

U.O.C. UROLOGIA SACCO

Dir. Dr. A.M. Granata

Equipe medica

Dr. A.M. Granata
Dr. M. Rosso
Dr.ssa F. Marchesotti
Dr.ssa S. Ranzoni
Dr. A. Abdulvagabov
Dr. D. Trerè
Dr. F.P. Costa

Tel. 02.3904.3557

Urologia.sacco@asst-fbf-sacco.it

Centro di Stomaterapia e Riabilitazione Piano Perineale

Coord. Inferm. Dipartimento.:
O. Barbato

Infermieri Riabilitatori

M. Conzimu
B. Colombo
E. Mazzali
E. Trevisol

Tel: 02.3904.3465

stomaterapia@asst-fbf-sacco.it

RIABILITAZIONE POST PROSTATECTOMIA RADICALE

Materiale informativo

U.O.C. UROLOGIA SACCO

Dir. Dr. A.M. Granata

Equipe medica

Dr. A.M. Granata
Dr. M. Rosso
Dr.ssa F. Marchesotti
Dr.ssa S. Ranzoni
Dr. A. Abdulvagabov
Dr. D. Trerè
Dr. F.P. Costa

Tel. 02.3904.3557
Urologia.sacco@asst-fbf-sacco.it

Centro di Stomaterapia e Riabilitazione Piano Perineale

Coord. Infirm. Dipartimento.:
O. Barbato

Infermieri Riabilitatori

M. Conzimu
B. Colombo
E. Mazzali
E. Trevisol

Tel: 02.3904.3465
stomaterapia@asst-fbf-sacco.it

Gentile Signore,

questo documento integra le informazioni ricevute durante il colloquio pre-operatorio.

La prostatectomia radicale prevede l'asportazione della prostata, delle vescicole seminali e, in base allo stadio di malattia, dei linfonodi. Questo intervento, eseguito con chirurgia robotica, comporta una riorganizzazione anatomica del basso tratto urinario che richiede un periodo di adattamento. Questo documento illustra il percorso di riabilitazione multidisciplinare necessario per ottimizzare il recupero funzionale della continenza e dell'erezione.

Incontinenza Urinaria Post-Operatoria

La perdita involontaria di urina è la complicanza più frequente nell'immediato post-operatorio. È importante sottolineare che tale condizione non è indice di un fallimento chirurgico, bensì una conseguenza attesa. Sebbene l'evoluzione delle tecniche chirurgiche (laparoscopia e robotica) abbia migliorato i risultati funzionali, l'incidenza di perdite urinarie nella fase post-operatoria rimane rilevante.

La perdita di urina si verifica nella grande maggioranza sotto sforzo (SUI, Stress Urinary Incontinence); pertanto potrà avvertire le perdite di urina in tutte quelle situazioni che creano un aumento della pressione all'interno dell'addome (ad esempio mentre cammina, corre, sale o scende le scale, nei cambi di posizione da sdraiato a seduto e da seduto a in piedi, durante tosse, risata o il sollevamento di qualche peso). L'entità dell'incontinenza è molto variabile e non può essere prevedibile prima dell'intervento, possono variare da poche gocce a quantità più elevate.

L'obesità o il sovrappeso possono peggiorare le perdite di urina.

- **Dati Clinici:** Studi multicentrici indicano che, alla rimozione del catetere vescicale, una percentuale fino all'80% dei pazienti può manifestare incontinenza. Tuttavia, il recupero della continenza è un processo dinamico: la letteratura riporta tassi di recupero significativi tra i **6 e i 12 mesi** dall'intervento, con un'incontinenza residua dopo questo lasso di tempo inferiore al 2%.

- **Eziologia:** Perché potrebbe avere incontinenza?

Normalmente nell'uomo la continenza urinaria è garantita da due muscoli:

- lo sfintere uretrale interno, un muscolo involontario posizionato in

U.O.C. UROLOGIA SACCO

Dir. Dr. A.M. Granata

Equipe medica

Dr. A.M. Granata
Dr. M. Rosso
Dr.ssa F. Marchesotti
Dr.ssa S. Ranzoni
Dr. A. Abdulvagabov
Dr. D. Trerè
Dr. F.P. Costa

Tel. 02.3904.3557

Urologia.sacco@asst-fbf-sacco.it

Centro di Stomatoterapia e Riabilitazione Piano Perineale

Coord. Inferm. Dipartimento.:
O. Barbato

Infermieri Riabilitatori

M. Conzimu
B. Colombo
E. Mazzali
E. Trevisol

Tel: 02.3904.3465

stomatoterapia@asst-fbf-sacco.it

prossimità del collo della vescica e del primo tratto dell'uretra prostatica

- lo sfintere uretrale esterno, un muscolo volontario, posto intorno alla prostata nel contesto del pavimento pelvico (l'insieme delle strutture muscolari che chiudono la parte inferiore della cavità addominale)

Figura 1

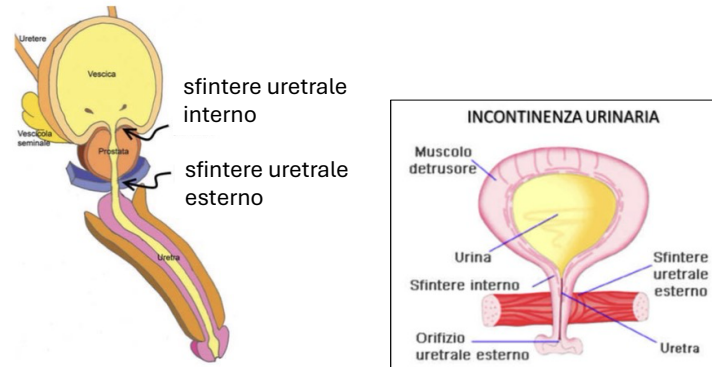
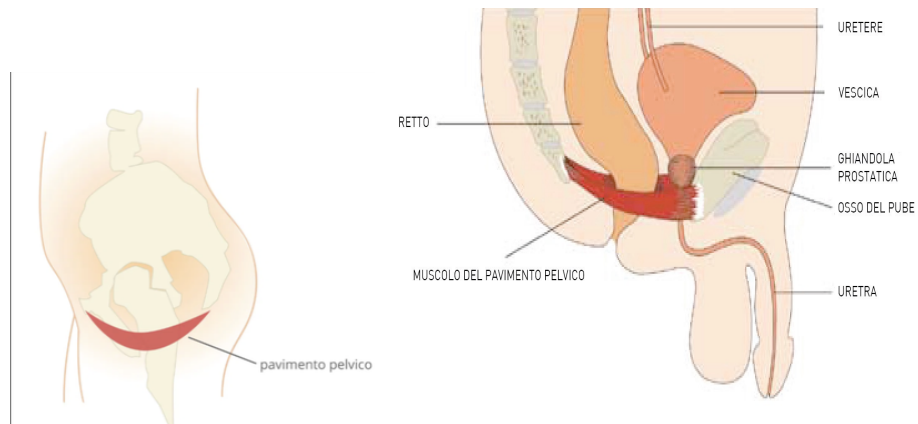


Figura 2



Durante l'intervento lo sfintere uretrale interno (1) viene sempre rimosso.

Lo sfintere uretrale esterno sarà l'unico responsabile della continenza e ci sono due motivi principali perché ciò può essere difficile: lo sfintere può essere indebolito durante l'intervento o può subire uno shock temporaneo (neuroapraxia); gli uomini normalmente non sono abituati a usare questo muscolo (volontario) in quanto la continenza è già garantita dal primo sfintere (involontario).

Ci sarà pertanto bisogno di una ginnastica mirata in primis a prendere coscienza, "imparare a usare", questo muscolo, poi a rafforzarlo. Come in

U.O.C. UROLOGIA SACCO

Dir. Dr. A.M. Granata

Equipe medica

Dr. A.M. Granata
Dr. M. Rosso
Dr.ssa F. Marchesotti
Dr.ssa S. Ranzoni
Dr. A. Abdulvagabov
Dr. D. Trerè
Dr. F.P. Costa

Tel. 02.3904.3557
Urologia.sacco@asst-fbf-sacco.it

Centro di Stomaterapia e Riabilitazione Piano Perineale

Coord. Inferm. Dipartimento.:
O. Barbato

Infermieri Riabilitatori

M. Conzimu
B. Colombo
E. Mazzali
E. Trevisol

Tel: 02.3904.3465
stomaterapia@asst-fbf-sacco.it

palestra, il muscolo andrà allenato per non perdere il tono anche dopo il completo recupero della continenza.

- **Protocollo Riabilitativo:** In linea con le raccomandazioni delle linee guida EAU (European Association of Urology), il nostro centro adotta la **Pelvic Floor Muscle Training (PFMT)**. La riabilitazione del pavimento pelvico non è una semplice ginnastica, ma un trattamento riabilitativo volto a prendere coscienza del corretto utilizzo del pavimento pelvico e a potenziarne la forza e la resistenza. Si basa su esercizi guidati dal personale dedicato. La qualità della contrazione è determinante: eseguire un numero eccessivo di esercizi, se scorretti, può risultare controproducente.
- **Diario Minzionale:** È uno strumento di monitoraggio oggettivo fondamentale. Permette al team di valutare la capacità di contenimento della vescica, di quantificare le perdite e di calibrare e personalizzare la riabilitazione.

Contatti e Riferimenti

Centro di Stomaterapia e Riabilitazione del Piano Perineale: Pad. 51
Scala A, III° piano. Tel. 02.3904.3465.

Urologo referente: Dr.ssa S. Ranzoni. *Alta Specialità in Urologia Funzionale*

Infermieri Riabilitatori: M. Conzimu, B. Colombo, E. Mazzali, E. Trevisol

Contatti: 02.3904.3465 – stomaterapia@asst-fbf-sacco.it

Equipe medica

Dr. A.M. Granata
Dr. M. Rosso
Dr.ssa F. Marchesotti
Dr.ssa S. Ranzoni
Dr. A. Abdulvagabov
Dr. D. Trerè
Dr. F.P. Costa

Tel. 02.3904.3557
Urologia.sacco@asst-fbf-sacco.it

Centro di Stomaterapia e Riabilitazione Piano Perineale

Coord. Infirm. Dipartimento.:
O. Barbato

Infermieri Riabilitatori

M. Conzimu
B. Colombo
E. Mazzali
E. Trevisol

Tel: 02.3904.3465
stomaterapia@asst-fbf-sacco.it

Riabilitazione Andrologica

La disfunzione erettile (DE) post-operatoria è conseguente alla manipolazione o resezione dei fasci vascolo-nervosi, necessaria per garantire l'esito oncologico.

La pianificazione chirurgica preoperatoria dipende dall'età del paziente, dalla funzione erettile preoperatoria valutata tramite questionario validato, dallo stadio e dall'aggressività della neoplasia.

In casi favorevoli è possibile pianificare un intervento "nerve sparing", cioè con possibile risparmio dei nervi erettili.

Nelle prostatectomie radicali non nerve sparing, la disfunzione erettile post-operatoria è certa.

Nelle prostatectomie radicali *nerve sparing* (con risparmio intraoperatorio dei nervi erettili) un grado variabile di disfunzione erettile è riportata in percentuali significative, con una forbice in letteratura che varia tra il 25% e il 66%, nettamente migliorate quando l'intervento si pratica con l'ausilio della chirurgia robotica (RARP).

Negli interventi *nerve-sparing* la disfunzione erettile può essere temporanea per un problema di shock (neuroaprassia) dei nervi. L'assenza di ossigenazione dei corpi cavernosi però può condurre a fibrosi tissutale che porterebbe a una disfunzione erettile definitiva. Il protocollo di riabilitazione andrologica serve proprio a tenere ossigenati i corpi cavernosi inducendo erezioni in attesa del recupero dei nervi, al fine di prevenire il danno strutturale permanente e la fibrosi del tessuto cavernoso.

Opzioni Farmacologiche/Riabilitative:

1. **Inibitori della PDE5 (iPDE5):** Farmaci orali che facilitano il meccanismo emodinamico dell'erezione in presenza di stimolo. Necessitano dell'integrità strutturale dei nervi (solo nerve sparing).
2. **Iniezioni Intracavernose (ICI):** L'uso di Prostaglandina E1 (Alprostadil) garantisce l'afflusso ematico indipendentemente dall'integrità nervosa, contrastando l'ipossia tissutale. L'effetto riabilitativo è sul tenere "elastici" i corpi cavernosi, ma servirà anche il suo effetto terapeutico al bisogno per avere un rapporto. Nel nostro ambulatorio è previsto un servizio per insegnare a praticarsi le iniezione nel caso fosse necessario quest'approccio.
3. **Vacuum Erectile Device (VED):** Presidio meccanico utilizzato per indurre un richiamo ematico passivo, utile come terapia adiuvante per prevenire la fibrosi dei corpi cavernosi e l'accorciamento del pene.

U.O.C. UROLOGIA SACCO

Dir. Dr. A.M. Granata

Equipe medica

Dr. A.M. Granata
 Dr. M. Rosso
 Dr.ssa F. Marchesotti
 Dr.ssa S. Ranzoni
 Dr. A. Abdulvagabov
 Dr. D. Trerè
 Dr. F.P. Costa

Tel. 02.3904.3557

Urologia.sacco@asst-fbf-
 sacco.it

Centro di Stomatropia e Riabilitazione Piano Perineale

Coord. Inferm. Dipartimento.:
 O. Barbato

Infermieri Riabilitatori

M. Conzimu
 B. Colombo
 E. Mazzali
 E. Trevisol

Tel: 02.3904.3465

stomatropia@asst-fbf-sacco.it

Gestione delle Complicanze Persistenti

Qualora i trattamenti riabilitativi di primo livello non producessero i risultati attesi entro i tempi clinici previsti (generalmente 12-24 mesi per la funzione sessuale e 6-12 mesi per la continenza) esistono opzioni chirurgiche di secondo livello:

- **Per l'incontinenza:** Sling sotto-uretrali o impianto di sfintere artificiale.
- **Per la disfunzione erettile:** Impianto di protesi peniene.

Cronoprogramma del Percorso

Fase	Periodo	Attività e Obiettivi
Preoperatoria	Prericovero	Sarà programmato un incontro conoscitivo e di apprendimento degli esercizi base con l'equipe riabilitativa
Rimozione catetere	1 sett. post-op	Dopo la rimozione del CV il pz. valuterà le perdite compilando il diario minzionale per 3 giorni. Contatterà quindi l'equipe riabilitativa per cominciare il percorso.
Prima visita andrologica	1-2 mesi post-op	In base allo stato di riabilitazione della continenza, alla volontà del paziente, al tipo di intervento effettuato (NS o non NS) sarà impostato il programma andrologico (Piano terapeutico, Vacuum, eventuale addestramento a terapia iniettiva)
Visite di controllo funzionale o andrologica	3-12 mesi post-op	In base alle risposte del paziente saranno indicate le visite di controllo per eventuali aggiustamenti terapeutici