

Simposio REHA TICINO 2023

Simposio REHA TICINO

Giovedì 27 aprile 2023, dalle 13.00 alle 17.30

L'importanza di un approccio interdisciplinare
nella presa in carico delle disfunzioni pelvi
perineali: la nostra esperienza



La riabilitazione dell'incontinenza urinaria e della disfunzione erettile post-prostatectomia

Luana Petriconi

Incontinenza urinaria maschile

I disturbi delle basse vie urinarie nell'uomo -> impatto considerevole sulla qualità di vita -> auto-somministrazione di questionari

Questa incidenza aumenta con l'età: incremento sintomi fase svuotamento e riempimento + sindrome della vescica iperattiva

Incontinenza post-prostatectomia

Prostatectomia radicale e resezione trans-uretrale della prostata -> incontinenza -> 1/3 degli uomini sottoposti a TURP **IU** a 3 mesi
-> con rilevazione soggettiva del problema di media o considerevole entità

Prostatectomia radicale -> nell'immediato post op -> **sia IU sia IS**

Controllo urinario -> integrità sfintere interno ed esterno -> chirurgia radicale->sfintere interno non integro e anche sfintere esterno disfunzioni -> **IS**

Altro rischio delle prostatectomie radicali + terapia radiante -> stenosi ostruente -> aumento del residuo post minzionale -> **IU e mitto debole**

Prostatectomia radicale e qualità di vita

Trattamento riabilitativo precoce-> associato a ripresa più precoce dell'attività sessuale

Considerare i tempi di recupero della continenza (95% a 18 mesi dall'intervento) e della funzione sessuale (60% a 18 mesi dall'intervento)
-> adattamento terapeutico

Prostatectomia radicale e danno funzionale

Prostatectomia radicale-> danno anatomico e funzionale alle strutture uretrali posteriori -> le strutture ricostruite e la porzione muscolare sfinterica striata -> sostituzione funzionale dell'uretra posteriore -> responsabile della continenza nel maschio

L'atto chirurgico -> lesione dei rami nervosi -> causando la perdita transitoria o definitiva-> del controllo afferente e perdita meccanismi riflessi e o volontari che sono alla base della continenza -> danno carico delle afferenze sensitive -> perdita del guardian reflex -> conseguenza incontinenza nella fase di riempimento

Altri fattori sono comunque determinanti nell'incontinenza -> sistema legamentare compromesso

Continenza urinaria dopo prostatectomia radicale

FATTORI PREOPERATORI

età inf a 65 anni
BMI superiore a 30 -> incontinenza
condizioni generali compromesse
pregressa chirurgia prostatica

FATTORI INTRAOPERATORI

tecnica del nerve sparing
risparmio vescicole seminali
ricostruzione e preservazione del collo vescicale
lunghezza dell'uretra membranosa
ricostruzione posteriore
conservazione fascia endopelvica

FATTORI POSTOPERATORI

tempo posa catetere
radioterapia
intervento fisioterapico pre e postoperatori

Valutazione fisioterapeutica dell'incontinenza urinaria maschile

Basata su:

- sintomi del basso tratto urinario
- pregressa storia chirurgica e di radioterapia
- storia familiare
- abitudini sessuali e intestinali
- valutazione medicinali ed ev effetti collaterali

Gravità dell'incontinenza:

- numero episodi incontinenza giornalieri
- ricorso a ausili
- impatto sulla qualità di vita tramite questionari

Diario minzionale e pad test:

- compilazione di un **diario minzionale** -> stima delle capacità vescicali, della frequenza e urgenza minzionale e della presenza di incontinenza diurna e notturna
- test del pannolino**: 24h o abbreviato su un'ora: valutazione entità delle perdite-> ½ L di acqua e diverse attività standardizzate

Presenza di climacturia: varia dal 18 al 45% dei soggetti che mantengono la funzione sessuale -> situazione riducibile -> impatto significativo sulla qualità di vita

Esame obiettivo fisioterapico

Fondamentale per un'adeguata scelta dell'esercizio terapeutico

Quantificare le capacità residue della funzione muscolare

VALUTAZIONE NEUROLOGICA

esame neurologico di base che deve includere il riflesso di guardia, del tono anale e dello sfintere anale, del reclutamento volontario e dell'integrità della sensibilità perianale

- esame della sensibilità: sensibilità tattile, termica e dolorifica (L1, L1-L2, S1-S2)
- esame dei riflessi:
 - **riflesso cremasterico sup**-> lesione rami L1 e L2
 - **riflesso anocutaneo**-> doppio e simmetrico -> lesioni radici sacrali
 - **riflesso anale**-> necessita dell'integrità delle vie vegetative postganglari
 - **riflesso bulbo-spongioso**-> arco riflesso sacrale pudendo -> nervo pudendo-> nucleo di Onuf
 - **riflesso perineale al colpo di tosse**-> rapporti tra diaframma, musc parete addome e PP -> contrazione sincrona del piano perineale al colpo di tosse

VALUTAZIONE CLINICA SEGMENTARIA

valutazione dell'addome, ricerca di cicatrici, ev sovradistensione della vescica
si valuta: perineo anteriore e zona nucleo centrale fibroso del perineo -> attraverso palpazione e richiesta contrazione volontaria

Valutazione segmentaria attraverso la palpazione in posizione supina->
posizione facilitante per la propriocezione e il reclutamento selettivo
Ipotonia confermata da discesa della zona anosacrale (Perineocaliper)
Osservare ev linfoedemi

Valutazione segmentaria alla richiesta di contrazione volontaria della musc PP->
Prima fase richiesta di contrarre senza indicazioni particolari-> individuare grado di propriocezione da parte del paz
Seconda fase indicazione semplice di contrarre ma senza specificità sul respiro
Terza fase si introduce un feedback tattile o la manovra dello stretching prepenieno
Da valutare anche la qualità del rilassamento fisiologico -> elasticità del muscolo

Dinamica respiratoria
Inversione di comando raro

Valutazione del colpo di tosse
Fuga di urina nell'IS o forme miste -> protusione addome: bombement->
mancata azione sinergica tra diaframma e musco trasverso dell'addome

Stress test
Colpo di tosse o Valsava in clino e ortostatismo

Valutazione forza muscolare

Ileococcigeo, ischiococcigeo e pubococcigeo, ischiocavernoso. Bulbospongioso e trasversi del PP

Ricerca di ev punti trigger

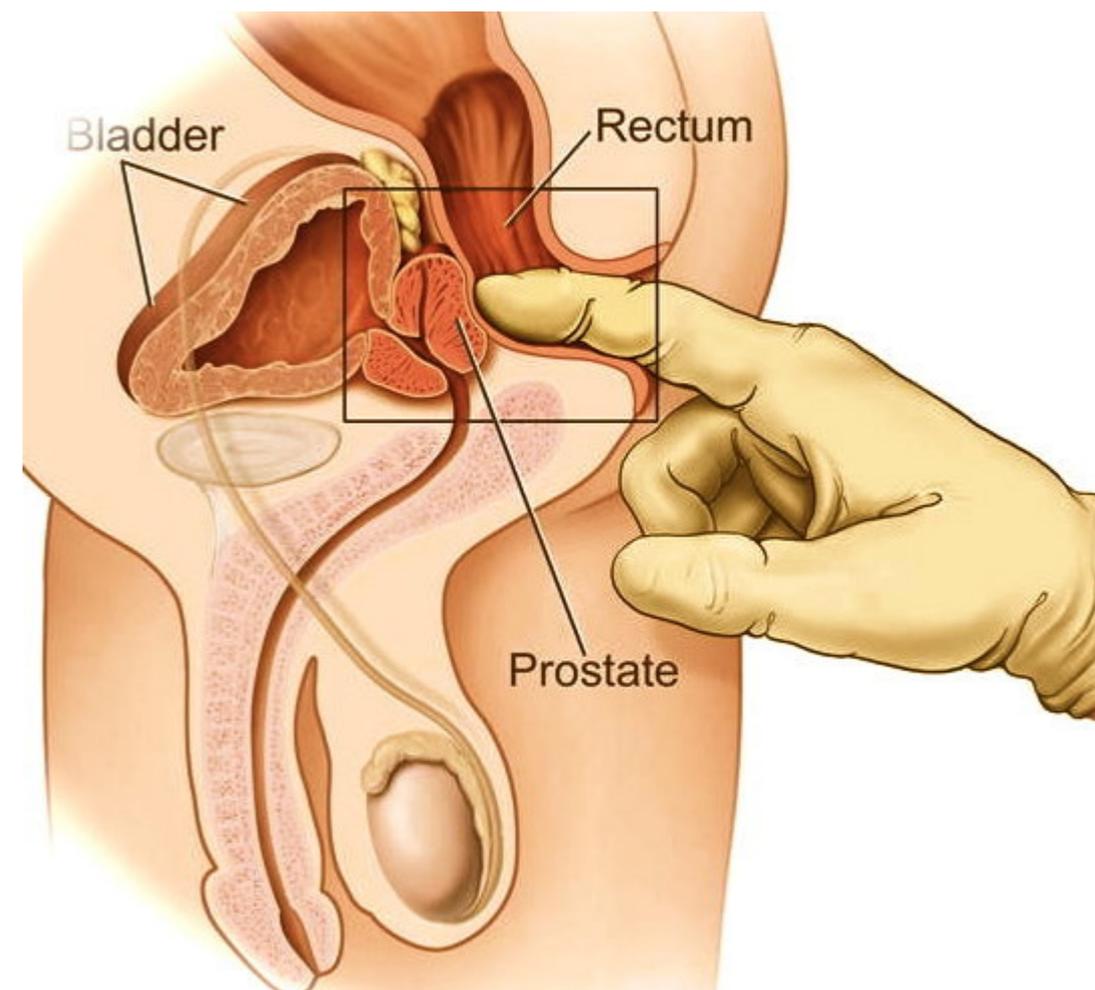
Uso della scala di Dorey (0-ç)

Uso della scala Laycock (0-5)

Uso della scala Minaire e Blanchon (0-5)

Uso della scala Artibani (0-3)

Apprezzamento del
reclutamento volontario tramite
manovra endocavitaria



Beretta, 2016

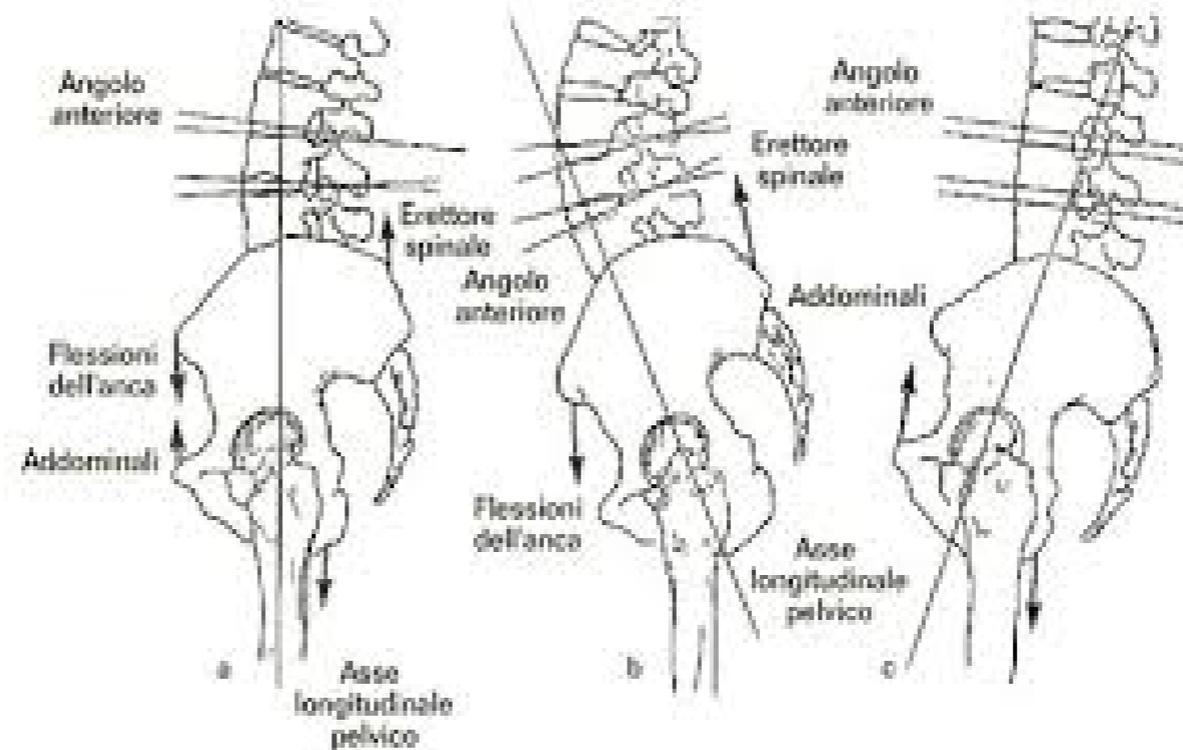
Valutazione posturale del bacino

Risultano determinanti le modifiche della pressione intra addominale che vengono esercitate sulla vescica

Posizione del bacino nello spazio

Conoscere lunghezze delle fibre muscolari e il loro stato di tensione-> proposta adeguata di esercizi

Posizione bacino dell'uomo



Marino, 2018

Esercizio terapeutico riabilitativo e uso del biofeedback

Secondo la letteratura -> presa a carico fisio in fase preoperatoria -> prognosi maggiormente favorevole nell'evoluzione dell'IU

Obiettivo in questa fase-> insegnare al paz la contrazione tonica prepeniena e correggere ev dinamiche addominotoraciche

EDUCAZIONE POSTINTERVENTO

Improntato a maggior rilevanza muscolare rispetto alla donna

Intervento terapeutico incentrato su fibre fasiche/toniche

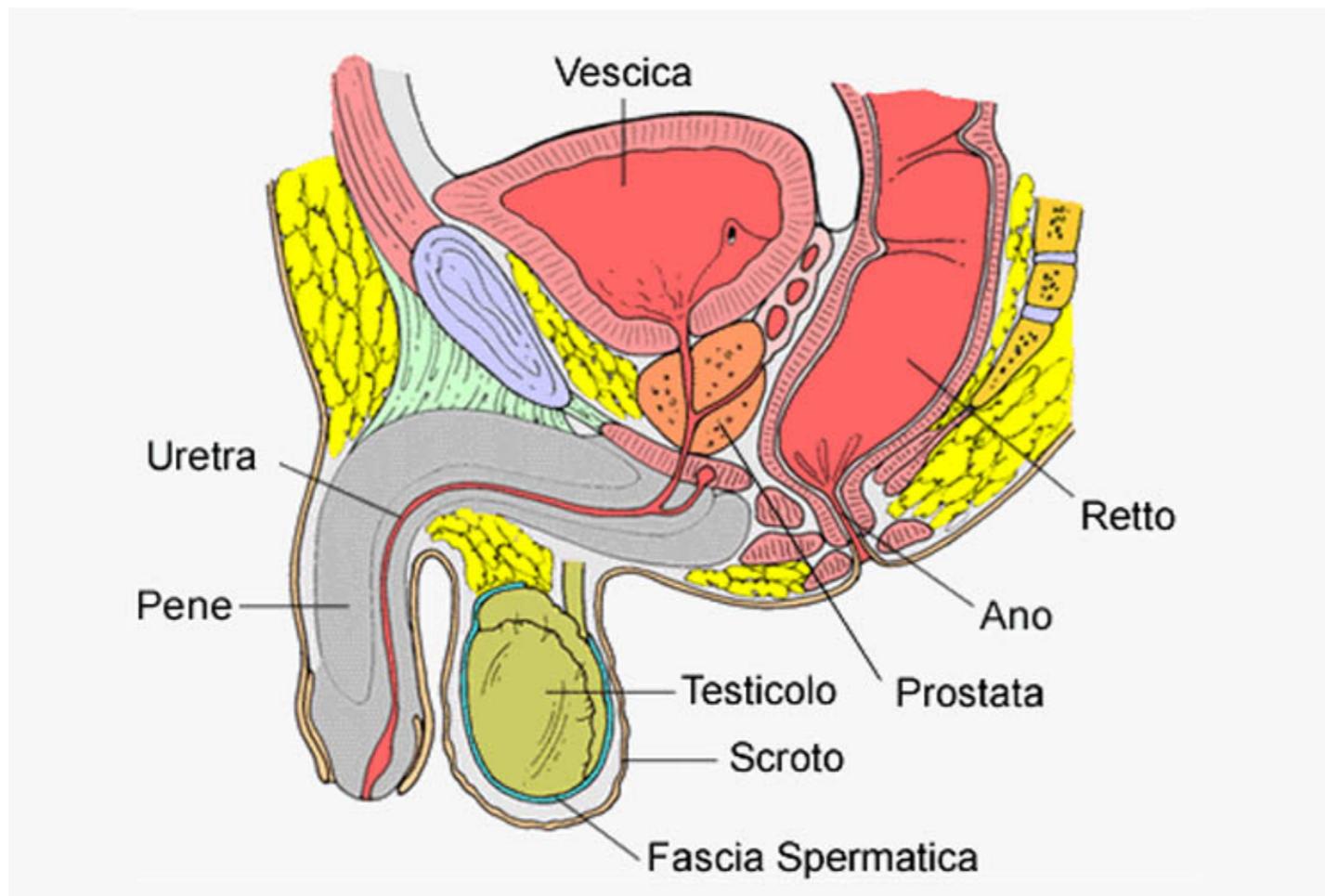
Bladder training

Percezione muscolare + performance reclutamento muscolare

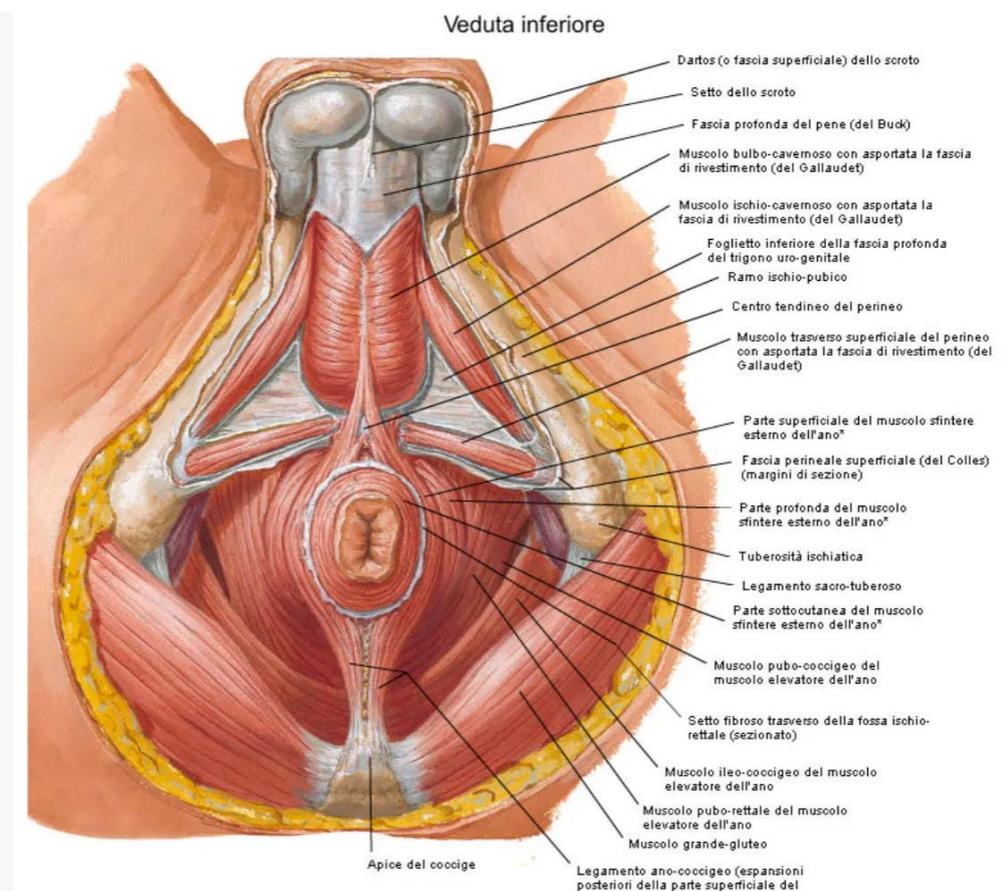
Coordinazione respiratoria

-> concetto-> emendare la perdita di una funzione invol (sfintere prostatico) con gesto a carico di muscoli volontari->aumentando durata di contrazione, velocità di contrazione, tono musc, ripetibilità del gesto, coordinazione intra e intermuscolare

1.- presa di coscienza del reclutamento muscolare: attraverso tavole anatomiche, stimoli tattili e visivi



Pelizzone, 2019



Pavimento Pelvico Uomo

Guida, 2019

2. Respirazione e reclutamento addominale: intervento della muscolatura addominale in funzione di stabilizzatore del rachide durante l'aumento di pressioni intra-addominali

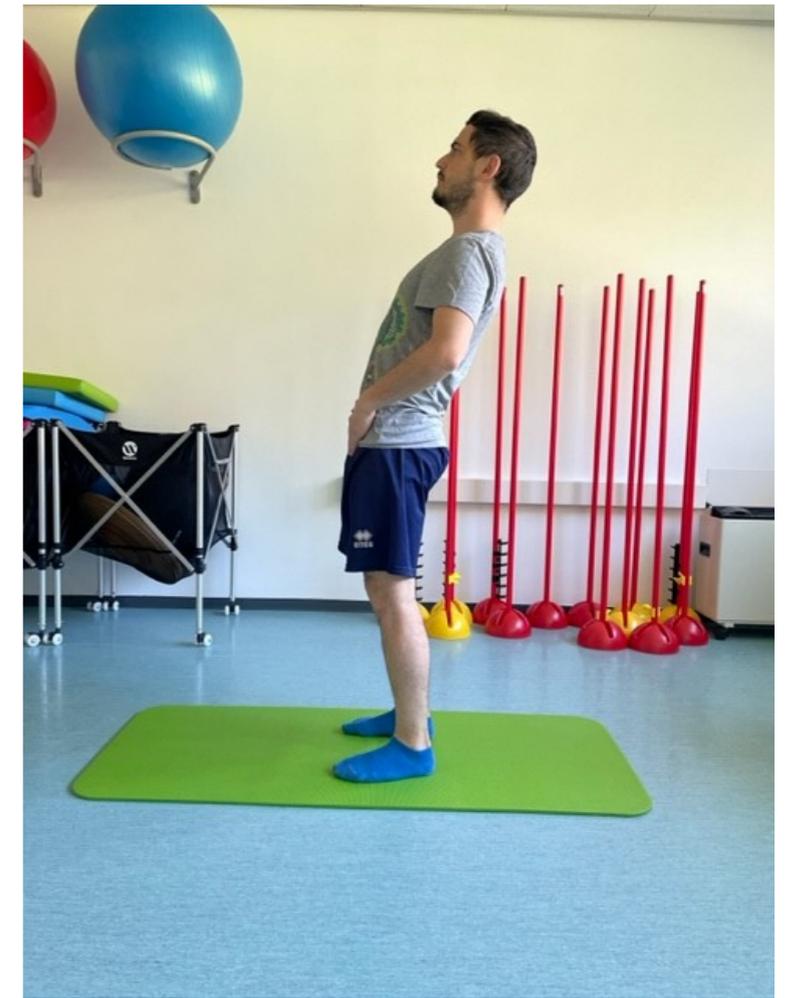
Feed-forward-> reclutamento anticipatorio degli addominali rispetto al diaframma

3.- Rapporti tra muscoli respiratori, addominali e pelvici: nell'uomo due tipi di fibre nel sfintere uretrale -> slow-twitch controllo continenza di base e fast-twitch in risposta alle variazioni di pressione intra-addominale

Protocolli di base di allenamento

1.- esercizi per l'endurance fasica e tonica

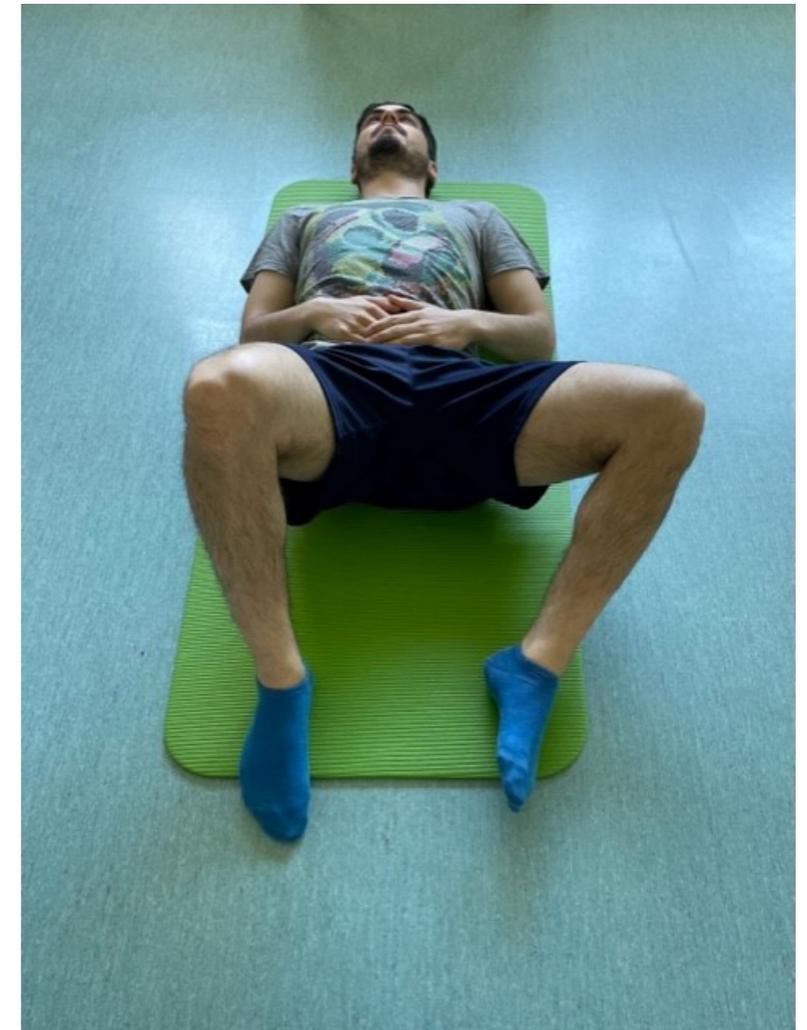
2.- esercizi contro resistenza



3.- vacuum deviance

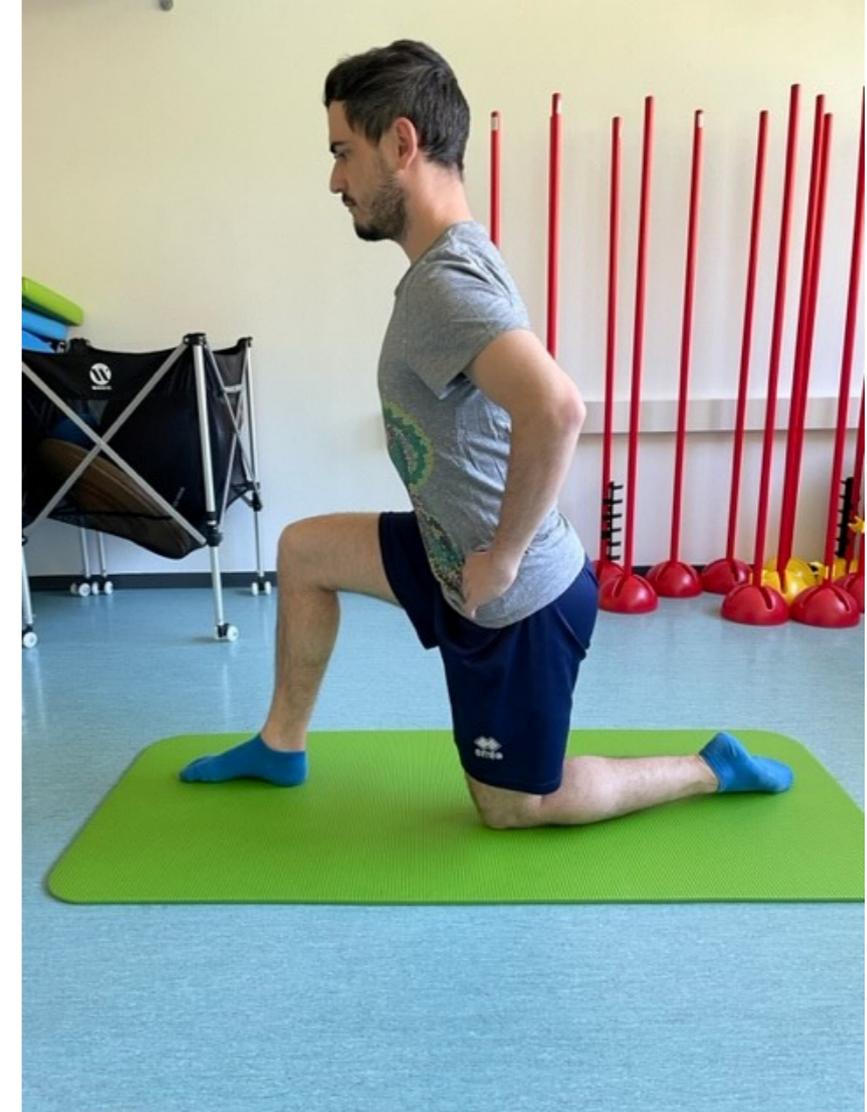


4.- isolamento GM











3. Esercizi per il rilassamento muscolare

4.- core









5.- biofeedback



Di Maria 2019

Stimolazione elettrica funzionale del PP nel maschio

Stimolazione elettrica funzionale per il trattamento dell'IUS-> 30-50Hz-> determina una contrazione della muscolatura del piano perineale (elevatore dell'ano, sfinteri esterni dell'uretra e dell'ano)

La via più comunemente utilizzata nell'uomo è la via endoanale in qt studi hanno rilevato una migliore corticalizzazione dello stimolo

Regola base : rapporto di 1:2 tra stimolo e riposo

Giraud, 2016



Giraud, 2016

PTNS (percutaneous tibial nerve stimulation)



University of Colorado, 2022

Take to home per i medici

Quanto prima la presa a carico fisioterapica è possibile, già nel pre operatorio, tanto le possibilità di efficacia terapeutica saranno maggiori e i risultati terapeutici più brevi da ottenere

Take to home per i colleghi

Attenzione ai messaggi silenti dai pazienti -> segnali di allarme

Integrare nella propria anamnesi domande specifiche per il paziente operato di prostata

Introdurre esercizi di sinergia respiratoria e correzione posturale

Bibliografia

Giarauda, D., Lamberti, G.,. Incontinenza urinaria maschile. *Edi Ermes* 2015, Milano

Beretta, G.,. (2016). L'importanza dell'esplorazione rettale. *MedItalia, Urologia*
<https://www.medicitalia.it/minforma/urologia/2310-esplorazione-rettale-la-sua-importanza-nelle-discipline-uro-andrologiche.html>

Marino, F.,. (2019). Alterazioni posturali in età evolutiva.
<https://articoli.nonsolofitness.it/item/3636-alterazioni-posturali-in-eta-evolutiva.html>

Pellizzone, V., (2019). Il perineo maschile
<https://www.rieducazioneperineo.it/N16/il-perineo-maschile-anatomia-ed-esercizi-kegel.html>

Guida, M. (2017). Pavimento pelvico inferiore uomo
<https://www.centroistar.it/il-perineo/pavimento-pelvico-inferiore-uomo/>

Di Maria, S., (-). Riabilitazione pavimento pelvico
<https://www.silviadimaria.com/riabilitazione-pavimento-pelvico/>

University Of Colorado (2022). PTNS. Uroginecology
<https://urogyn.coloradowomenshealth.com/treatments/ptns.html>