



Azienda Ospedaliera  
Ospedali Riuniti Marche Nord  
Unità Operativa Complessa Riabilitazione

# CONSIGLI ED ESERCIZI PER PAZIENTI CON INCONTINENZA URINARIA IN ESITI DI PROSTATECTOMIA



**Opuscolo  
informativo**

Edizione Maggio 2020

*Il presente opuscolo informativo sulla incontinenza urinaria e sui disturbi della sfera sessuale nell'uomo ha lo scopo principale di rompere il tabù, di parlare del problema con semplicità e chiarezza. Conoscere vuol dire mettersi nelle migliori condizioni per affrontare il disturbo in modo adeguato e tenerlo sotto controllo in modo efficace.*

### **Che cos'è l'incontinenza urinaria?**

L'incontinenza urinaria è **l'incapacità di controllare e trattenere l'urina**. Essa può manifestarsi con gravità variabile da perdite minime di sole poche gocce o di uno spruzzo, sino alla perdita di quantità più importanti ed anche di tutto il contenuto vescicale.

### **Quali sono le cause della incontinenza dopo prostatectomia o radioterapia?**

Gli interventi di prostatectomia o di radioterapia per tumore della prostata, possono rendere lo sfintere interno (trattasi di un muscolo collocato alla base della vescica a contatto con la prostata che funziona come una sorta di valvola che chiude la via urinaria), incapace di svolgere la sua funzione di tenuta dell'urina.

### **Come si manifesta l'incontinenza?**

L'incontinenza urinaria dopo prostatectomia si può manifestare prioritariamente come "Incontinenza urinaria da sforzo". Questa tipologia di incontinenza si rivela con perdita di urina associata a condizioni di sforzo quali la tosse, lo starnuto, il sollevamento di oggetti da terra, ma anche in situazioni di cambio della postura, per esempio alzandosi dalla posizione seduta o sdraiata alla posizione in piedi o, ancora, camminando o accovacciandosi.

L'incontinenza urinaria nell'uomo, oltre a poter essere di diverso tipo e gravità può presentarsi con una frequenza delle perdite variabile. Infatti, alcune persone hanno una incontinenza rara

(meno di una volta alla settimana o al mese), altre perdono molte volte al giorno o anche continuamente.

## Cosa fare?

Dopo circa 1-2 mesi dall'intervento in caso di persistenza del problema incontinenza è opportuno rivolgersi al medico Urologo di riferimento che valutata l'entità e le caratteristiche del problema, indicherà il **percorso di cura riabilitativo** (con attivazione di visita Fisiatrica) e/o farmacologico da compiere.

Da ricordare che la ripresa della continenza urinaria dopo la rimozione del catetere vescicale avviene gradualmente, in modo progressivo e tipicamente in tre fasi. Precisamente, **prima fase**: si è asciutti durante la notte, stando in posizione sdraiata sul letto.

**Seconda fase**: si è asciutti anche durante le ore diurne, in particolare al mattino e con il passare dei giorni al pomeriggio e sera. Terza fase: si rimane asciutti anche durante lo svolgimento di qualsiasi attività fisica.

Per la migliore identificazione del problema viene fornito durante la visita dallo specialista urologo o fisiatra il "**diario minzionale**". Si tratta di uno strumento di valutazione molto utile per il medico e per il paziente stesso che può registrare il comportamento della vescica durante la giornata. In pratica il paziente deve annotare, per alcuni giorni, l'ora in cui va a fare pipì e la quantità di urina emessa, nonché gli episodi di perdita di urina. Il risultato finale è una tabella attendibile delle abitudini minzionali.

## Qualche consiglio in generale...

Provare a controllare quante volte si urina al giorno e quanto si urina ogni volta:

- *se si urina spesso* (intervalli tra le pipì meno di due ore) piccole quantità (meno di 150 cc per volta), cercare di rimandare di qualche minuto il momento in cui fare pipì ogni volta;

- *se al contrario si urina troppo poco* (meno di una volta ogni 3-4 ore) e negli intervalli si perde l'urina, cercare di urinare un po' più spesso, anche se non si ha lo stimolo.

Alcune cose possono peggiorare l'incontinenza, pertanto **evitare** di:

- **aumentare di peso**: l'aumento della pressione nell'addome può peggiorare l'incontinenza dopo chirurgia della prostata;
- **esagerare con i liquidi** se non prescritto dal medico: un litro e mezzo di acqua al giorno è generalmente sufficiente;

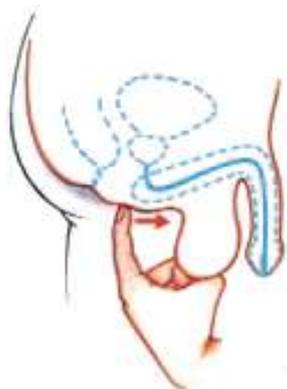
ed anche:

- **ridurre l'assunzione di birra, di alcolici, di caffè e di tè**, che costituiscono degli irritanti vescicali

Parlare con il medico dei **farmaci** che si stanno assumendo:

- la revisione di alcune terapie assunte per altri motivi quali, per esempio, antiipertensivi, diuretici, antidepressivi ed altri, può influire sulla gestione della continenza.

Se è presente uno sgocciolamento di urina dopo aver terminato la minzione, provare a "spremere" l'uretra passando un dito sulla regione davanti all'ano fino alla base dello scroto per terminare lo svuotamento del canale uretrale (Vedi immagine).



### **In cosa consiste la terapia riabilitativa?**

Attraverso la riabilitazione è possibile cercare di migliorare quei meccanismi che compensano la perdita della attività dello sfintere uretrale (cioè quel muscolo circolare che chiude il canale che porta l'urina dalla vescica verso l'esterno).

Tali meccanismi di compenso sono i “**muscoli pelvici**” che stanno intorno allo sfintere e che chiudono dal basso, come un pavimento, il nostro addome.

**Il trattamento riabilitativo prevede l'insegnamento di esercizi specifici per questi muscoli pelvici** (chinesiterapia). Il fisioterapista insegna dapprima a riconoscerli, poi a migliorarne la forza e la capacità di usarli. Questa capacità viene sfruttata in diverse posizioni e in diverse situazioni quali la tosse, camminando o piegandosi o subito dopo aver terminato la minzione. Il trattamento personalizzato consente ad ogni persona di imparare ciò che è più utile per la continenza.

Gli esercizi appresi durante le sedute di riabilitazione devono poi essere **eseguiti quotidianamente anche a domicilio** con costanza anche per mesi, in quanto si tratta di migliorare alcuni movimenti, come quando si impara un nuovo sport.

A parere del fisiatra, lo specialista di riferimento della riabilitazione, è possibile associare l'**elettrostimolazione**, cioè l'applicazione di uno stimolo assolutamente non doloroso né fastidioso che fa contrarre i muscoli del pavimento pelvico attraverso una sonda a livello anale o, in alternativa, attraverso piccole placche (elettrodi) poste sulla cute del piano perineale (la regione tra la base del pene e l'ano).

Talora può venire utilizzata la tecnica del **biofeedback**, cioè uno strumento che consente di visualizzare su uno schermo o con dei segnali luminosi quanto la persona contrae i muscoli del pavimento pelvico, attraverso una sonda anale o dei rilevatori sulla cute della regione interessata.

Oltre agli esercizi di chinesiterapia ed alla elettrostimolazione sopra descritti, può essere associata la rieducazione del comportamento vescicale (**training vescicale**). Il training vescicale consiste nell'abituare la vescica a trattenere sempre un poco di più, rimandando di tempi crescenti il momento di fare pipì man mano che la rieducazione procede. Si abitua così la vescica a trattenere volumi maggiori di urina anche grazie ad

alcuni “trucchi”, come la contrazione dei muscoli pelvici o situazioni che distraggano l'attenzione dallo stimolo.

### Quale pannolino scegliere?

Quando si è in attesa della soluzione o quando le terapie non sono efficaci o quando il paziente decide di non effettuare alcuna terapia, anche la scelta del pannolino è importante. Gli ausili assorbenti per l'incontinenza non sono comunque una soluzione per il problema, che deve essere affrontato con delle terapie adeguate come sopra descritto.

I **fattori** che possono influenzare la scelta del pannolino sono molti: il grado di attività della persona, la gravità e il tipo di incontinenza, la preferenza individuale.

I pannolini si differenziano per forma, dimensione, modalità di utilizzo e materiale.

**Caratteristiche** importanti possono essere la facilità e comodità di utilizzo, il ridotto ingombro, la stabilità in sede, le caratteristiche assorbenti e di barriera, la capacità di proteggere la cute dal contatto con l'urina, l'azione sull'odore.

In commercio troviamo:

- **pannolini rettangolari**: i meno adeguati in relazione alla ridotta capacità assorbente ed alla anatomia maschile;
- **pannolini per incontinenza leggera per uomo**: studiati anatomicamente per l'uomo offrono una protezione anteriore, si indossano con la propria normale biancheria;
- **pannolini sagomati per incontinenza medio grave**: di diversa misura, si possono usare con la propria biancheria o con mutanda elastica di fissaggio che garantisce una maggiore stabilità;
- **mutandine assorbenti elasticizzate**: in esse l'assorbente è integrata in una mutandina monouso che si indossa come normale biancheria;
- **pannoloni a mutandina con chiusura con adesivi laterali**: da riservarsi generalmente a soggetti costretti a letto;

• **pannoloni a mutandina con chiusura a cintura a velcro:** da riservarsi generalmente a soggetti costretti a letto.

Il pannolino va adeguato alle perdite, scegliendo il pannolino più piccolo possibile, in grado di fornire sicurezza per il tipo di perdite del singolo individuo in quel periodo.

Vanno invece evitati alcuni errori, quali l'utilizzo di un pannolino tagliato a metà, che ne altera le caratteristiche di sicurezza: meglio usare un pannolino più piccolo.

Esistono inoltre traverse assorbenti utili per una sicurezza aggiuntiva nel proteggere letto o la seduta in caso di incontinenza molto grave.

Una menzione a parte vale per un ausilio per l'incontinenza completamente diverso: il condom o catetere esterno. Si tratta di un cappuccio di materiali quali il lattice o il silicone, che aderisce esternamente alla cute del pene grazie a un autoadesivo o a un collante con raccolta di urina in una sacca esterna.

Esiste inoltre il "contenitore salvagoccia", un dispositivo con ingombro minimo, che può essere indossato anche sotto il costume da bagno. Il suddetto presidio può però raccogliere una quantità limitata di urina (80 ml) e pertanto deve essere indossato dopo aver svuotato la vescica. Nonostante tutti i modelli in commercio contengano una sostanza deodorante, la sacca è opportuno venga sostituita più volte al giorno sia per il problema degli odori che per ridurre la sensazione di disagio e la paura di bagnare.

Parlarne con il medico e l'infermiere può essere utile per scegliere l'ausilio adatto ad ogni persona. Inoltre la prescrizione del medico specialista su apposita modulistica consente la fornitura degli ausili scelti attraverso il Servizio Sanitario.

## Quali sono i disturbi della sfera sessuale ?

Mentre in passato l'intervento chirurgico di prostatectomia radicale e di radioterapia era gravato da tassi significativi di disfunzione erettile, oggi, nell'ambito dell'approccio chirurgico utilizzando la cosiddetta tecnica "nerve-sparing" o "anatomica", in particolare quella robotica, è aumentata significativamente sia la percentuale assoluta dei pazienti che recuperano completamente la potenza sessuale sia la rapidità del recupero.

I disturbi della sfera sessuale più frequenti sono:

- Calo del desiderio sessuale
- Ridotta frequenza dei rapporti sessuali
- Riduzione della qualità dell'orgasmo (rari i casi di completa assenza dell'orgasmo)
- Perdita involontaria delle urine durante i rapporti sessuali (climacturia)
- Insoddisfazione del partner

Inoltre, rimuovere la prostata significa per il paziente la **scomparsa della eiaculazione** (fuoriuscita dello sperma al momento del raggiungimento dell'orgasmo) e quindi sterilità.

## Cosa fare in presenza di disturbi della sfera sessuale?

Il mantenimento della erezione dopo l'intervento chirurgico si basa su alcuni requisiti da valutare con attenzione prima della operazione:

- 1.** Il paziente che prima dell'intervento chirurgico presenta erezioni del tutto normali, senza avere bisogno di farmaci proattivi (favorevoli l'erezione) è il candidato ideale al recupero rapido e completo della propria funzionalità erettile. Se al contrario un paziente presenta già una disfunzione erettile di vario grado prima dell'intervento chirurgico, è ovviamente inevitabile che questa rimanga anche dopo l'operazione.
- 2.** Una buona potenza sessuale preoperatoria si associa tipicamente ad una giovane età ed alla assenza di malattie

come il diabete mellito, o stili di vita (fumo di sigaretta) che possono di per sé causare un deterioramento delle erezioni.

Ovviamente **il ripristino completo delle erezioni potrebbe dipendere dall'intervento chirurgico eseguito con tecnica "nerve-sparing**, rispettando cioè durante l'intervento la densa ragnatela di nervi che avvolgono completamente la prostata e che raggiungono i corpi cavernosi del pene dando inizio all'erezione. È oggi noto che i migliori risultati si ottengono, oltre che scegliendo il chirurgo esperto in questa tecnica ed utilizzando la tecnologia robotica, anche affrontando una prostata con malattia tumorale bene localizzata all'interno della ghiandola e che permetta cioè una tecnica di rimozione molto aderente alla capsula prostatica.

Ma se il paziente presenta un tumore prostatico chiaramente molto esteso e che sembra oltrepassare i confini della ghiandola tale tecnica "nerve-sparing" non risulta indicata.

Nel paziente sottoposto ad intervento di prostatectomia radicale "nerve sparing" è utile osservare i seguenti **consigli** nel periodo postoperatorio:

**1. Riprendere appena possibile l'attività sessuale** sapendo che le erezioni che tornano prima sono quelle erotiche, legate cioè alla stimolazione sessuale.

**2. È bene non aspettarsi erezioni complete** (né spontanee né stimulate) nelle prime settimane dopo l'operazione. Al contrario il paziente può vedere nel corso dei primi sei mesi dopo l'intervento, al momento della attività sessuale, un allungamento ed ingrossamento del pene, senza che si raggiunga necessariamente una rigidità sufficiente per la penetrazione. Il paziente può notare da subito però che la sensibilità è conservata e che l'orgasmo viene raggiunto sempre, anche con un pene non completamente rigido.

**3. E' bene "esercitarsi"**: il sesso nei primi mesi dopo l'intervento non è quasi mai penetrativo ma più tipicamente masturbatorio. La stimolazione genitale rappresenta una vera e propria

ginnastica riabilitativa per i vasi sanguigni responsabili dell'erezione e tipicamente sono proprio i pazienti che si "esercitano" spesso (3 volte alla settimana) a recuperare più velocemente le proprie erezioni.

**4. E' importante utilizzare**, sentito il parere dello specialista (urologo e/o radioterapista di riferimento) e/o del proprio medico di medicina generale, **un farmaco proerettivo**.

**5.** Dopo l'intervento può essere utile fare una vera e propria **cura riabilitativa** prendendo un farmaco proattivo in modo continuativo, indipendentemente dal desiderio di avere un rapporto sessuale.

**6. Durante il rapporto alcuni trucchi aiutano:**

**A.** la posizione in piedi o in ginocchio facilita il mantenimento della erezione così come il posizionamento alla radice del pene, una volta raggiunta la massima erezione, di un normale elastico per capelli;

**B.** l'uso di un gel o olio lubrificante spalmato sul pene e sulle pareti vaginali facilita la penetrazione vaginale.

Esiste una prova del nove che conta sempre molto: se nel periodo postoperatorio il paziente nel momento di massima stimolazione erotica e senza avere preso alcun medicinale vede un certo allungamento ed ingrossamento del pene, ha ottime possibilità di rispondere con successo alla terapia medica con le pillole.

Se non si osserva al contrario alcuna risposta alla terapia proerettiva orale è possibile ricorrere a **microiniezioni di farmaci vasoattivi** da farsi alla radice del pene, secondo le indicazioni dello specialista urologo di riferimento.

Si ricorda che è possibile osservare un continuo miglioramento delle erezioni fino a 4 anni dopo l'intervento.

### **Alcuni esercizi semplificati per il pavimento pelvico**

Il pavimento pelvico è l'insieme dei muscoli che chiudono dal basso il bacino, sostenendo i visceri contenuti nell'addome,

compresi la vescica e l'intestino. Questi muscoli collaborano nel mantenere la continenza per le urine e per le feci.

La contrazione di questi muscoli chiude il canale che porta l'urina dalla vescica all'esterno attraverso il pene (uretra) e chiude l'ano. La **rieducazione del pavimento pelvico** può essere effettuata nel Centro di Riabilitazione ambulatoriale del Presidio Ospedaliero di Fano.

Nell'attesa, il paziente può iniziare a fare alcuni semplici **esercizi**. Innanzitutto è bene saper riconoscere nel proprio corpo questi muscoli: in posizione semisdraiata appoggiare due dita sulla regione che va dai testicoli all'ano e provare a contrarre i muscoli del pavimento pelvico come per trattenere la pipì o come per far "rientrare" la base del pene. Se viene effettuato il movimento corretto si può sentire la contrazione dei muscoli sotto le dita e vedere un piccolo movimento verso l'interno della base del pene. ( fig.1)

fig.1



Quando si è sicuri del movimento, provare a rifarlo senza il controllo delle dita e della vista, cioè provare a "sentire" il movimento di contrazione e a sentire la differenza tra la contrazione e il rilasciamento completo di questi muscoli.

Dopo avere identificato i muscoli da contrarre, cercare di contrarli per qualche secondo facendo attenzione a non trattenere il fiato. Il ritmo del respiro deve continuare regolarmente. Non “spingere” verso il basso durante la contrazione del pavimento pelvico, immaginare di “alleggerirlo” e di “attirare” il pene e i testicoli verso l'interno, sempre però continuando a respirare.

Fare attenzione che tutti gli altri muscoli del corpo rimangano rilassati.

Non cercare di “aiutare” la contrazione del pavimento pelvico stringendo i glutei, o facendo rientrare l'addome, o chiudendo le gambe. Dopo avere appreso il movimento corretto, ripeterlo nelle **posizioni** e con le **modalità** di seguito elencate:

### 1) In posizione supina

- Contrarre i muscoli del pavimento pelvico per 1-2 secondi mentre si espira (cioè in quella fase del respiro in cui si lascia uscire l'aria), poi rilasciare bene e completamente per 4-5 secondi. Ripetere 5 volte (fig. 2).
- Contrarre i muscoli del pavimento pelvico per 5 secondi (senza trattenere il fiato), poi rilasciare completamente per 10 secondi. Ripetere 5 volte.

fig. 2



**2) In posizione seduta**, su una sedia oppure sul water, leggermente inclinato in avanti (fig. 3), ripetere gli esercizi del punto precedente.

**3) In piedi**, con le anche leggermente piegate, e le mani appoggiate in avanti a un tavolo (fig. 4) ripetere gli esercizi dei punti precedenti. Ripetere l'intera serie di esercizi 3 volte al giorno.

fig.3



fig.4



Ricordare che il numero degli esercizi cambia in base alla condizione di allenamento dei muscoli: se dopo alcuni esercizi non si "sente" più la contrazione, interrompere e riprendere dopo qualche minuto di pausa; se invece si eseguono gli esercizi con facilità, è possibile aumentare gradualmente il numero.

Opuscolo realizzato  
dall'Unità Operativa Complessa  
di **Riabilitazione** dell'A.O. Marche Nord  
**Direttore** Dr.ssa Marina Simoncelli

**Composizione a cura di:**

Dr.ssa Lucia Paoloni  
Dr.ssa Laura di Biagio  
Dr.ssa Marina Simoncelli  
Dott.ssa Baldelli Elisabetta  
Dott.ssa Montesi Lucia  
Dott. Mazzanti Daniele

**CONTATTI UTILI**

Nel caso abbiate necessità di contattare il  
personale dell'Unità Operativa di  
Riabilitazione

**Tel.** 0721.882360

**Fax:** 0721.882269

**E-mail:**

medicinariabilitativa@ospedalimarchenord.it



Per consultare gli altri opuscoli informativi realizzati dall'Unità di Riabilitazione  
visitare il sito [www.ospedalimarchenord.it](http://www.ospedalimarchenord.it) alla sezione  
/cerca-reparti-e-servizi/riabilitazione/opuscoli informativi



Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord

Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Marche  
**Azienda Ospedaliera**  
**Ospedali Riuniti Marche Nord**  
[www.ospedalimarchenord.it](http://www.ospedalimarchenord.it)