Incontinenza urinaria maschile post-chirurgica: dalla diagnosi alla terapia

UOC UROLOGIA, Azienda USL di Parma,
Presidio Ospedaliero di Fidenza-Vaio

Direttore: Dott. Andrea Prati

PARTE 1: Dalla Clinica alla Diagnostica

Dott. Michele Cotugno

DEFINIZIONE di INCONTINENZA URINARIA

- QUALSIASI PERDITA INVOLONTARIA DI URINA ATTRAVERSO L'URETRA (***International Continence Society***)

TIPOLOGIE (ICS: International Continence Society)

- Incontinenza urinaria da SFORZO: **sforzo, esercizio fisico secondaria all'aumento della pressione endoaddominale in assenza di contrazioni detrusoriali** (colpi ti tosse, sternuti, m. valsava ecc)
- Incontinenza urinaria da URGENZA: **accompagnata o immediatamente preceduta da stimolo minzionale non controllabile (urgenza);** secondaria a **contrazioni detrusoriali non inibibili** che superano la pressione di chiusura uretrale

EPIDEMIOLOGIA dell'IU FEMMINILE

(Stroup et al. MOSE group. JAMA, 283: 2008,2000)

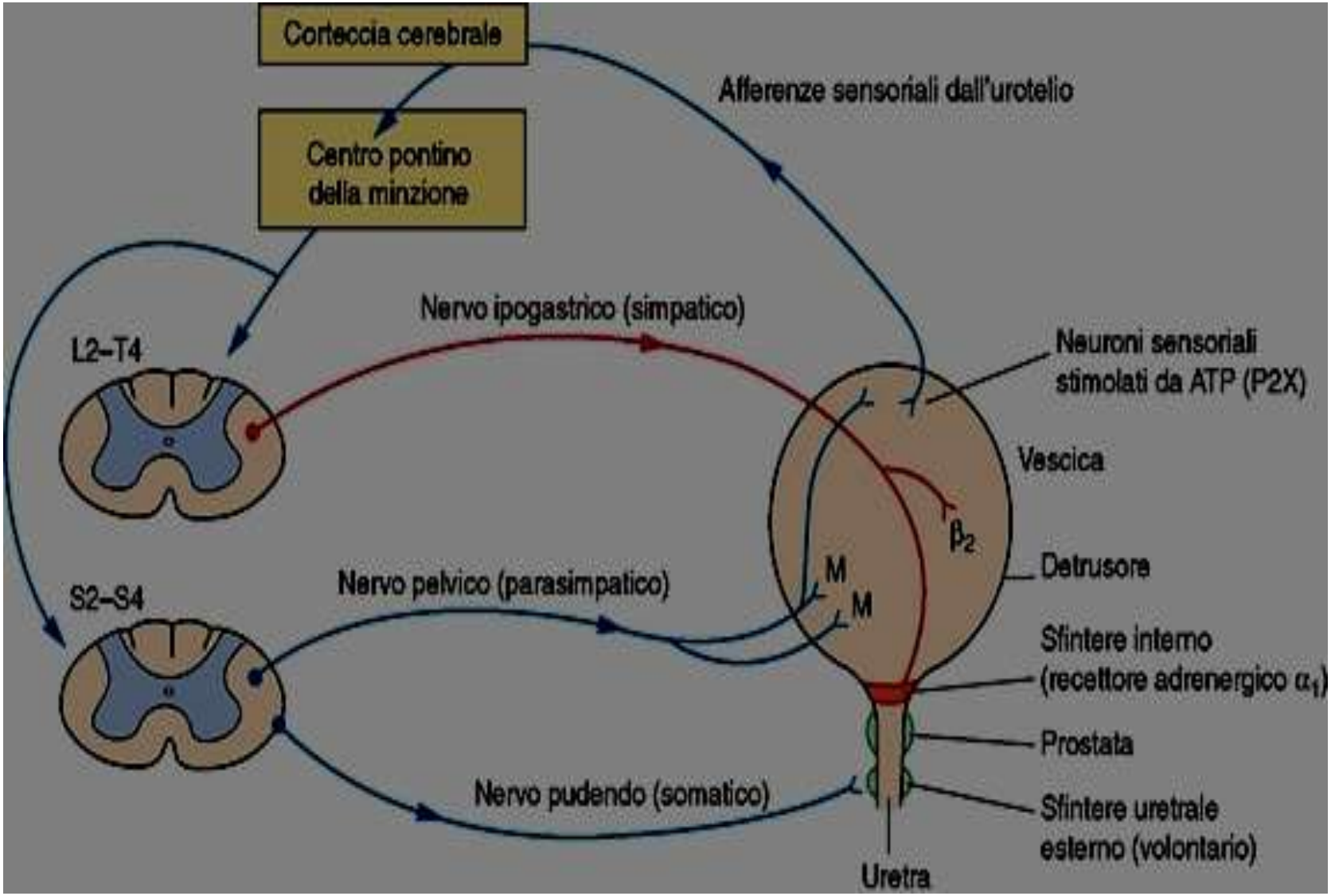
- INCONTINENZA URINARIA (qualsiasi perdita involontaria di urina): Prevalenza **37%** Incidenza **5-11 nuovi caso/1000/anno** dopo i 60 anni
- Incontinenza urinaria SEVERA (> 5 pannolini/die): **6-10%**
- IU da sforzo: **50%**
- IU mista: **30%**
- IU da urgenza: **16%**
- Altro: 4%
- Fattori di rischio: età, menopausa, gravidanza, parto, malattie neurologiche, isterectomia

EPIDEMIOLOGIA DELLA IU MASCHILE

(Temml et all: Urinary incocntinence in both sexes: prevalences rates and impact of quality of life and sexual life. Neurourol Urodyn, 19: 259, 2000)

- INCONTINENZA URINARIA (qualsiasi perdita involontaria di urina): Prevalenza **11-34%** dopo i 60 anni, Incidenza: poca letteratura ad oggi
- IU da URGENZA: 40-80% (IPB-LUTS)
- IU MISTA: 10-30%
- IU da SFORZO: 10%
- Fattori di rischio: Età, LUTS da IPB, malattie neurologiche, prostatectomia radicale

FISIOLOGIA DELLA MINZIONE



RIEMPIMENTO VESCICALE

- **CENTRO PONTINO della Minzione INIBITO**
- SNA SIMPATICO ++++
- SNA PARASIMATICO +

- Inibizione del Detrusore (rec. Beta); Aumento del tono muscolatura liscia del collo vescicale e dell'uretra prossimale-intermedia/sfintere uretrale prossimale (rec. Alfa adrenergici)

FASE DI SVUOTAMENTO

- **CENTRO PONTINO DELLA MINZIONE ATTIVATO** dalla PAG (Sostanza Grigia Periacqueduttale): Capacità vescicale >450-500 ml per stiramento soglia dei tensocettori e nocicettori
- SNA PARASIMPATICO ++++
- SNA SIMPATICO +
- Contrazione Detrusoriale (recettori muscarinici), rilasciamento dello sfintere uretrale prossimale (recettori alfa adrenergici)

CONTROLLO VOLONTARIO DELLA MINZIONE

- Sfintere URETRALE DISTALE (2 componenti: interna ed esterna)

- Componente interna (**rabdosfintere propriamente detto**): fibre a lenta contrazione (tipo 1) che mantengono il TONO MUSCOLARE con recettori colinergici (nervo pudendo + rami del plesso pelvico + influenze serotoninergiche e noradrenergiche sul nucleo di Onuf)

- Componente esterna (la parte piu' interna del diaframma urogenitale): fibre a veloce contrazione (tipo 2) del muscolo pubo coccigeo (nervo pudendo)

Incontinenza Urinaria Maschile da URGENZA (1)

- Forma più frequente (50% dei casi)
- Il 60% dei pazienti con IPB esibisce alla cistomanometria Iperattività Detrusoriale (Abramas et al. Detruor instability an blader outlet obstruction. Neurourol Urodyn, 1985. 4: p.317)
- I 2/3 di questi paziente dopo TURP mostrano scomparsa di iperattività detrusoriale (Abramas et al. Detruor instability an blader outlet obstruction. Neurourol Urodyn, 1985. 4: p.317)
- Altre cause: neuropatie, IVU, neoplasie, radioterapia oppure Iperattività Detrusoriale Idiopatica con Incontinenza
- La presenza o meno di Incontinenza associata ad urgenza dipenderà anche dalla PRESSIONE

Incontinenza Urinaria Maschile da URGENZA (2)

- OSTRUZIONE ALL'EFFLUSSO:
  - 1. **Parziale denervazione colinergica detrusoriale (**IPERSENSIBILITA' ad ACH e ATP**)**
  - 2. **Alterazioni nelle proprietà del muscolo Detrusore** (deterioramento della contrattilità ed alterazione delle proprietà elettriche delle cellule con instabilità di membrana)
  - 3. Espressione di NGF (Ipertrofia dei neuroni afferenti ed efferenti con conseguente riorganizzazione anomala del riflesso spinale

INCONTINENZA DA URGENZA MASCHILE- CLINICA e DIAGNOSTICA

- Quasi sempre associata a **LUTS da IPB** (nicturia, pollachiuria, mitto ipovalido, mitto prolungato, esitazione preminzionale ecc)

- Inquadramento diagnostico:
  - **Anamnesi** (escludere le altre cause secondarie: radioterapia, neuropatie, diuretici, FANS ecc) + **Diario Minzionale**
  - **PSA, Esame Urine ed Urocoltura** (escludere IVU sopratutto se il paziente riferisce stranguria/ematuria/iperpiressia)
  - **EDR** (presenza o meno di IPB o Prostatite)
  - **Ecografia Reno-Vescicale + RPM** (fondamentali nell' IPB)
  - **Citologia Urinaria su 3 campioni + eventuale Cistoscopia** (nel sospetto k vescicale: fumatore, > 50 anni, fatt. rischio lavorativi, anamnesi personale + per k vescicale ecc)
  - **ESAME URODINAMICO** : nei casi dubbi per Iperattività

INCONTINENZA URINARIA MASCHILE DA SFORZO

- Circa il 10% delle IU nell'uomo
- Lesioni dello sfintere ureterale distale (rabdosfintere propriamente detto) dopo chirurgia prostatica :
  - TURP, HOLEP, PVP: 1% a 12 mesi (Van. Melick et al. A randomized controlled trial comparing transurethral resection of the prostate, contact laser prostatectomy and electrovaporization in men with IPB: analysis of subjective changes, morbidity and mortality. J Urol, 169, 2003)
  - Adenomectomia Prostatica Laparotomica: 3 % a 12 mesi (International Continence Society Guidelines)
  - PROSTATECTOMIA RADICALE: 10 -15 % (media), (International Continence Society Guidelines 2016)

Incontinenza da Sforzo Post-Prostatectomia

- Continenza a 12 mesi (ICS Guideline 2016):
  - Laparotomica: 60-90%
  - Laparoscopica: 65-95%
  - Robotica: 90-97%
  - **Esperienza del Chirurgo**: Centri di Eccellenza PR Laparotomica e Laparoscopica, IU Significativa (> 2 pannolini/die) 5-10% (Walsh et al: The status of radical prostatectomy in the United States in 1993: where do we go from here. Journal of Urology, 1993: p 622-)
  - **Lesione** alla **componente muscolare** e/o della **componente nervosa (rami del. N Pudendo)** da cauterizzazione, trazione

IU da Sforzo Maschile (Clinica e diagnostica)

- **Anamnesi** (Perdita involontaria di Urina dopo sforzi a seguito di chirurgia prostatica!) + **Diario Minzionale**
- **PAD TEST** (1 ora: più utilizzato sec. ICS):
- - Lieve: perdite < 10 g
- - Moderata: perdite tra 11 e 50 g
- - Grave: > 50 g
- **E.O**: Stress Test positivo
- **CISTOSCOPIA** : **Valutazione accurata dello**

TAKE HOME MESSAGE

1. La **prevalenza** dell'**IU** nell'uomo va dal **11** al **34**% dopo i 60 anni e la forma **più frequente** è la **IU da URGENZA (40-80%)**

2. **Causa più frequente** di **urge incontinence** nell'uomo è l'**IBP** per **alterazioni di contrattilita' ed innervazione del muscolo detrusoriale**

3. Fondamentale risulta l'**inquadramento clinico a 360°** del paziente visto il complesso quadro sindromico che ne deriva (**LUTS**) e le diverse **stretegie terapeutiche possibili** per l'**IPB** e l'**urgenza** + eventuale i**ncontinenza** ad essa

TAKE HOME MESSAGE

6. **IU da sforzo: 10% delle IU nell'uomo** (forma meno frequente)

7. **Interventi disostruttivi prostatici** (TURP ecc) **RARAMENTE** danno incontinenza: **1%**

8. La Prostatectomia Radicale: causa più frequente (10-15% prostatectomizzati) ma molto dipende dall'esperienza del chirurgo (**casistiche operatorie**) e dall'approccio chirurgico (**robotica**)

9. **Anamnesi + E.O (stress test) sono spesso dirimenti** + conferma mediante **cistoscopia ambulatoriale** (presenza ed entità del deficit