

**75° CONGRESSO
NAZIONALE**



Potenziare la medicina generale per migliorare l'Active Ageing

1-6 ottobre 2018

Complesso Chia Laguna - Domus de Maria (CA)

Deficit erettile ed incontinenza urinaria
dopo chirurgia per tumore prostatico:
gestione integrata
MMG-Urologo

Prof Flavio Forte, dr. Angelo Di Santo,,
Dr.ssa Maria Laura Lucchetta

Deficit erettile ed incontinenza urinaria iatrogeni: definizione ed epidemiologia

Dr.ssa Maria Laura Lucchetta

Disfunzione erettile: definizione

Incapacità costante a raggiungere e/o a mantenere un'erezione adeguata per una prestazione soddisfacente

Questi sintomi devono persistere per una durata minima di 3 mesi (in altre definizioni la durata è di 6 mesi)

- influisce negativamente sullo stato di salute fisica e psicosociale
- Ha un impatto rilevante sulla qualità di vita della persona affetta e del suo partner

CAUSE VASCOLARI

Malattie cardiovascolari

Iperensione

Diabete mellito

Dislipidemia

Fumo

Chirurgia Maggiore (Prostatectomia radicale) o radioterapia (pelvi e retroperitoneo)

CAUSE NEUROLOGICHE

Centrali

Malattie degenerative (sclerosi multipla, morbo di Parkinson, atrofia multisistemica)

Traumi o malattie del midollo spinale

Stroke

Tumori del sistema nervoso centrale

Periferiche

Diabete mellito tipo 1 e 2

Insufficienza renale cronica

Polineuropatia

Chirurgia (pelvi o retroperitoneo, prostatectomia radicale, chirurgia coloretale..)

CAUSE ANATOMICHE O STRUTTURALI

Ipospadi, epispadi

Micropene

Curvatura congenita del pene

Malattia di La Peyronie

CAUSE ORMONALI

Ipogonadismo

Iperprolattinemia

Ipo-ipertiroidismo

Ipo-ipercortisolismo (malattia di Cushing)

INDOTTA DA FARMACI

Antipertensivi (i diuretici sono i farmaci che principalmente causano DE)

Antidepressivi (SSRI, triciclici)

Antipsicogeni (inclusi i neurolettici)

Antiandrogeni, GnRH analoghi ed antagonisti

Sostanze d'abuso (alcol, eroina, cocaina, marijuana, metadone)

CAUSE PSICOGENE

Di tipo generalizzato (perdita dell'eccitazione sessuale e disturbi dell'intimità sessuale)

Di tipo situazionale (legate al partner, correlata all'ansia da prestazione o dovute a distress)

TRAUMI

Frattura peniena

Principali cause della DE

Chirurgia per cancro prostata

- La prostatectomia radicale (open, laparoscopica, o robotica) è l'opzione principale di trattamento in pazienti con k prostatico clinicamente localizzato e un'aspettativa di vita di almeno 10 anni
- Walsh and Donker sono stati i primi a descrivere le basi anatomiche per la prostatectomia radicale nerve-sparing nel 1982
- Le linee guida EAU raccomandano come approccio di scelta in tutti gli uomini con normale funzione erettile preoperatoria e una malattia confinata alla prostata una prostatectomia radicale con risparmio bilaterale (BNSRP) or unilaterale (UNSRP) dei nervi
- La prostatectomia radicale robotica ha mostrato, negli ultimi anni risultati incoraggianti in termini di minimizzazione della morbidità e massimizzazione della qualità di vita (evidenze scientifiche non conclusive)

Chirurgia per cancro prostata: quali conseguenze?

La prostatectomia radicale si associa a sequele specifiche che possono alterare in maniera più o meno importante la qualità di vita

Le complicanze sono

- chirurgiche immediate (sanguinamento, lesioni uretrali....)
- Chirurgiche tardive (stenosi uretrale, linfocele....)
- Mediche (infezioni, tromboembolismo venoso...)

Disfunzione erettile ed incontinenza urinaria sono sequele postRT che impattano in maniera importante sulla qualità della vita

Disfunzione erettile

- Gli studi clinici hanno mostrato che dal 25 al 75% (in alcuni studi dal 14% fino al 90%) degli uomini sperimenta DE post-RP
- Variabilità dovuta a diversi fattori (non univoca definizione, caratteristiche demografiche, modalità di acquisizione dei dati, recupero più lungo)
- I dati disponibili evidenziano che il recupero della funzione erettile può verificarsi anche mesi dopo la RP (fino a 48 mesi)

Il ruolo dei questionari

- Questionari psicometrici validati sono estremamente importanti per la valutazione della funzione sessuale maschile e dell'efficacia del trattamento
- I principali questionari in uso sono: l'International Index for Erectile Function (IIEF), costituito da 15 domande, la sua versione short IIEF 5 (5 domande) o la versione semplificata del Sexual Health Inventory for Men (SHIM)
- Aiutano nella valutazione di differenti aspetti della sessualità (desiderio sessuale, funzione erettile, orgasmo, soddisfazione complessiva)

L'International Index of Erectile Function - 5 (IIEF-5) è stato creato allo scopo di fornire un questionario sensibile e specifico per valutare la funzione erettiva. Nel rispondere si deve tener conto della attività sessuale relativa agli ultimi sei mesi

A) Negli ultimi sei mesi come è stata la sua capacità di raggiungere e mantenere l'erezione?

- 0- praticamente inesistente
- 1- molto bassa
- 2- bassa
- 3- moderata
- 4- alta
- 5- molto alta

B) Negli ultimi sei mesi dopo la stimolazione sessuale quanto spesso hai raggiunto un'erezione sufficiente alla penetrazione?

- 0- non ho avuto alcuna attività sessuale
- 1- quasi mai o mai
- 2- poche volte (molto meno della metà delle volte)
- 3- qualche volta (circa la metà delle volte)
- 4- la maggior parte delle volte (più della metà delle volte)
- 5- quasi sempre o sempre

C) Negli ultimi sei mesi durante il rapporto sessuale quanto spesso è riuscito a mantenere l'erezione dopo la penetrazione?

- 0- non ho tentato di avere rapporti sessuali
- 1- quasi mai o mai
- 2- poche volte (molto meno della metà delle volte)
- 3- qualche volta (circa la metà delle volte)
- 4- la maggior parte delle volte (più della metà delle volte)
- 5- quasi sempre o sempre

D) Negli ultimi sei mesi durante il rapporto sessuale quanto è stato difficile mantenere l'erezione fino alla fine del rapporto?

- 0- non ho tentato di avere rapporti sessuali
- 1- estremamente difficile
- 2- molto difficile
- 3- difficile
- 4- abbastanza difficile
- 5- facile

E) Negli ultimi sei mesi quando ha avuto un rapporto sessuale quanto spesso ha provato piacere?

- 0- non ho tentato di avere rapporti sessuali
- 1- quasi mai o mai
- 2- poche volte (molto meno della metà delle volte)
- 3- qualche volta (circa la metà delle volte)
- 4- la maggior parte delle volte (più della metà delle volte)
- 5- quasi sempre o sempre

Sommando i punteggi ottenuti (indicati a fianco della risposta scelta), si ottiene il risultato finale.

Da 22 a 25 l'attività sessuale è da considerarsi normale.

Da 17 a 21 siamo in presenza di disfunzione erettiva lieve.

Da 12 a 16 si manifesta una disfunzione erettile lieve-moderata.

Da 8 a 11 si tratta di una disfunzione erettile moderata.

Da 5 a 7 siamo in presenza di una grave disfunzione erettile.

Questionario IIEF5

Cause della DE post-RP

- Inevitabile conseguenza di una prostatectomia radicale senza nerve-sparing con sezione involontaria dei nervi cavernosi
- Dopo NSRP è dovuta ad un complesso meccanismo non ancora completamente chiarito
- ✓ A pochi giorni dall'intervento è la conseguenza di un danno iatrogeno funzionale (trazione, diatermia) del plesso neurovascolare periprostatico, con neuroaprassia (immediatamente dopo l'intervento perdita delle fisiologiche erezioni notturne e dopo stimolazione sessuale). Se il danno evolve con degenerazione walleriana, denervazione dei corpi cavernosi, ipossia persistente, fibrosi cavernosa
- ✓ Un altro meccanismo coinvolto potrebbe essere il danno delle arterie pudende accessorie (descritte secondo alcuni nel 75% dei pazienti) con conseguente ipossia peniena
- ✓ Incremento della risposta simpatica (sperimentazione in ratti)

Linee guida AURO (Associazione Urologi Italiani) edizione 2008

- Il rischio relativo di disfunzione erettile dopo PR vs vigile attesa è del 1,8 con un Incremento di Rischio del 35%
- A lungo termine la disfunzione venooclusiva è fattore fondamentale per il mancato recupero della funzione erettile
- L'utilizzo di qualsiasi fonte di energia per il controllo dell'emostasi nel corso dell'intervento di PR è elemento sfavorevole ai fini della conservazione della funzione erettiva

Recupero funzione erettile post-RP

- Il recupero della funzione erettile è un processo multifattoriale che dipende da molte variabili: età del paziente, cambiamenti della risposta vascolare dopo chirurgia, qualità della preservazione del fascio neuro-vascolare, estensione del volume asportato, ma....
- ...La funzione erettile preoperatoria è il principale fattore associato con il recupero della stessa dopo chirurgia
- I pazienti candidati alla chirurgia nerve-sparing RP (NSRP) dovrebbero avere una normale funzione sessuale
- Dai dati emerge che solo dal 10 al 23% degli uomini di età inferiore ai 60 recupera la funzione preoperatoria dopo NSRP

Aspetti cronologici essenziali per il recupero della funzione postRP

E' stato dimostrato che l'inizio precoce di un programma di riabilitazione peniena è in grado di abbreviare il periodo di recupero postoperatorio della funzione erettile, così come ridurre la fibrosi locale irreversibile

Non solo conseguenza della chirurgia

La disfunzione erettile è comune anche dopo radioterapia e brachiterapia per k prostata.

I meccanismi coinvolti nel danno da radiazione sono danno:

- del plesso neurovascolare,
- della vascolarizzazione peniena
- dei tessuti cavernosi

Incontinenza urinaria dopo chirurgia per il tumore prostatico

Definizione di incontinenza (2002)

L'International Continence Society (ICS) definisce l'incontinenza come

una qualsiasi perdita involontaria di urina

Types of Incontinence

OVERFLOW



STRESS



URGE



FUNCTIONAL



Classificazione
in base ai
sintomi

Sottoclassificazione sulla base dei sintomi

- Incontinenza da urgenza: perdita involontaria di urina associata o preceduta da urgenza
- Incontinenza da stress: perdita involontaria di urina sotto sforzo, da esercizio, con gli starnuti o la tosse
- Incontinenza mista: associazione delle 2 forme precedenti
- Incontinenza da overflow: lo sgocciolamento pos-minzionale e la perdita continua di urina definiscono altre forme sintomatiche di incontinenza

Definzioni aggiuntive

Enuresi notturna: perdita involontaria di urina che si verifica nel sonno

La vescica iperattiva è caratterizzata da sintomi da riempimento con o senza urge incontinenze, in genere con nicturia e pollachiuria

Definizione di incontinenza post-RP

La reale incidenza di incontinenza dopo prostatectomia è difficile da individuare per

- mancanza di un'univoca definizione della continenza dopo prostatectomia radicale (uso di questionari validati)

Le linee guida EAU definiscono la continenza dopo prostatectomia come controllo totale, senza perdite o uso di pannoloni, assenza di utilizzo di pannoloni, ma perdita di poche gocce di urina, o uso di un pannolone «di sicurezza» al giorno

- il tipo di intervento

Epidemiologia dell'incontinenza post-RP

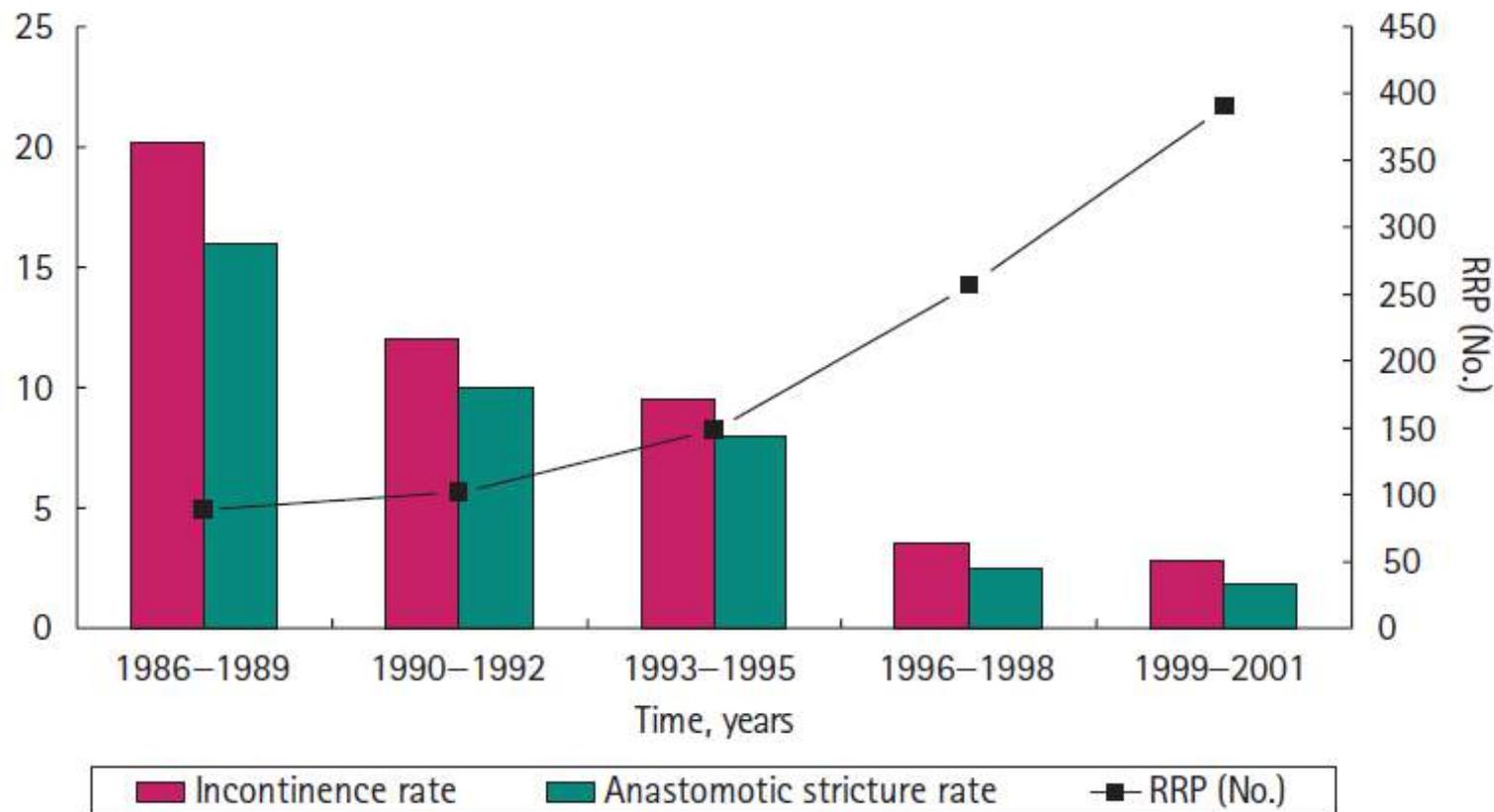
La prostatectomia radicale è la causa più comune di stress incontinenza negli uomini

Si stima che il 14-20% degli uomini sviluppi incontinenza dopo RP.

L'incidenza è verosimilmente destinata a salire (aumento delle RP)

La disfunzione vescicale presente in 26-46% dei pazienti nel post-operatorio raramente da sola è causa di incontinenza in questo gruppo di pazienti

Trend incidenza di incontinenza post-RP negli anni



Sacco E et al 2006

Fisiopatologia dell'incontinenza post-RP

La prostatectomia radicale altera diversi meccanismi responsabili della continenza urinaria:

- La prostata viene rimossa (è parte integrante dell'unità sfinteriale prossimale)

La continenza post-operatoria dipende in maniera prioritaria dal rabdomiosfintere. (Analisi morfometriche autoptiche hanno mostrato che la proporzione di cellule muscolari striate diminuisce con l'avanzare dell'età: da circa il 79% in un bambino al 35% in un uomo di 83 anni)

- La vicinanza del plesso neurovascolare e del rabdomiosfintere li rende suscettibili di un danno intraoperatorio

Cause di incontinenza post-RT

- L'eziologia non è stata completamente chiarita, si identificano:
- cause uretrali (incompetenza dello sfintere uretrale, modifiche nella lunghezza dell'uretra, stenosi postoperatorie)
- cause detrusoriali

Incompetenza dello sfintere

- E' verosimilmente risultato del danno delle strutture circostanti e dei nervi, più che del danno dello sfintere stesso, con possibilità di recupero nel tempo
- Questa ipotesi è supportata dall'evidenza di denervazione autonoma della mucosa dell'uretra membranosa (trovata nel 77%-92% degli uomini incontinenti dopo RP)

L'innervazione dello sfintere uretrale è nelle vicinanze dell'apice della prostata, il rispetto della fascia prostatica garantirebbe il miglioramento della continenza post-operatoria

Cause detrusoriali

- Le anomalie detrusoriali post-RP sono più contraddittorie
- Uno dei principali cambiamenti dopo RP è la diminuita compliance del detrusore.
- Alterate compliance sono state riscontrate in percentuali variabili dall'8 al 38,9%

Valutazioni urodinamiche post-RP

- Nei test urodinamici è stata riscontrata un'incompetenza dello sfintere urinario fino all'88% dei pazienti fino ad un anno post-intervento
- La pressione massima di chiusura uretrale è ridotta fino al 41% dei pazienti
- Solo il 18,5 % dei pazienti non hanno un coinvolgimento dello sfintere alla base della propria incontinenza

In sintesi

- I fattori principalmente implicati nell'incontinenza post-RP sono:
- **Danno, incompetenza dello sfintere**
- Instabilità de novo

E' verosimile che la combinazione di un danno intraoperatorio neurovascolare abbia effetti sia sul detrusore che sulla funzione uretrale

Fattori di rischio per lo sviluppo di incontinenza postRP

Due principali fattori di rischio per lo sviluppo di incontinenza dopo RT sono stati identificati in differenti revisioni :

- Pregresse anomalie della contrattilità del detrusore
- età

Altri fattori identificati includono:

- Radioterapia preoperatoria
- Elevato BMI
- traumi
- lesioni del midollo spinale
- contrattura del collo vescicale (da alcuni autori è considerata la causa primaria)
- stenosi uretrale
- L'esperienza chirurgica e del centro (>20 anno)

Altri aspetti da ricordare

- La chirurgia Nerve-sparing rispetto alla non-nerve-sparing contribuisce in maniera significativa ad aumentare la continenza post-operatoria (preservata innervazione del rabdomiosfintere)
- La lunghezza dell'uretra è un importante predittore della continenza post-operatoria

Incontinenza post-RP: recupero

La maggior parte dei pazienti recupera la continenza vescicale in un periodo variabile da 6 a 12 mesi

Le percentuali di recupero della continenza post intervento:

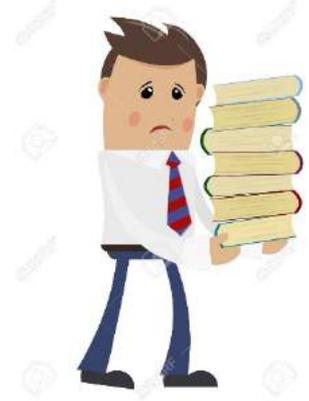
- ✓ Risentono della tecnica chirurgica adottata
- ✓ sono differenti in base agli studi analizzati

La continenza a 3, 30 e 90 giorni dalla dimissione del paziente varia dal

- 0%, 7%, 41% Lowe
- 46%, 63%, 87% Gillenwater

Grazie per l'attenzione

Take home messages



All patients undergoing a radical prostatectomy (RP) using any surgical approach, be it open, laparoscopic, or robotic, are at risk of developing postprostatectomy urinary Incontinence e disfunzione erettile