muscoli del pavimento pelvico con o senza Biofeedback e stimolazione elettrica dei muscoli). La fisiochinesiterapia può essere eventualmente asso-

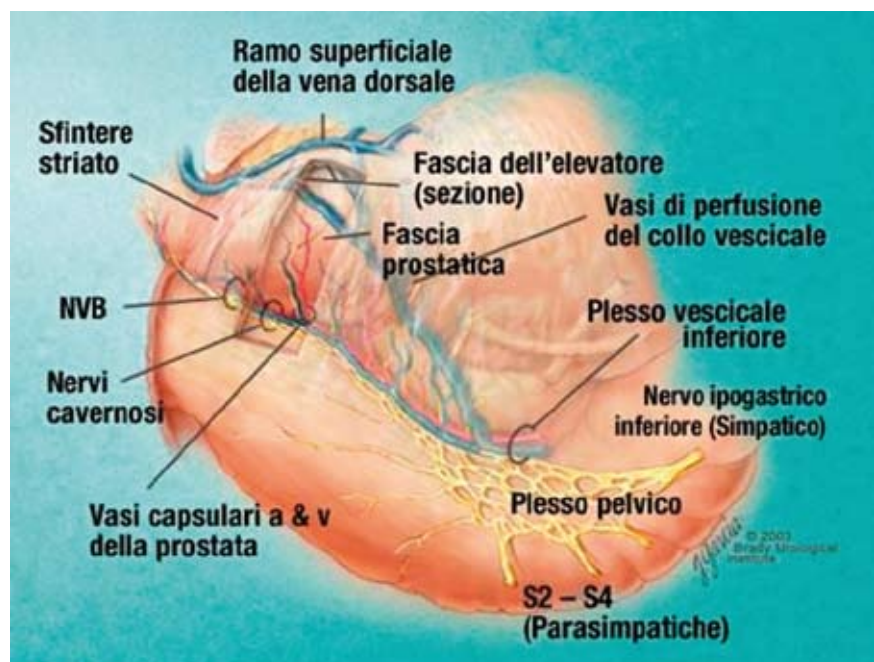


Fig. 1 - Anatomia della loggia prostatica

ciata a una terapia farmacologica (duloxetina).

Nel caso in cui l'incontinenza non si risolva con il passare del tempo, il paziente si rivolgerà allo specialista per cercare di ovviare al problema. Sarà compito dell'urologo verificare il grado di funzione residua dello sfintere uretrale (capacità o meno di interrompere il getto dell'urina, quantità delle perdite sotto sforzo di giorno e, in certi casi, anche di notte) e la funzione vescicale (capacità, presenza o meno di contrazioni anomale del muscolo vescicale). Soprattutto dopo la radioterapia, che può venire eseguita come trattamento

Il paziente che presenta un'incontinenza urinaria persistente a distanza di tempo dalla prostatectomia radicale non deve essere destinato all'impiego di pannolini

complementare alla chirurgia (malattia non organo confinata o con margini positivi), può capitare che la parete vescicale perda di elasticità e conseguentemente anche di capacità e/o che lo sfintere venga ulteriormente danneggiato.

Lo specialista chiede uno studio funzionale (esame urodinamico) e un esame radiologico (uretrocistografia) per meglio conoscere i parametri oggettivi dell'incontinenza e per meglio pianificare il trattamento.

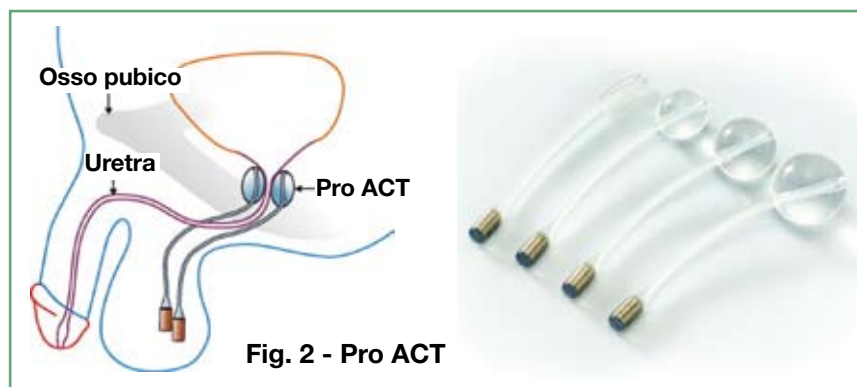
Il paziente che presenta un'incontinenza urinaria persistente a distanza di tempo dalla prostatectomia radicale non deve essere destinato all'impiego di pannolini, purtroppo ancora troppe volte visto come ripiego al problema dell'incontinenza. Qualora il paziente non abbia mai eseguito in modo adeguato una riabilitazione del pavimento pelvico, dovrà essere avviato a tale trattamento conservativo. Nel caso di insuccesso o comunque di un risultato non soddisfacente della fisiochinesiterapia, l'unico rime-

dio è rappresentato dalla terapia chirurgica protesica.

Qualunque paziente sottoposto a prostatectomia radicale, con una normale funzione vescicale e in assenza di ostruzioni uretrali, anche se sottoposto a successiva radioterapia, può essere sottoposto ad un intervento chirurgico mirato all'impiego di un dispositivo protesico in grado di compensare o sostituire il difetto sfinterico.

Va premesso che la chirurgia protesica presenta alcune particolarità che vanno ben spiegate al paziente prima di affrontare l'iter di un intervento: la protesi può produrre dolore, anche per diverse settimane, può generare infezione e conseguente necessità di rimuovere la protesi stessa, può produrre danni all'uretra, in particolare atrofia ed erosione e quest'ultima condizione spesso costringe il chirurgo ad agire d'urgenza per evitare danni maggiori. Le protesi più complesse, quali gli sfinteri artificiali, possono essere soggette a malfunzionamento e necessitare di sostituzione di uno o più componenti. Inoltre, e questo è un aspetto di non poco conto, in sede di consulto pre-operatorio non si può

promettere con assoluta certezza la continenza, cioè non si può garantire il risultato definitivo a seguito di un intervento considerato "leggero" e "banale" rispetto al più impegnativo intervento già subito in precedenza. Questa chirurgia, frutto dell'esperienza di centri dedicati e maturata attraverso un costante aggiornamento ed una revisione della casistica, deve basarsi sui risultati di ogni centro e non su quella di generiche casistiche internazionali. Il tipo di intervento che verrà consigliato dipenderà dal grado di incontinenza (valutato tramite numero di pannolini impiegati, peso di ciascun pannolino sostituito, parametri urodinamici, perdite solo diurne o anche notturne). L'incontinenza lieve e moderata può essere trattata con dei palloncini che si applicano mediante un piccolo accesso a livello perineale, fra scroto e ano. Questi palloncini vengono collocati, mediante guida ecografica transrettale, ai lati dell'uretra, in prossimità della vescica e possono essere riempiti progressivamente nel tempo fino a ottenere il risultato desiderato. Questo dispositivo si chiama Pro ACT - www.uromedica-inc.com/it/ - ed è raffigurato nella figura 2. Quando l'incontinenza è maggiore, trovano indicazione i cosiddetti sistemi a "sling". Si tratta di protesi costituite da diverso materiale (silicone o polipropilene, un polimero molto duttile dalla consistenza molto rigida) che forniscono un

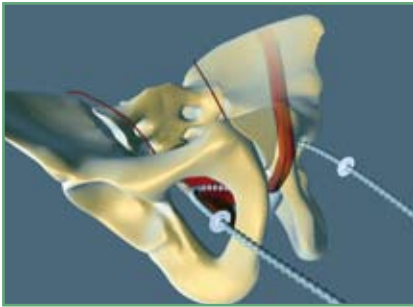




Advance XP



Atoms



Argus



Virtue

supporto all'uretra, producendone in modo più o meno consistente una compressione o un sollevamento. Le caratteristiche tecniche di alcuni di essi le rendono modulabili, ovvero esiste la possibilità di regolare la tensione/compressione

Fig. 3 - Sfintere artificiale AMS 800 e suo funzionamento. Per mingere il paziente preme sulla pompa presente nello scroto e determina lo svuotamento della cuffia posta intorno all'uretra. Dopo un tempo sufficiente per lo svuotamento della vescica il liquido tornerà spontaneamente dal serbatoio alla cuffia e il paziente sarà nuovamente continente fino alla minzione successiva

intorno all'uretra anche in un secondo tempo, a distanza di mesi dall'intervento, migliorando di fatto la continenza. A differenza dei palloncini, questi sono interventi chirurgici maggiormente invasivi e che richiedono una più lunga degenza ed un'osservazione post operatoria adeguata.

Fra i nomi di questi dispositivi, ricordiamo Advance XP - www.americanmedicalsyste.ms.com, Atoms - www.innovamedica.com, Argus - www.promedon.com - e Virtue - www.coloplast.com Quando il deficit sfinterico produce un'incontinenza totale (diurna e notturna) oppure nel caso di un insuccesso di una precedente chirurgia per incontinenza, rimane l'ultima arma a disposizione, rap-

presentata dallo sfintere artificiale. È il dispositivo protesico più complesso oggi utilizzabile e che richiede una partecipazione attiva da parte del paziente che deve agire manualmente sulla pompa di controllo per garantire il corretto funzionamento. Il sistema, una sorta di anello sempre gonfio di acqua intorno all'uretra, permette il riempimento della vescica ed il normale stimolo minzionale. Sarà il paziente stesso a stabilire il giusto momento per eseguire la minzione, creando un evento di incontinenza controllata, premendo con le dita sulla pompa (posta all'interno dello scroto) e determinando lo svuotamento dell'anello intorno all'uretra. In figura 3 è rappresentato il modello più comune di sfintere artificiale (AMS 800).

Lo sfintere artificiale permette di raggiungere un grado ottimale di continenza. I sistemi protesici e i Pro ACT presentano risultati variabili a seconda del grado di incontinenza e della tipologia di paziente (per esempio, se ha subito radioterapia oppure no). Le percentuali di successo (comprendendo la continenza totale e il miglioramento dell'incontinenza) superano comunque il 60% e la maggioranza dei pazienti risulta soddisfatta. Nel rapporto medico-paziente, ancora una volta in più quando si affronta il capitolo del trattamento chirurgico dell'incontinenza urinaria maschile, vale la regola di spendere bene le parole adatte.

Le tecniche ed i materiali oggi disponibili permettono di rimediare efficacemente al problema dell'incontinenza anche se sappiamo bene che la protesi ideale non esiste. La chirurgia protesica è priva di rischi per la salute generale del paziente ma presenta potenziali complicanze e necessità di re-interventi ancora oggi non trascurabili. La presenza di centri dedicati unita al rinnovato interesse in campo bio-ingegneristico permetteranno di perfezionare le tecniche oggi in uso e di sviluppare nuovi materiali. ■



Fig. 3

