

**75° CONGRESSO
NAZIONALE**



Potenziare la medicina generale per migliorare l'Active Ageing

1-6 ottobre 2018

Complesso Chia Laguna - Domus de Maria (CA)

L'incontinenza urinaria post-chirurgica: cause e trattamenti

Dr. Angelo Di Santo



ISTITUTO DELLE
FIGLIE DI SAN CAMILLO

Incontinenza urinaria

«Qualsiasi perdita involontaria di urina»



Neurourology and Urodynamics (2002; 21:167-178 e 2006; 25:293)

Incontinenza urinaria

Anche nell'uomo, come nella donna:

- **IUU** (Incontinenza urinaria da urgenza)
- **IUS** (Incontinenza urinaria da sforzo)
- **IUM** (Incontinenza urinaria mista)

Wein, A.J., *Classification of neurogenic voiding dysfunction*. J Urol, 1981. **125**(5): p. 605-9.

Blaivas, J.G., *Pathophysiology of lower urinary tract dysfunction*. Urol Clin North Am, 1985. **12**(2): p. 215-24.

Blaivas, J.G., et al., *Definition and classification of urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic Society*. NeuroUrol Urodyn, 1997. **16**(3): p. 149-51.

Incontinenza urinaria

I.U.U.

«Anomalia vescicale»



- Wein, A.J., *Classification of neurogenic voiding dysfunction*. J Urol, 1981. **125**(5): p. 605-9.
- Blaivas, J.G., *Pathophysiology of lower urinary tract dysfunction*. Urol Clin North Am, 1985. **12**(2): p. 215-24.
- Blaivas, J.G., et al., *Definition and classification of urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic Society*. Neuroroul Urodyn, 1997. **16**(3): p. 149-51.

Definition of OAB

The International Continence Society (ICS) defines OAB as:

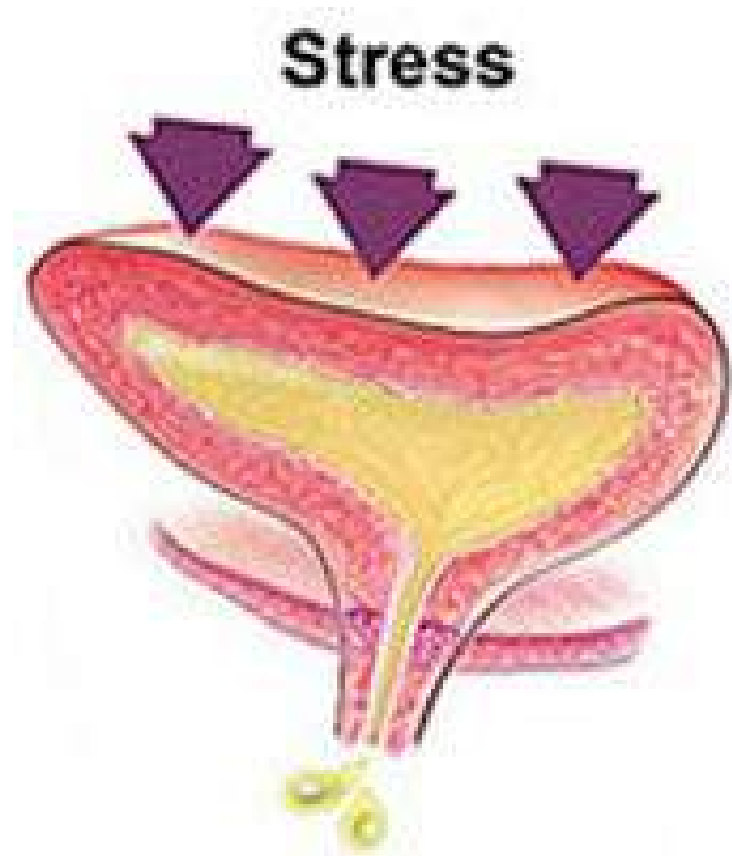
- The presence of “urinary urgency, usually accompanied by frequency and nocturia, with or without urge incontinence, in the absence of UTI or other pathology.”
- OAB is based on symptoms and it is a clinical syndrome.
- While detrusor overactivity (DO) is a urodynamic observation, characterized by involuntary detrusor contractions during the filling phase.
- OAB and DO are different terms.

Abrams et al, 2002

Incontinenza urinaria

IUS

«Anomalia sfinterica»



Wein, A.J., *Classification of neurogenic voiding dysfunction*. J Urol, 1981. **125**(5): p. 605-9.

Blaivas, J.G., *Pathophysiology of lower urinary tract dysfunction*. Urol Clin North Am, 1985. **12**(2): p. 215-24.

Blaivas, J.G., et al., *Definition and classification of urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic Society*. NeuroUrol Urodyn, 1997. **16**(3): p. 149-51.

Incontinenza urinaria

IUM

«Combinazione delle due precedenti»



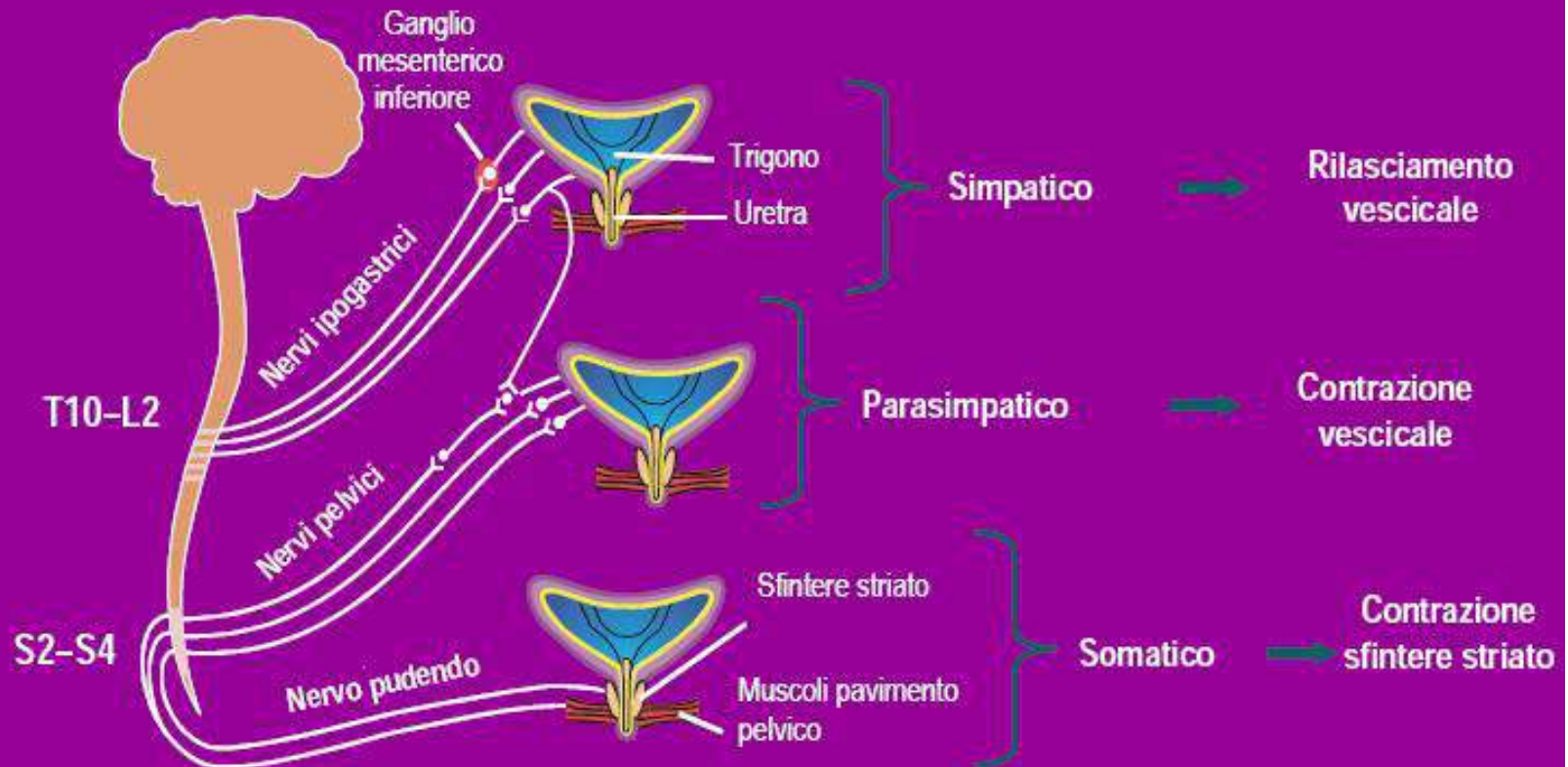
Wein, A.J., *Classification of neurogenic voiding dysfunction*. J Urol, 1981. **125**(5): p. 605-9.

Blaivas, J.G., *Pathophysiology of lower urinary tract dysfunction*. Urol Clin North Am, 1985. **12**(2): p. 215-24.

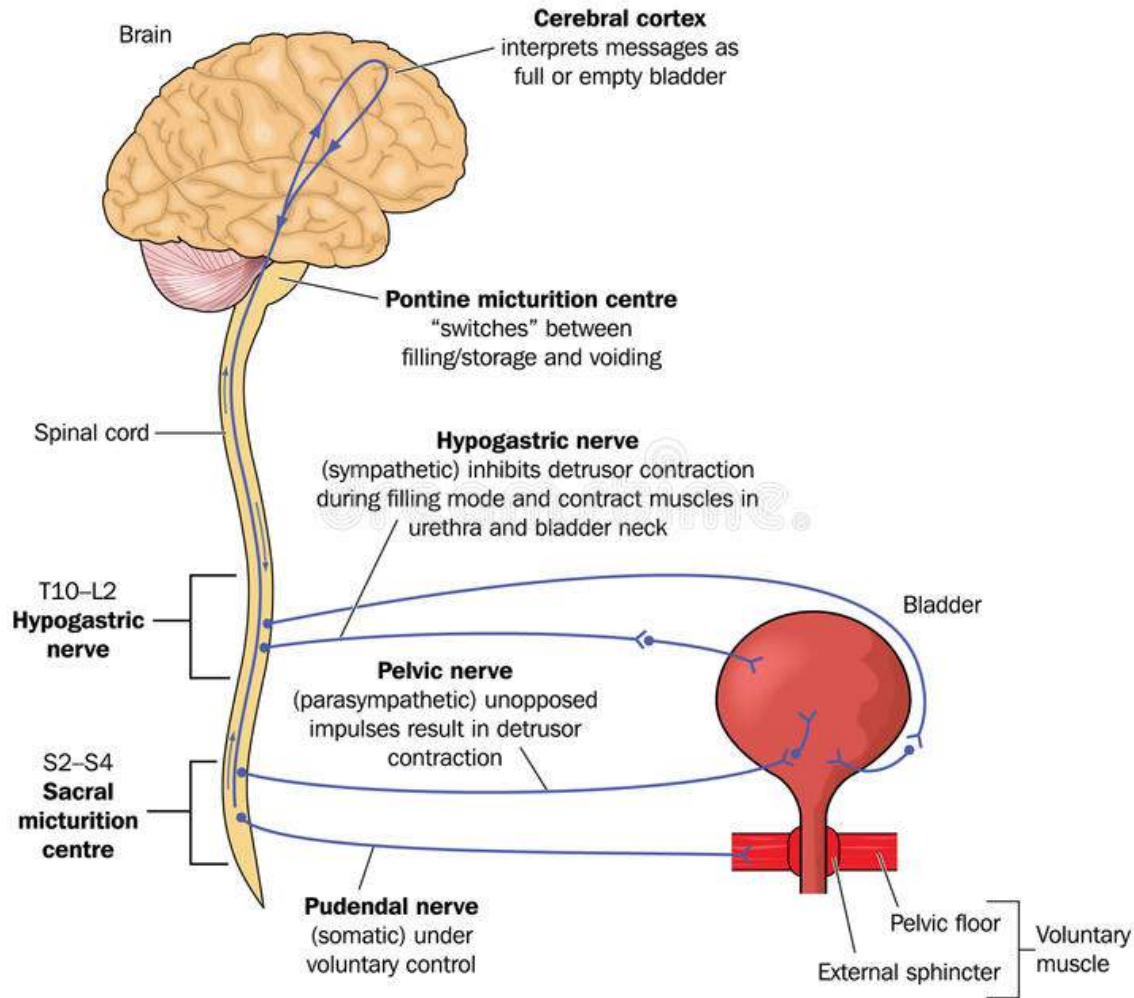
Blaivas, J.G., et al., *Definition and classification of urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic Society*. NeuroUrol Urodyn, 1997. **16**(3): p. 149-51.

Innervazione motoria della vescica

Sistema nervoso centrale e periferico



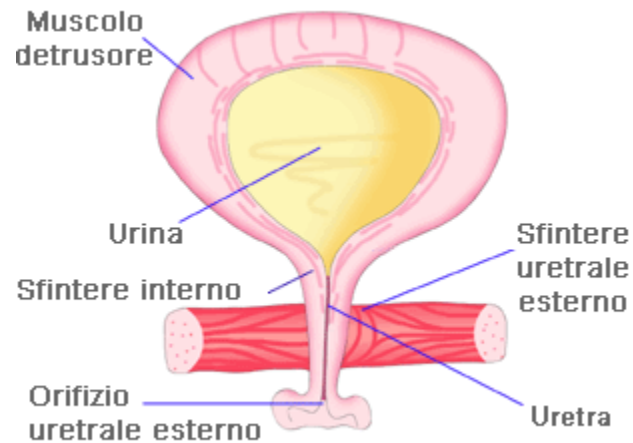
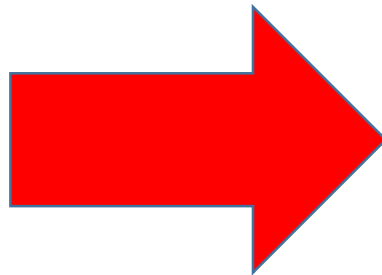
Abrams P, Wein AJ. *The Overactive Bladder—A Widespread and Treatable Condition*. Sweden: Nystroms Tryckeri AB; 1998.



Ciclo minzionale

FUNZIONI FONDAMENTALI:

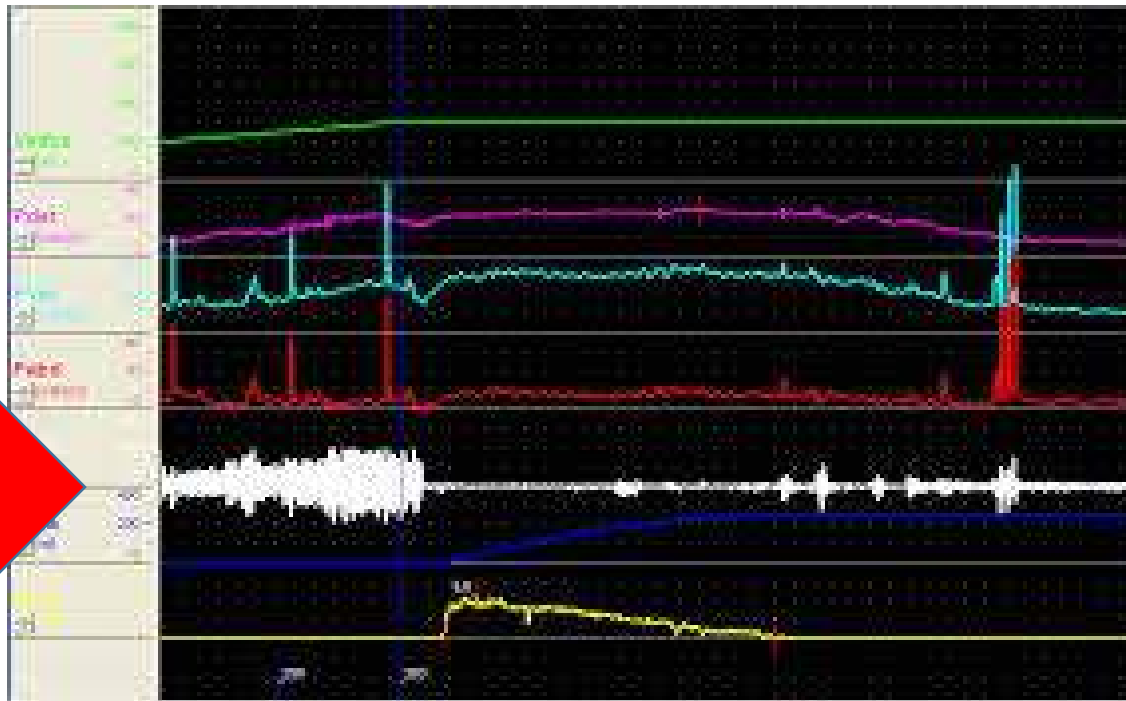
- Tenere il tono sfinterico (continenza)



Ciclo minzionale

FUNZIONI FONDAMENTALI:

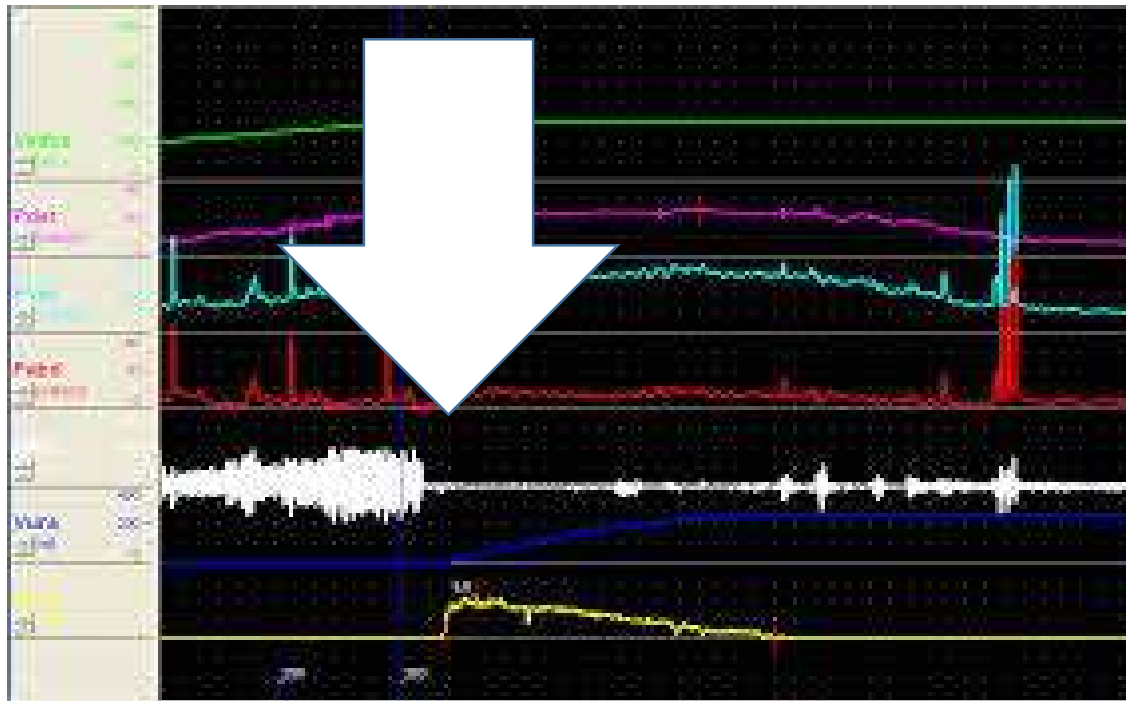
- Aumentare il tono sfinterico (riflesso di guardia)



Ciclo minzionale

FUNZIONI FONDAMENTALI:

- Facilitare lo svuotamento (riduzione del tono)



Ciclo minzionale

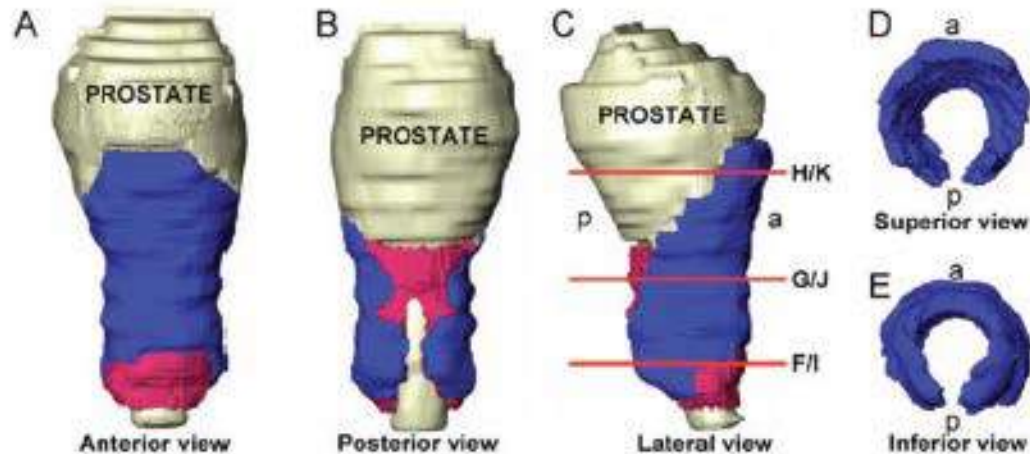
FUNZIONI FONDAMENTALI:

- Permettere un'eiaculazione anterograda



Meccanismi di continenza urinaria

Sfintere uretrale interno (SUI): (ROSSO) origina dalla porzione inferiore del collo vescicale (muscolo liscio), prosegue attraverso l'uretra prostatica sul verumontanum, ed è sotto il controllo del SNA (simpatico e parasimpatico) tramite fibre provenienti dal plesso ipogastrico inferiore

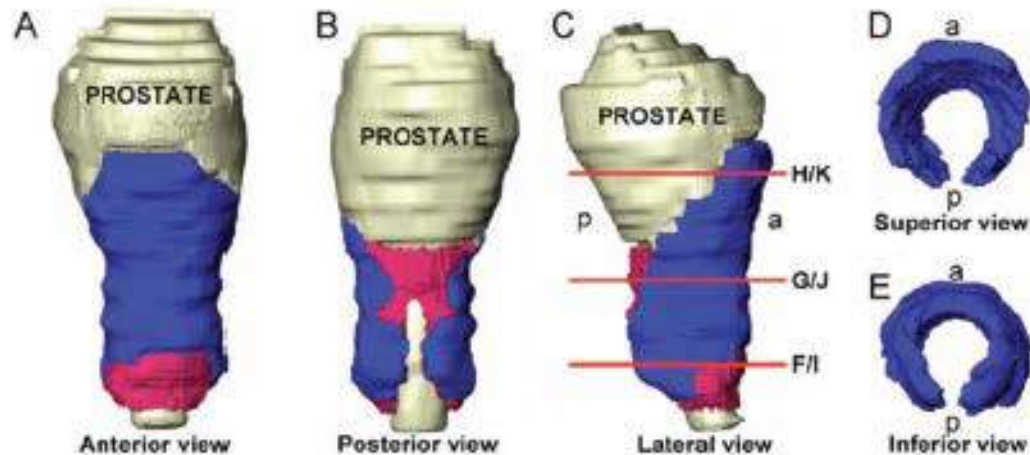


5-th International Consultation on Incontinence 2012 – INCONTINENCE 2013

Hadley, H.R., P.E. Zimmermann, and S. Raz, *The treatment of male urinary incontinence*, in *Campbell's Urology*, M.F. Campbell and P.C. Walsh, Editors. 1986, Saunders: London. p. 2297-3039.

Meccanismi di continenza urinaria

Sfintere uretrale esterno (SUE): (BLU) localizzato distalmente alla prostata, a livello dell'uretra membranosa, è il secondo sfintere che controlla il flusso urinario. Contiene principalmente muscolo striato, per cui è sotto il controllo del SNC



5-th International Consultation on Incontinence 2012 – INCONTINENCE 2013

Hadley, H.R., P.E. Zimmermann, and S. Raz, *The treatment of male urinary incontinence*, in *Campbell's Urology*, M.F. Campbell and P.C. Walsh, Editors. 1986, Saunders: London. p. 2297-3039.

Meccanismi di continenza urinaria...

Sembra però che non sia semplicemente lo sfintere striato esterno il solo artefice della continenza, ma tutto il complesso delle strutture pelviche...

...quando sottoposto a paralisi infatti, c'è ancora continenza...

Incontinenza urinaria dopo chirurgia per tumore prostatico

**Il complesso sistema che permette la continenza,
però, subisce insulti in corso di chirurgia prostatica
(benigna o maligna), radioterapia o a causa di danni
neurologici**

Etiologia e fisiopatologia dell'incontinenza urinaria dopo prostatectomia radicale

Ampia letteratura in merito all'urodinamica post-prostatectomia radicale

Mentre è ben noto che dopo prostatectomia radicale possono essere presenti sia deficit sfinterici che disfunzioni vescicali, la maggior parte degli studi concorda sul fatto che

la disfunzione sfinterica (incontinenza da sforzo) è la principale causa

Ficazzola e Nitti: benché il 46% dei pazienti avesse una disfunzione vescicale, l'incontinenza allo studio urodinamico era dimostrata solo nel 27%. Anche in quei pazienti, la disfunzione sfinterica era la causa principale dell'incontinenza nella stragrande maggioranza dei casi.

Ficazzola, M.A. and V.W. Nitti, *The etiology of post-radical prostatectomy incontinence and correlation of symptoms with urodynamic findings.* J Urol, 1998. **160**(4): p. 1317-20.

Groutz e colleghi: incidenza del 33% di disfunzione vescicale, ma questa rappresentava la causa principale dell'incontinenza solo nel 7,25% dei casi.

Groutz, A., et al., *The pathophysiology of post-radical prostatectomy incontinence: a clinical and video urodynamic study.* J Urol, 2000. **163**(6): p. 1767-70.

Studi multicentrici evidenziano come dopo PR, dall'1% al 40% dei pazienti è affetto da incontinenza urinaria permanente.

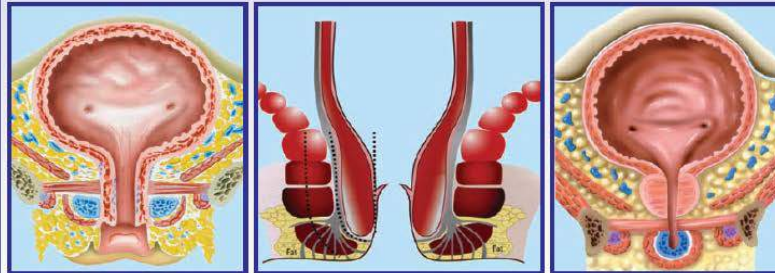
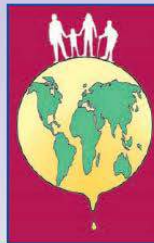
L'incidenza dell'incontinenza urinaria post-PR però varia a seconda della definizione stessa di IU post-chirurgica e dalla durata del follow-up

- Rodriguez E, Jr., Skarecky DW, Ahlering TE. Post-robotic prostatectomy urinary continence: characterization of perfect continence versus occasional dribbling in pad-free men. Urology 2006;67:785-8.
- Krupski TL, Saigal CS, Litwin MS. Variation in continence and potency by definition. J Urol 2003;170:1291-4.
- Olsson LE, Salomon L, Nadu A, et al. Prospective patient-reported continence after laparoscopic radical prostatectomy. Urology 2001;58:570-2.

INCONTINENCE

EDITORS

PAUL ABRAMS - LINDA CARDOZO -
SAAD KHOURY - ALAN WEIN



5th International Consultation on Incontinence, Paris February, 2012

EAU European
Association
of Urology

5th EDITION 2013

ICUD

II. URINARY INCONTINENCE IN MEN

A. INITIAL MANAGEMENT

1. Initial Assessment should identify :

⇒ *Complicated* Incontinence group

Those with pain or with haematuria, recurrent infections, suspected or proven poor bladder emptying (for example due to bladder outlet obstruction), or incontinence following pelvic irradiation or radical surgery, are recommended for *specialised management*.

Poor bladder emptying may be suspected from symptoms, physical examination or if imaging has been performed by X-ray or ultrasound after voiding.

⇒ *Four other main groups* of men should be identified by initial assessment as being suitable for *initial management*.

- Those with *post-micturition dribble* done,
- Those with *overactive bladder* (OAB) symptoms: urgency with or without urgency incontinence, together with frequency and nocturia
- Those with *stress incontinence* (most often post-prostatectomy),
- Those with *mixed* urgency and stress incontinence (most often post-prostatectomy)

2. Management

⇒ For men with *post-micturition dribble*, this requires no assessment and can usually be treated by teaching the man how to do a strong pelvic floor muscle contraction after voiding, or manual compression of the bulbous urethra directly after micturition. (Grade B)

⇒ For men with *stress, urgency or mixed* urgency / stress incontinence, initial treatment should include appropriate lifestyle advice, pelvic floor muscle training, scheduled voiding regimes, behavioural therapies and medication. In particular:

- Lifestyle interventions (Grade D)
- Supervised pelvic floor muscle training for men with post radical prostatectomy SUI (Grade B)
- Scheduled voiding regimes for OAB (Grade C)
- Antimuscarinic drugs for OAB symptoms with or without urgency incontinence (Grade B) if the patient has no evidence of significant post-void residual urine
- α -adrenergic antagonists (α -blockers), can be added if it is thought that there may also be bladder outlet obstruction. (Grade C)

⇒ *Should initial treatment be unsuccessful* after a reasonable period of time (for example, 8-12 weeks), *specialist advice* is highly recommended.

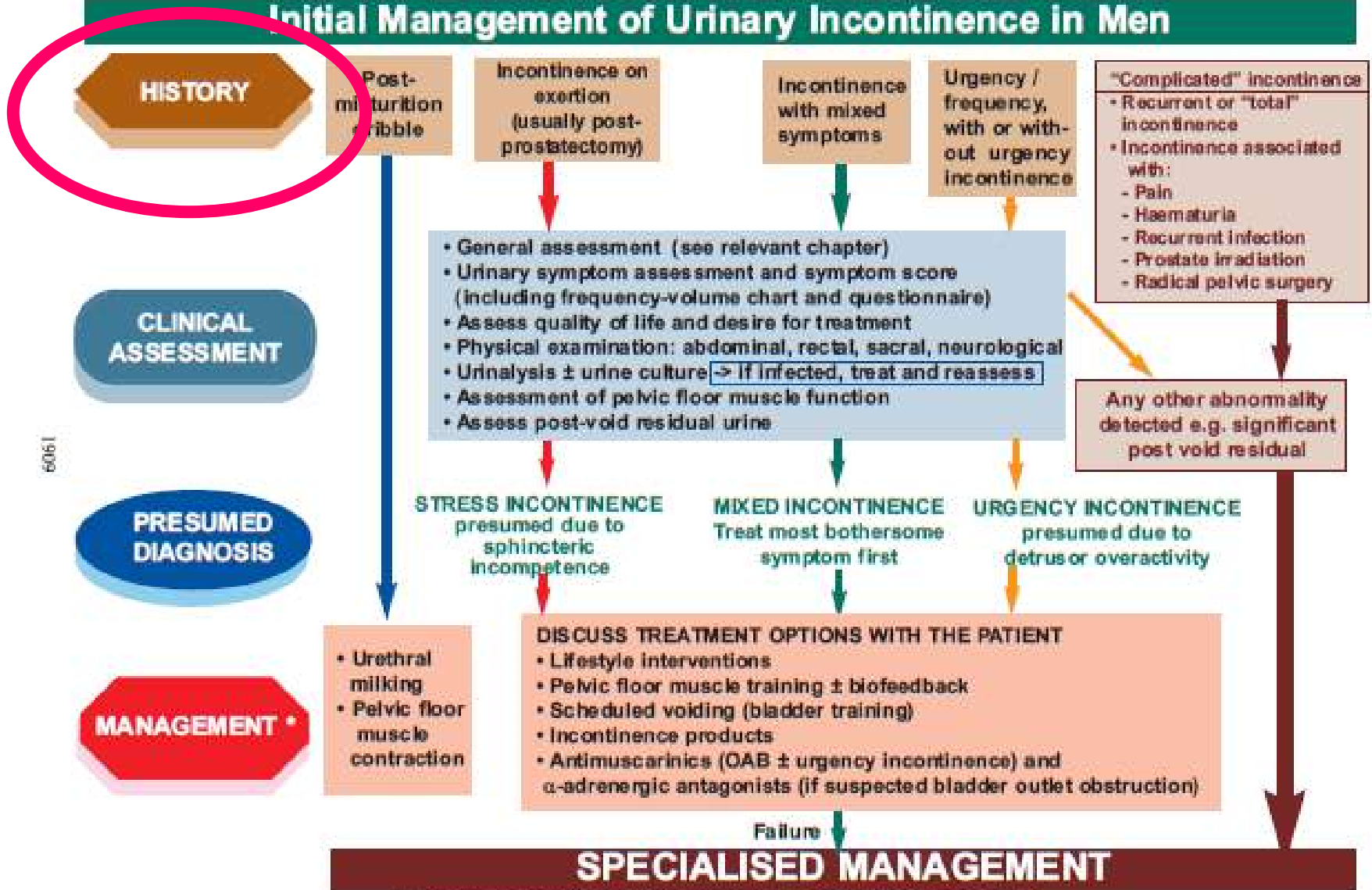
Clinicians are likely to wish to treat the *most bothersome symptom* first in men with symptoms of *mixed* incontinence.

RUOLO DEL MMG

L'ICS conferisce estrema importanza alla figura del MMG, affidando a lei/lui il delicato compito di studiare e stadiare, in prima battuta, il paziente affetto da incontinenza urinaria, ed avviarlo ad un corretto percorso diagnostico/terapeutico

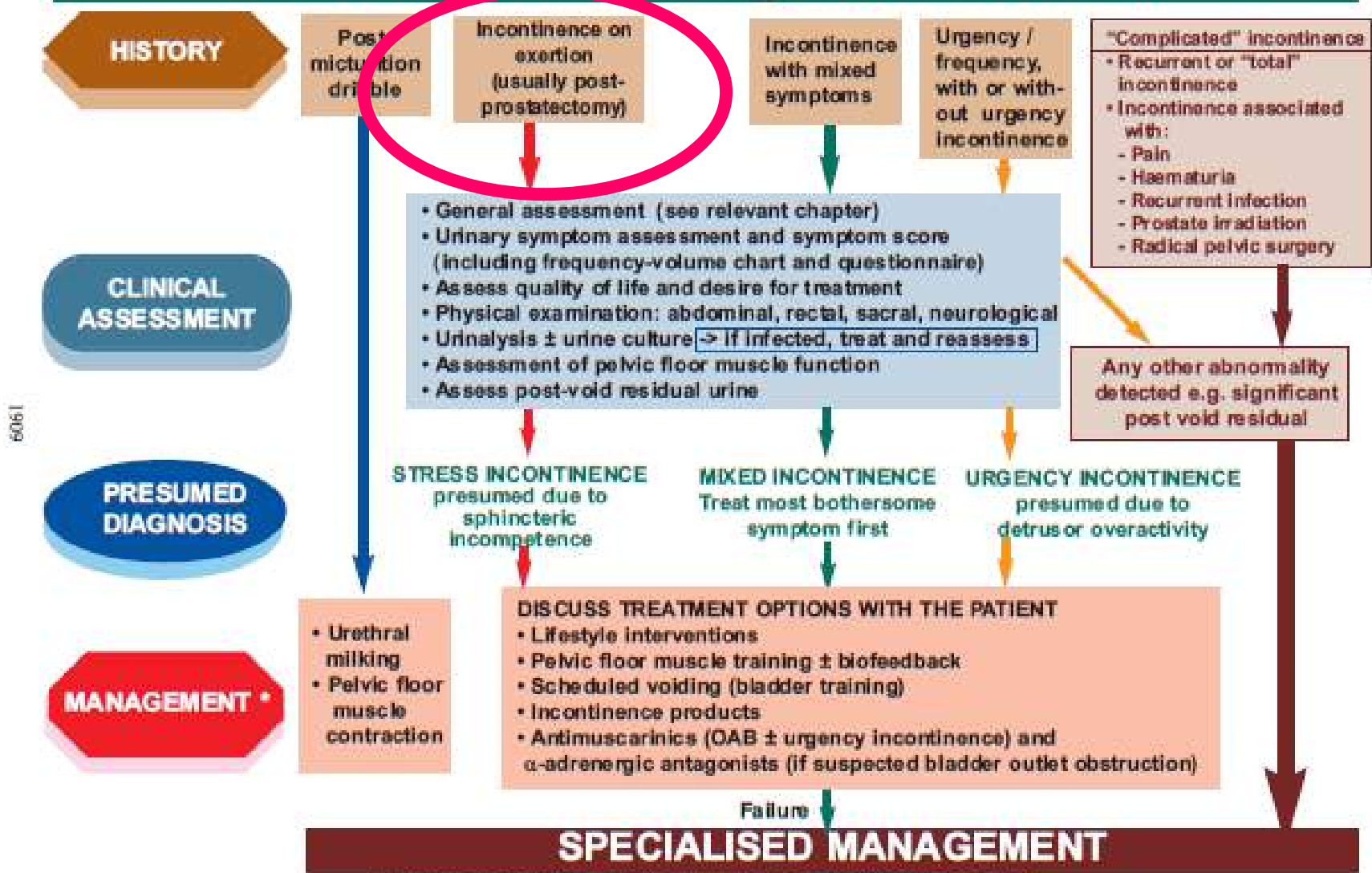


Initial Management of Urinary Incontinence in Men



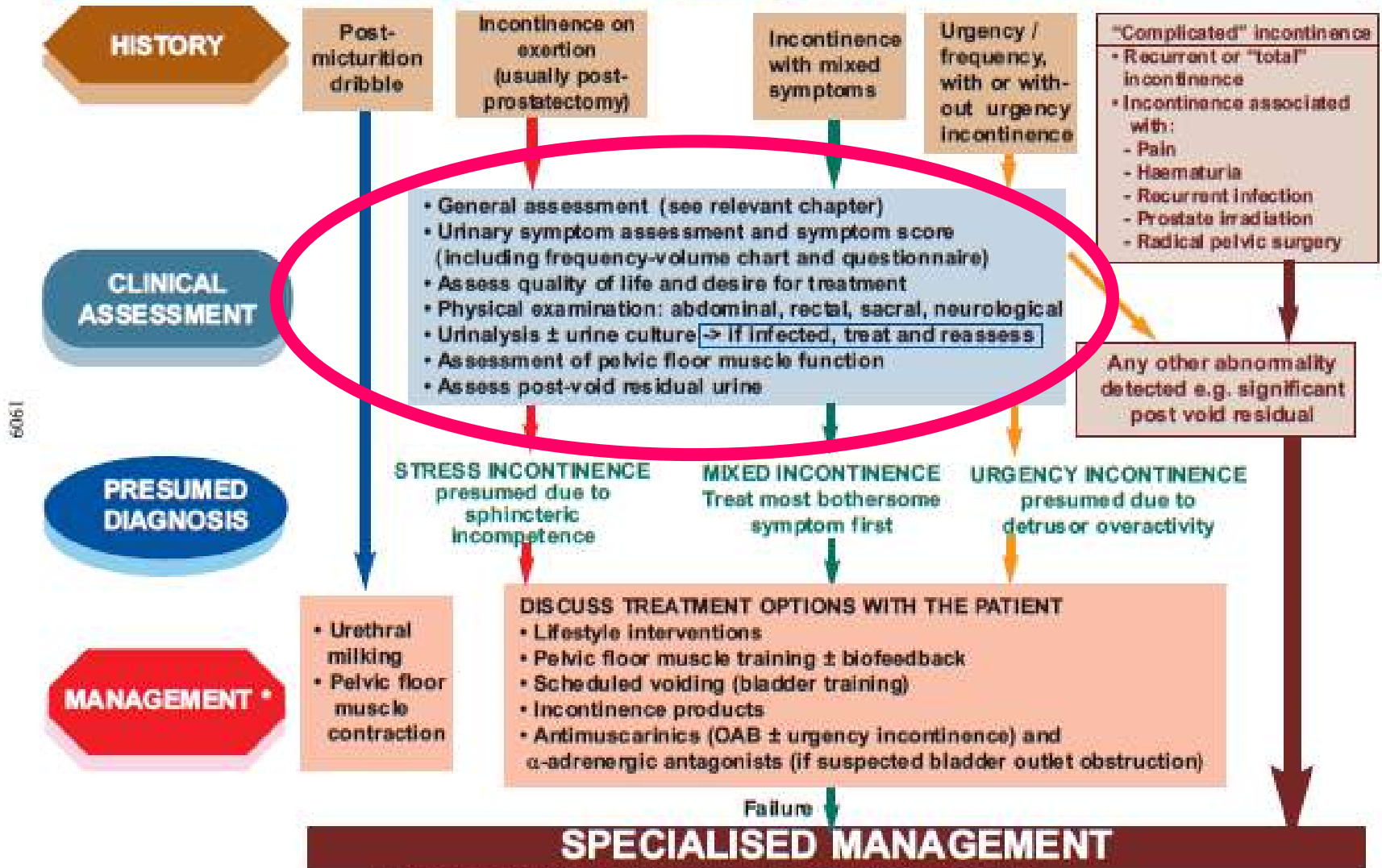
* At any stage of the patient's care pathway, management may need to include continence products

Initial Management of Urinary Incontinence in Men



* At any stage of the patient's care pathway, management may need to include continence products

Initial Management of Urinary Incontinence in Men



* At any stage of the patient's care pathway, management may need to include continence products

1. Valutazione generale (anamnesi, compresa la farmacologica)

VALUTAZIONE DIAGNOSTICA

ANAMNESI

Resta sempre la prima arma di cui dispone il MMG

- **terapie farmacologiche**
- **stili di vita**
- **patologie psichiatriche**
- **Patologie internistiche
(soprattutto neurologiche – es. M.
di Parkinson, SM...)**



1. Valutazione generale

Disturbi urinari e Symptom-score (questionari e diario minzionale)

- IPSS (International Prostate Symptom Score)
- ICI QoL KHQ
- (King's Health Questionnaire)
- Altri.....

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL DIARIO MINZIONALE

Gentile signora

Questo diario serve per valutare l'entità del suo disturbo e i miglioramenti ottenuti con il trattamento.

Per questo le raccomandiamo di compilarlo con attenzione.

In ogni pagina del diario sotto la voce :

Ora:

indichi a che ora è andata ad urinare o ha avuto un episodio di urgenza o incontinenza, o ha cambiato il pannolino.

Minzione:

indichi quando si è volontariamente recata ad urinare.

Se le è possibile scriva la quantità di urine eliminate.

Episodio incontinenza:

indichi quando ha avuto perdite di urine.

Episodio urgenza:

indichi se ha sentito un bisogno forte e improvviso di urinare, sia in caso di minzione volontaria che di perdita involontaria.

Cambio del pannolino:

indichi quando ha dovuto/voluto cambiare il pannolino nell'arco della giornata.

NOTE: riporti se la minzione o la perdita si è verificata in piedi o seduta o sdraiata, con uno sforzo, con un colpo di tosse o starnuto, mentre camminava, a riposo e tutto quello che Lei riterrà opportuno ed importante segnalare.

Ora	Minzione volontaria* (se SI barrare)	Episodio incontinenza (se SI barrare)	Episodio urgenza (se SI barrare)	Cambio del pannolino (se SI barrare)	Note
8.20	X 300 cc				
11.20		X		X	Colpo di tosse
12.10	X 300 cc				
15.00					
17.10		X			Lavavo le mani
18.00				X	
22.00	X 250 cc				

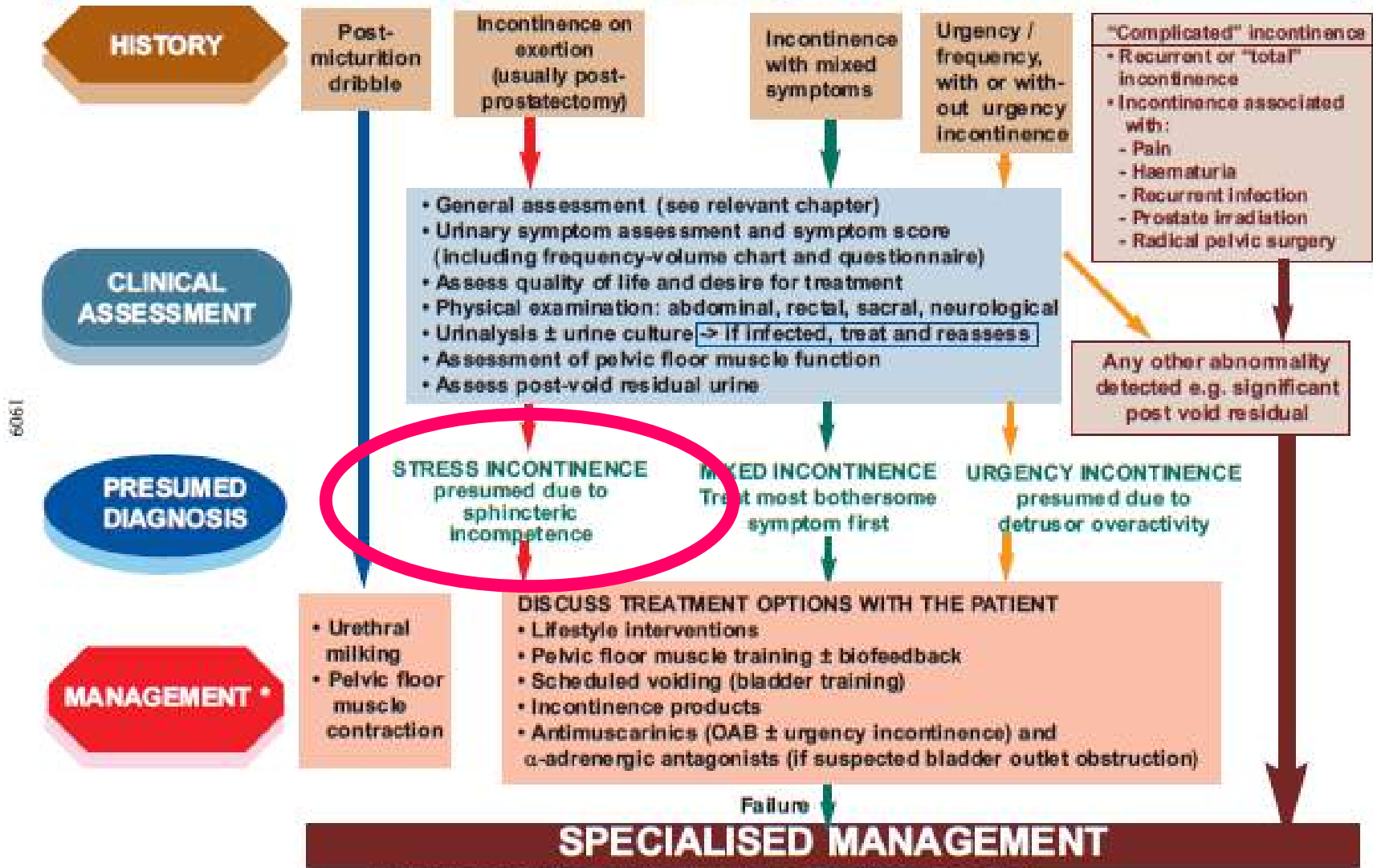
NB

SI RICORDI DI CONSEGNARE LA SCHEDA COMPILATA AL SUO MEDICO

- Diario minzionale F.I.C.
- Federazione Italiana Continenza

1. Valutazione generale
2. Disturbi urinari e Symptom-score (questionari e diario minzionale)
3. Stabilire il reale desiderio di trattamento da parte del paziente
4. Esame obiettivo: addominale, rettale, sacrale e neurologico
5. Esame urine ed eventuale colturale (trattare se infetto!!!)
6. Stato funzionale del pavimento pelvico
7. RPM

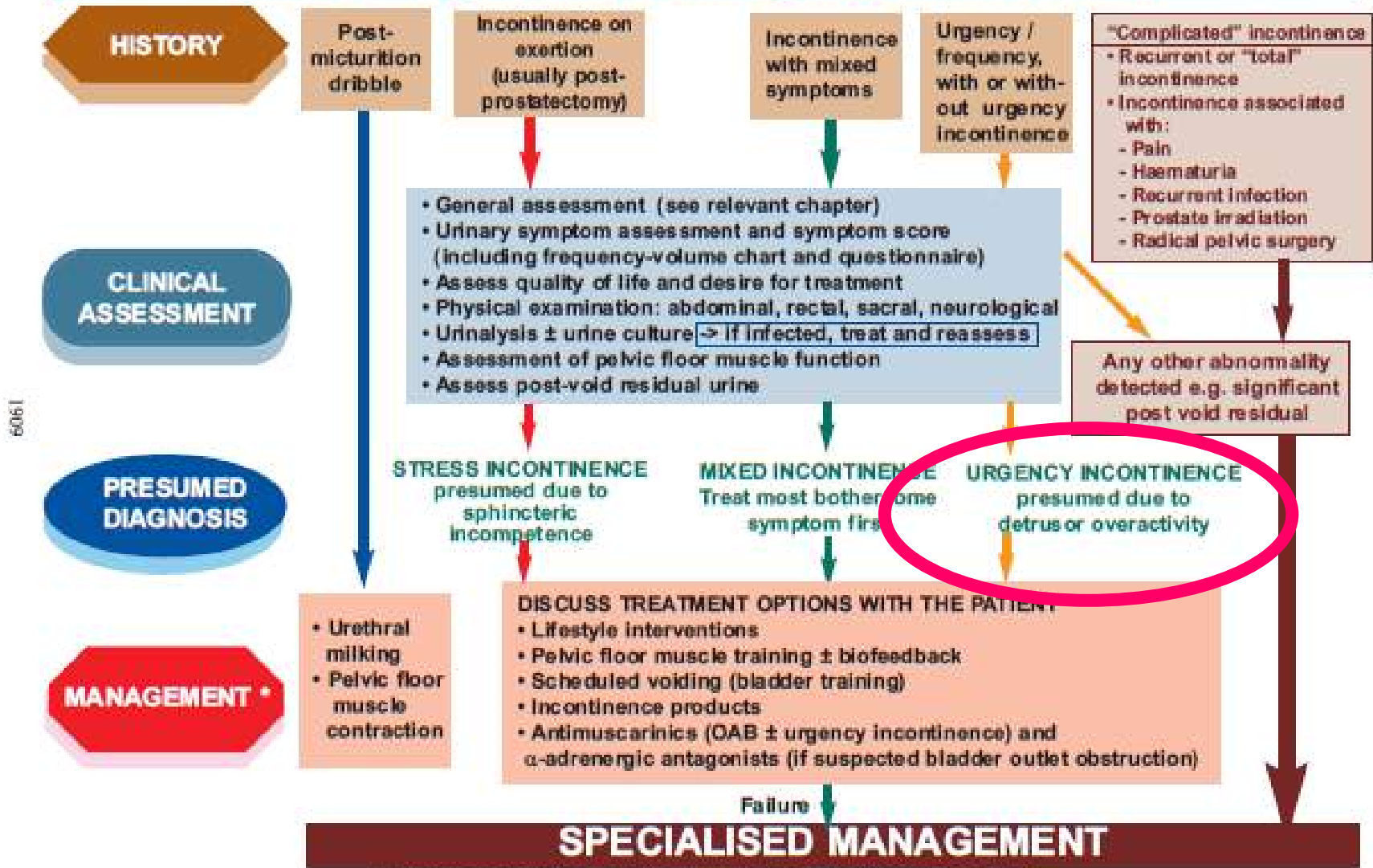
Initial Management of Urinary Incontinence in Men



* At any stage of the patient's care pathway, management may need to include continence products

6061

Initial Management of Urinary Incontinence in Men



* At any stage of the patient's care pathway, management may need to include continence products

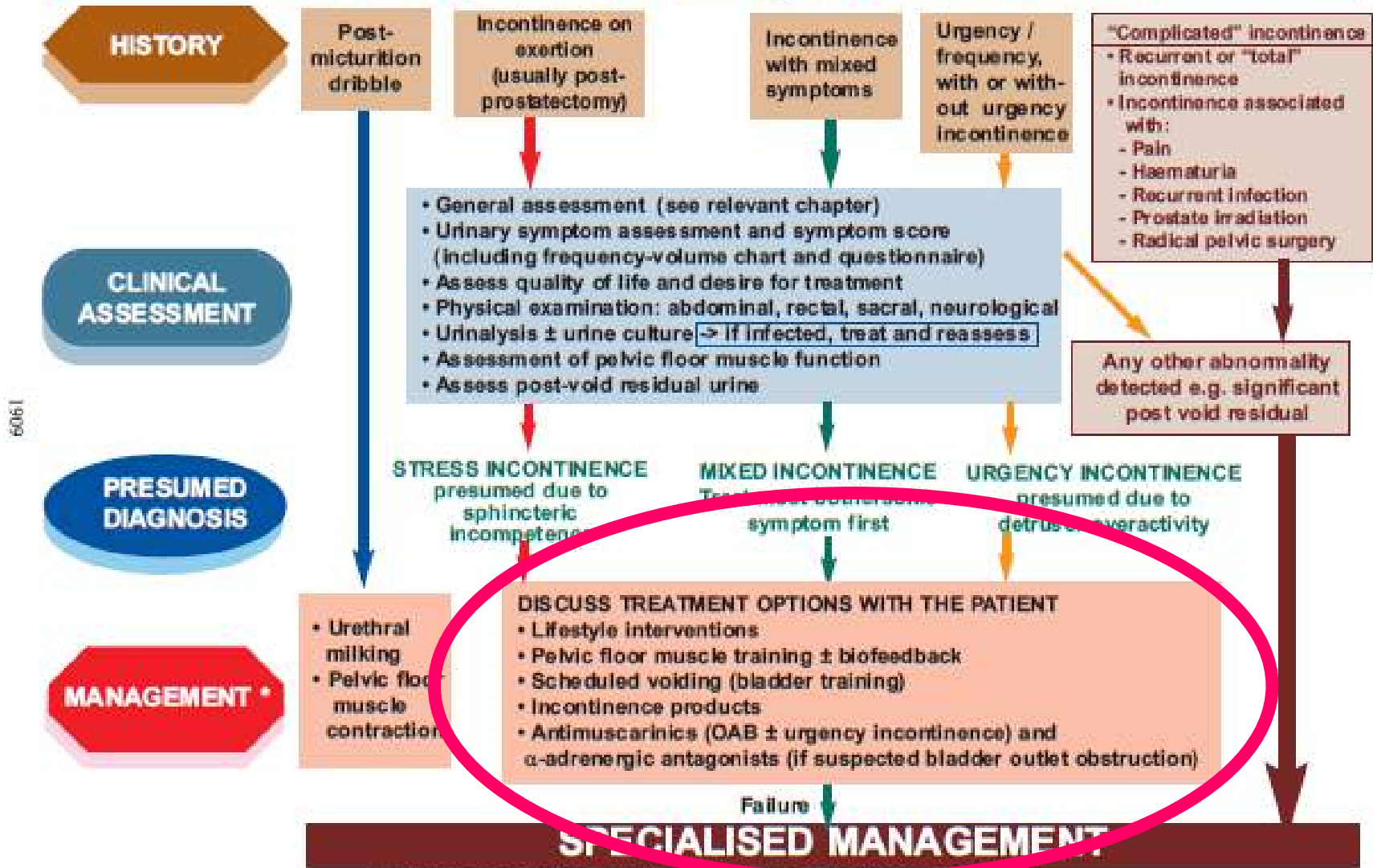
Initial Management of Urinary Incontinence in Men



* At any stage of the patient's care pathway, management may need to include continence products

6061

Initial Management of Urinary Incontinence in Men

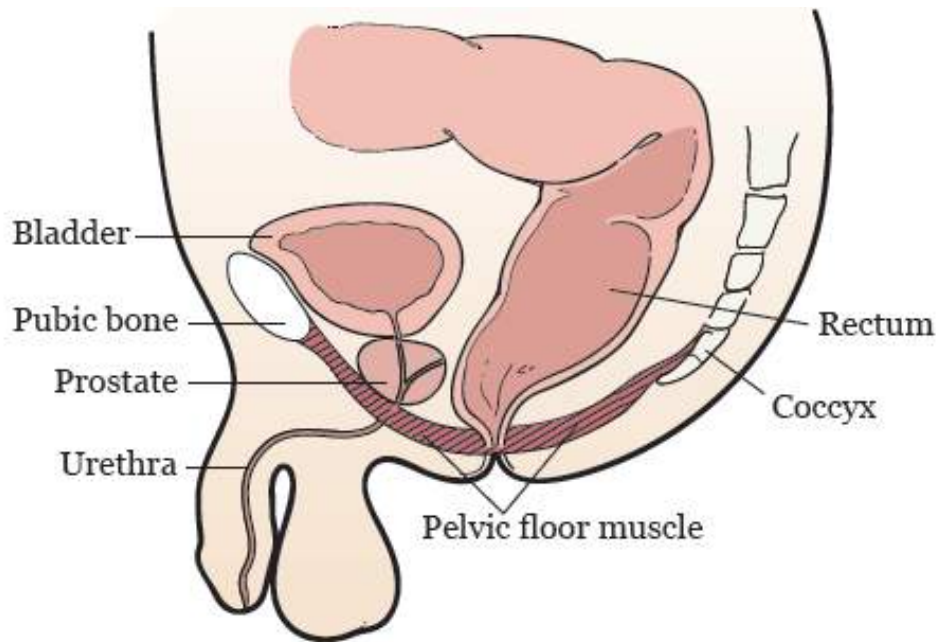


* At any stage of the patient's care pathway, management may involve the use of incontinence products

Agire sullo stile di vita

- Idratazione
- Vita di relazione
- Eliminare il più possibile i presidi assorbenti

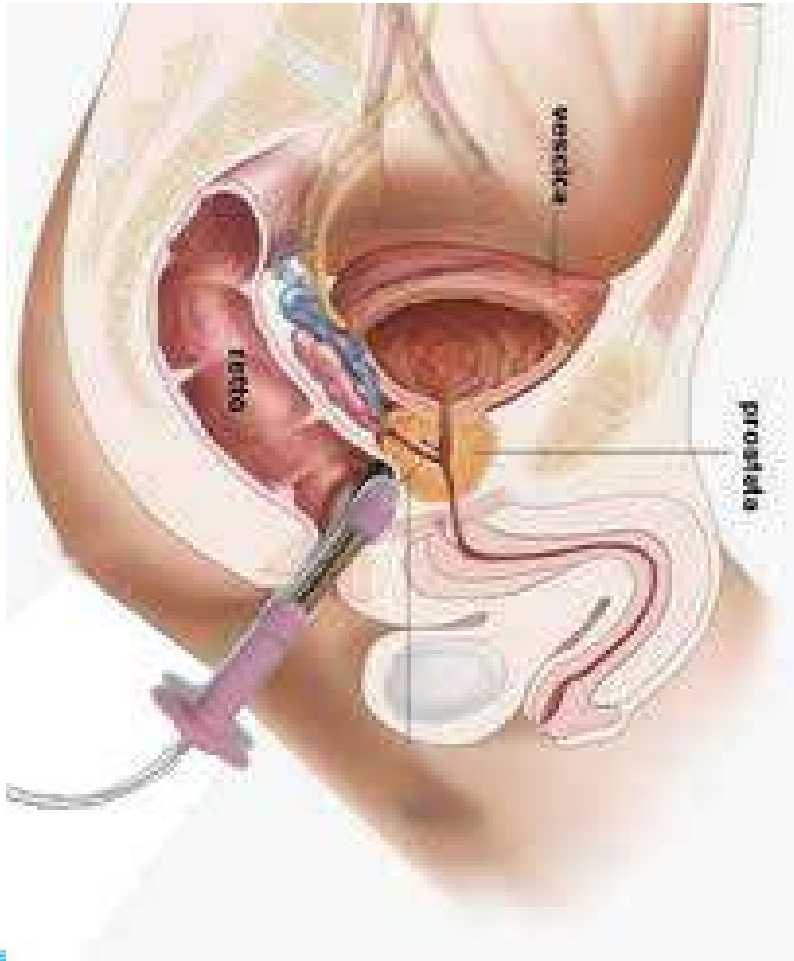
P.F.M.E. Pelvic Floor Muscles Exercises



- Esercizi assistiti

Evidenza che i risultati sono migliori quando eseguiti in maniera assistita da personale addetto

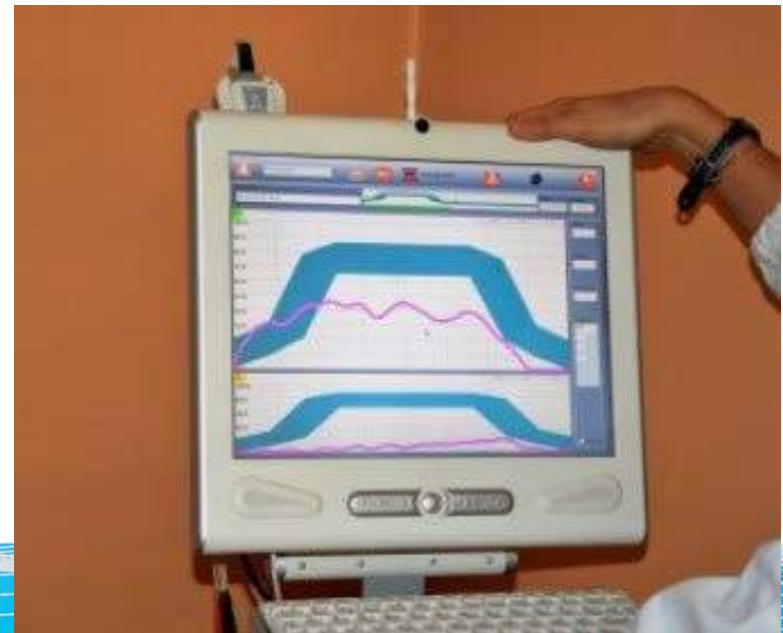
S.E.F. Stimolazione Elettrica Funzionale



- Non consigliata nei casi di malattia extracapsulare



BFB Biofeedback

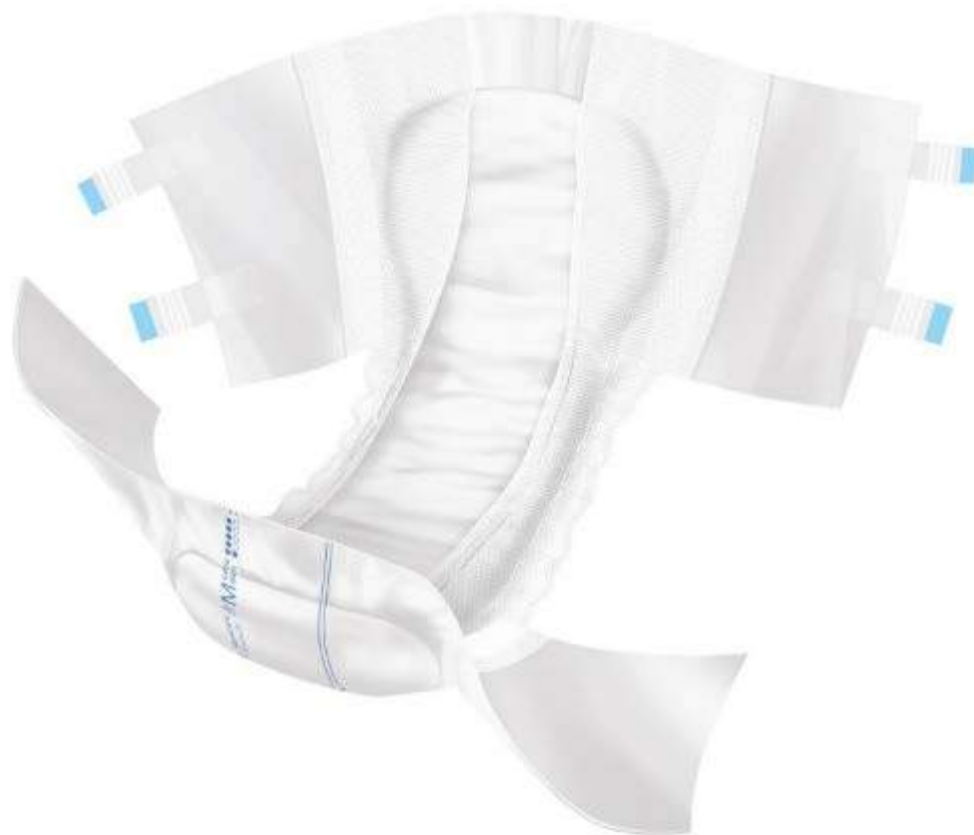


Bladder retraining

- Rieducazione vescicale: terapia comportamentale, tesa a migliorare la capacità vescicale

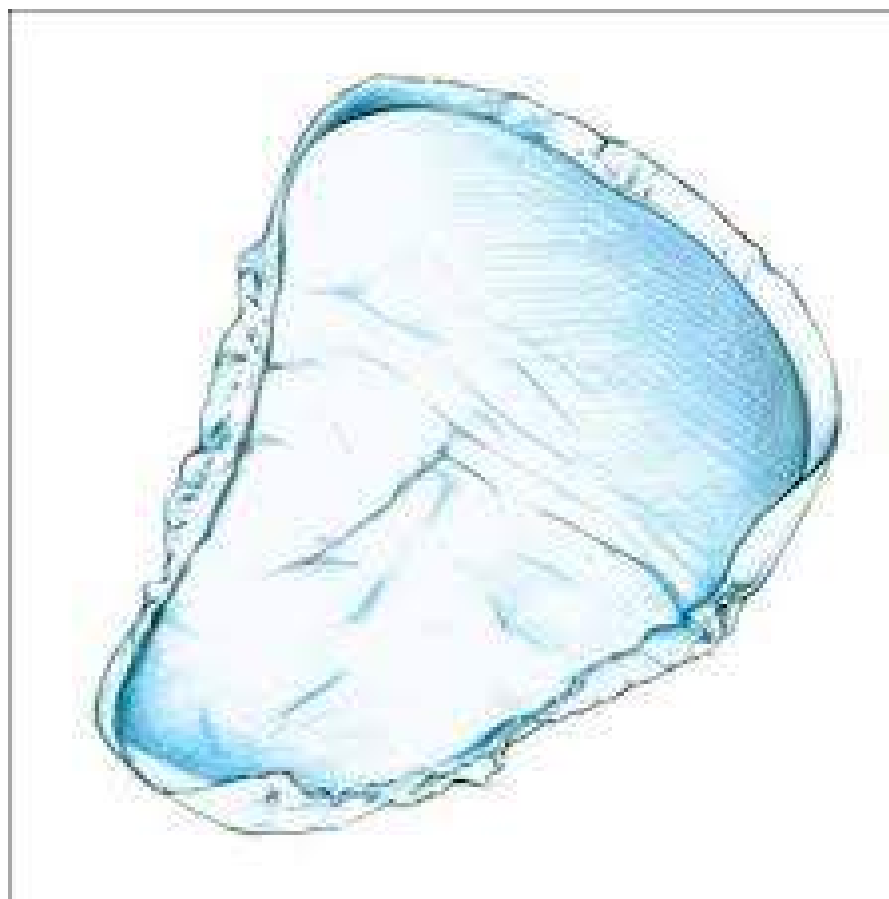
Ausili per l'incontinenza

- Assorbenti urinari



Ausili per l'incontinenza

- Tasche peniene



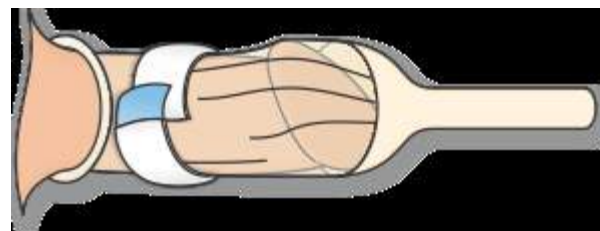
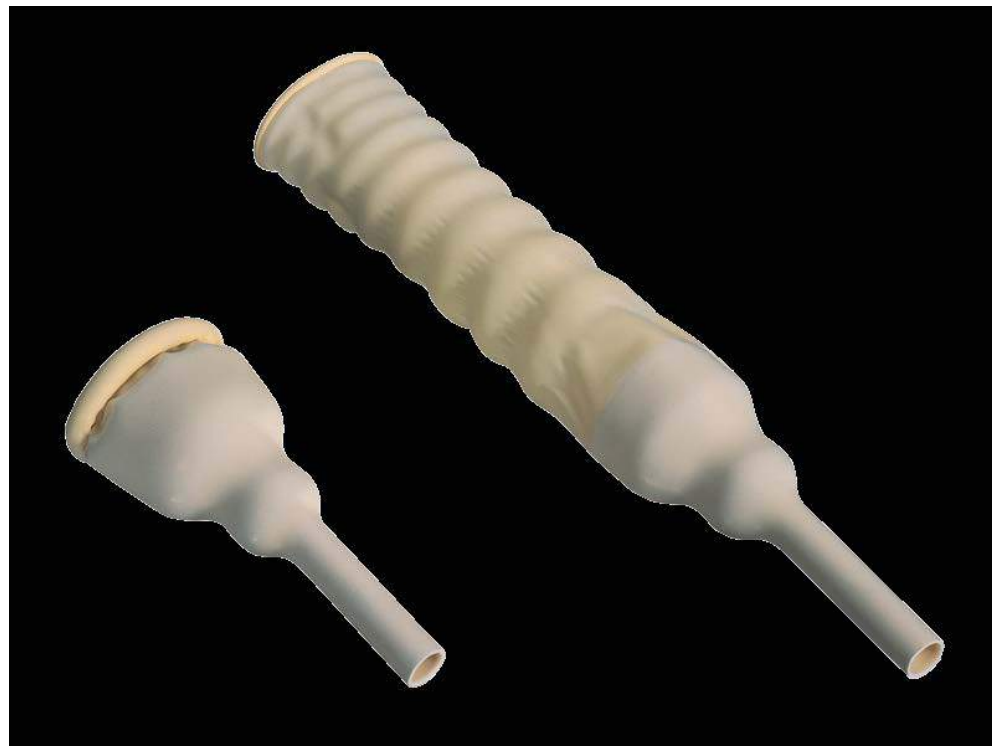
Ausili per l'incontinenza

- Pinze peniene



Ausili per l'incontinenza

- Uro-condom



Ausili per l'incontinenza

- Cateteri vescicali



Farmaci

- Antimuscarinici
- Alfa-litici

II. URINARY INCONTINENCE IN MEN

B. SPECIALISED MANAGEMENT

The specialist may first **reinstitute initial management** if it is felt that previous therapy had been inadequate.

1. Assessment

➤ Patients with "**complicated**" **incontinence** referred directly to specialised management, are likely to require **additional testing**, such as cytology, cystourethroscopy and urinary tract imaging.

If these tests prove normal then those individuals can be treated for incontinence by the initial or specialised management options as appropriate.

If symptoms suggestive of detrusor overactivity, or of sphincter incompetence **persist**, then **urodynamic** studies are advisable in order to arrive at a precise diagnosis, prior to invasive treatment.

2. Treatment

When basic management has failed

and if the patient's incontinence markedly disrupts his quality of life then **invasive therapies** should be considered.

➤ **For sphincter incompetence** the recommended option is the artificial urinary sphincter (Grade B). Other options, such as a male sling, may be considered (Grade C).

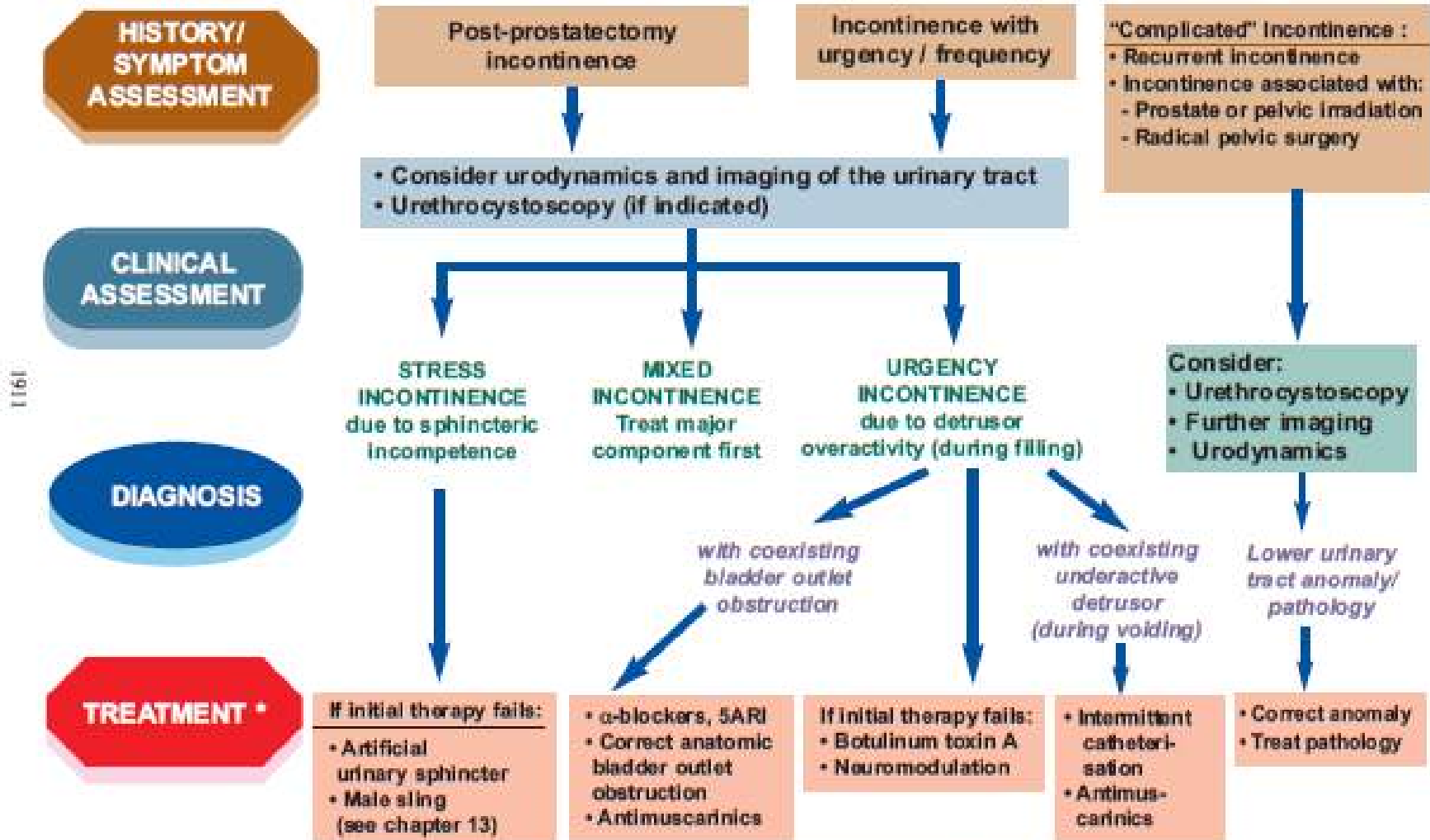
➤ **For men with detrusor overactivity** (with intercurrent overactive bladder symptoms) the recommended therapies are: Botulinum toxin A (Grade B), neuromodulation (Grade C), and bladder augmentation (Grade C).*

*Note: At the time of writing, botulinum toxin for idiopathic DO is being used "off-label".

➤ When incontinence has been shown to be associated with **poor bladder emptying** and **detrusor underactivity**, it is recommended that effective means are used to ensure bladder emptying, for example, intermittent catheterisation (Grade B/C).

➤ **If incontinence is associated with bladder outlet obstruction**, then consideration should be given to surgical treatment to relieve obstruction (Grade B). α -blockers and/or 5 α -reductase inhibitors would be an optional treatment (Grade C). There is increased evidence for the safety of antimuscarinics for overactive bladder symptoms in men, chiefly in combination with an α -blocker (Grade B).

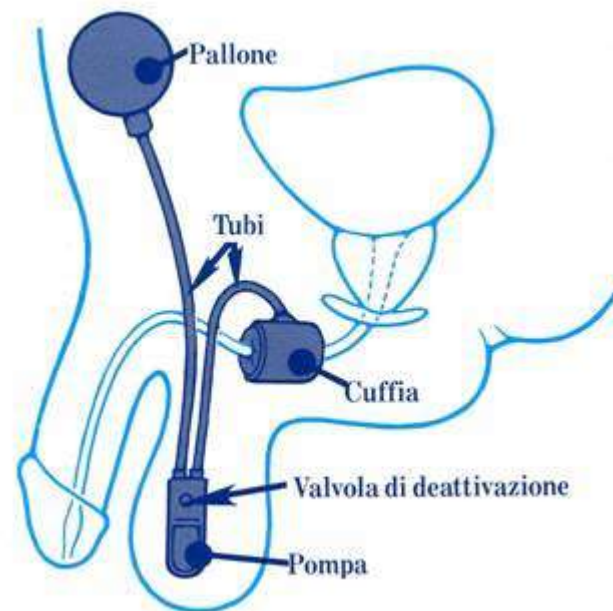
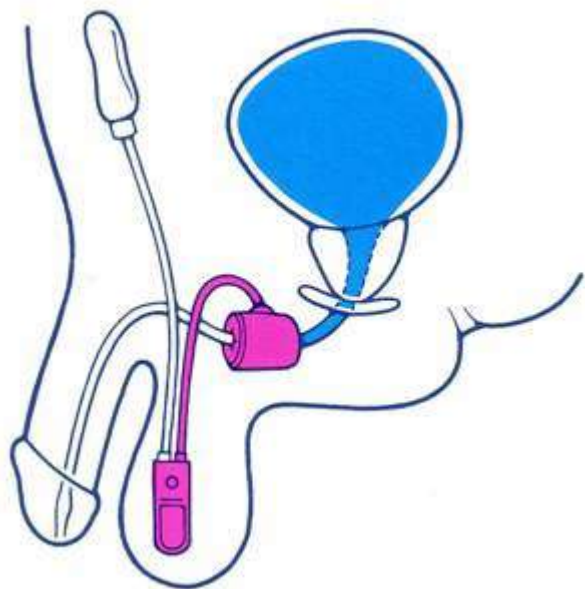
Specialised Management of Urinary Incontinence in Men



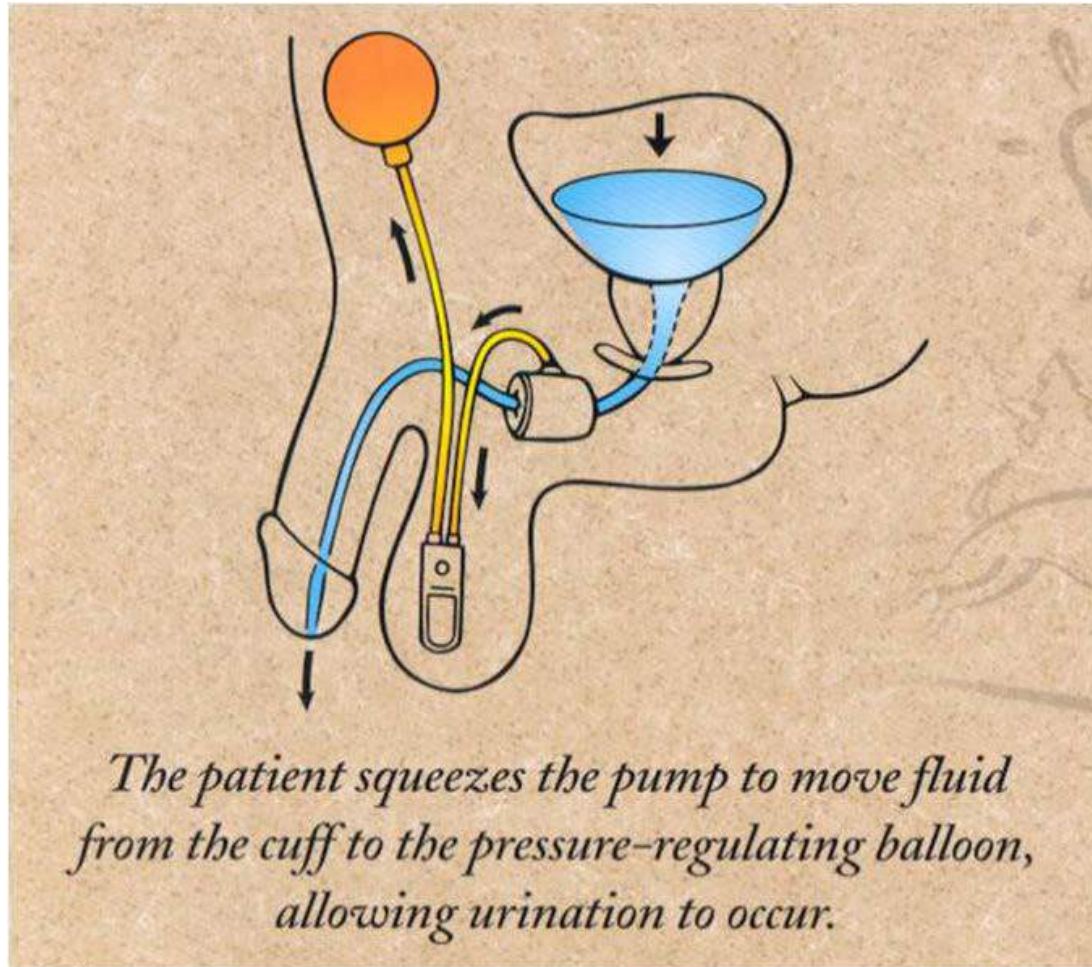
* At any stage of the patient's care pathway, management may need to include continence products

1911

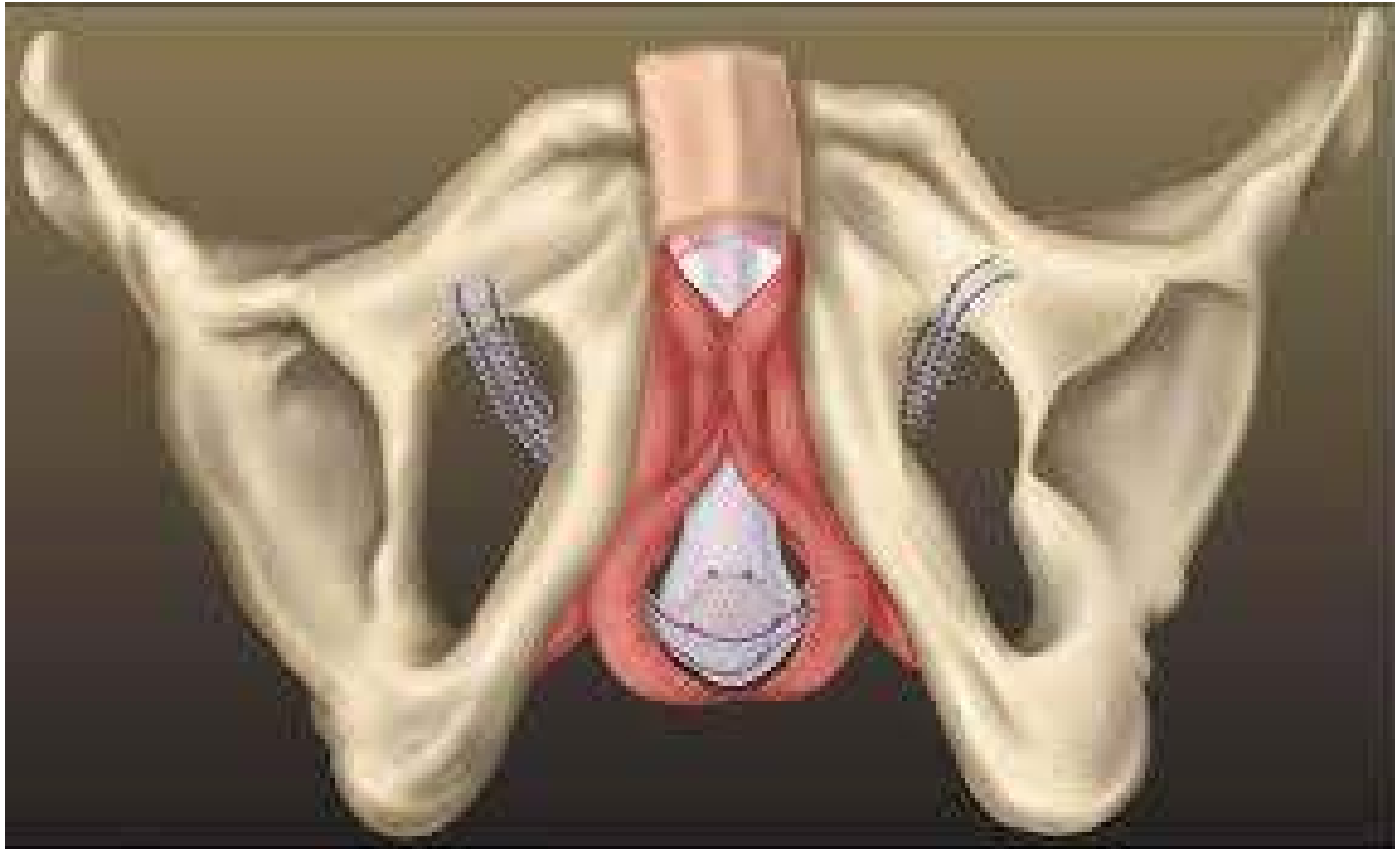
Trattamento: sfintere artificiale



Trattamento: sfintere artificiale



Trattamento: sling maschile



Concludendo...

1. **L'incontinenza urinaria dopo chirurgia per tumore prostatico interessa dall'1 al 40% dei pazienti, in maniera permanente (a seconda delle casistiche, della tecnica e dei parametri utilizzati per parlare di IU post-chirurgica**
2. **L'incontinenza urinaria post-PR è, nella stragrande maggioranza dei casi, una IUS, ma...**
...non dimenticare mai di indagare anche quella da urgenza!
3. **La diagnosi ed il trattamento iniziali non prevedono indagini di II livello...**
...tranne nei casi definiti «complicati»
4. **Trattamenti di II livello o da inviare a valutazione specialistica sono quelli in cui è fallito il I LIVELLO**

Grazie per l'attenzione

adisanto1978@gmail.com