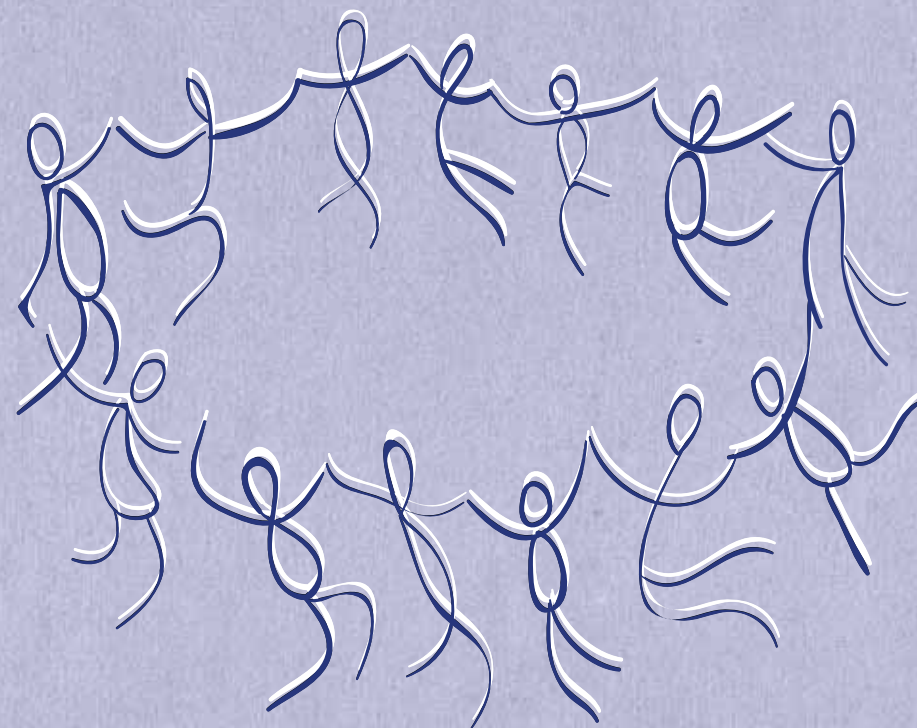
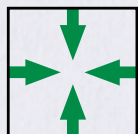


i QUADERNI della RIABILITAZIONE manuale

per la riabilitazione del pavimento pelvico
dopo chirurgia radicale della prostata



**Struttura Complessa di Cure Palliative
(Terapia del Dolore - Riabilitazione)**
Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori
Via Venezian, 1 - 20133 Milano
Telefono 02.2390.2534 Fax 02.2390.3656
riabilitazione.oncologica@istitutotumori.mi.it
www.istitutotumori.mi.it



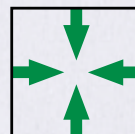
FONDAZIONE IRCCS
ISTITUTO NAZIONALE
DEI TUMORI



LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI
prevenire è vivere



SEZIONE PROVINCIALE DI MILANO



FONDAZIONE IRCCS
ISTITUTO NAZIONALE
DEI TUMORI



LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI
prevenire è vivere



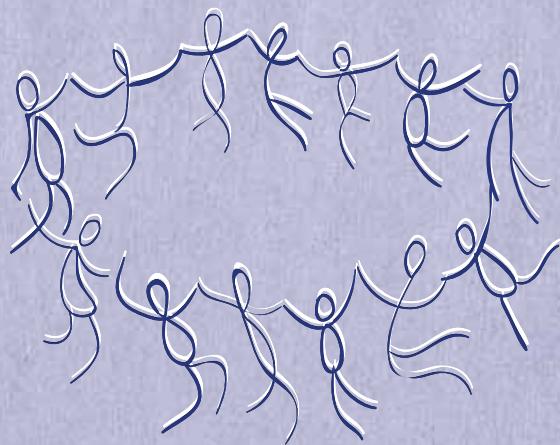
SEZIONE PROVINCIALE DI MILANO

A CURA DI
Reparto di Riabilitazione

DIRETTORE
Dott. Augusto CARACENI

GRAFICA E
IMPAGINAZIONE
Sara BELLIA

ILLUSTRAZIONI
Mattia BOTTA



Per superare la malattia è necessario anche riprendere il proprio ruolo nel lavoro, nella famiglia, nella vita. Ognuno di noi ha risorse per riuscire, ma per ognuno può essere di aiuto un supporto professionale e attento come quello offerto dalla riabilitazione oncologica.

La riabilitazione oncologica serve a superare le limitazioni fisiche, ma non solo, che possono accompagnarsi alle terapie e alla malattia, in tutte le sue fasi: dalla chirurgia alla radioterapia, dalla chemioterapia alle terapie palliative, dalla diagnosi alla guarigione.

La riabilitazione oncologica è da sempre impegno della nostra Fondazione. Grazie al supporto fondamentale della LILT, Sezione Provinciale di Milano, ha enfatizzato la continuità delle cure riabilitative con le cure oncologiche, riconoscendola come parte integrante della cura per accompagnare la persona in tutti i momenti importanti del percorso, insieme a tutte le altre competenze professionali e assistenziali qui disponibili.

La presenza dei volontari della LILT che operano a fianco dei professionisti conferma la nostra visione del malato, del paziente, come ospite e come persona che frequenta le nostre strutture. Vogliamo che chi si rivolge a noi trovi anche aiuto in questa pubblicazione, che intende fornirgli gli strumenti per guardare di nuovo con fiducia e partecipazione attiva e consapevole ai momenti presenti e a quelli futuri.

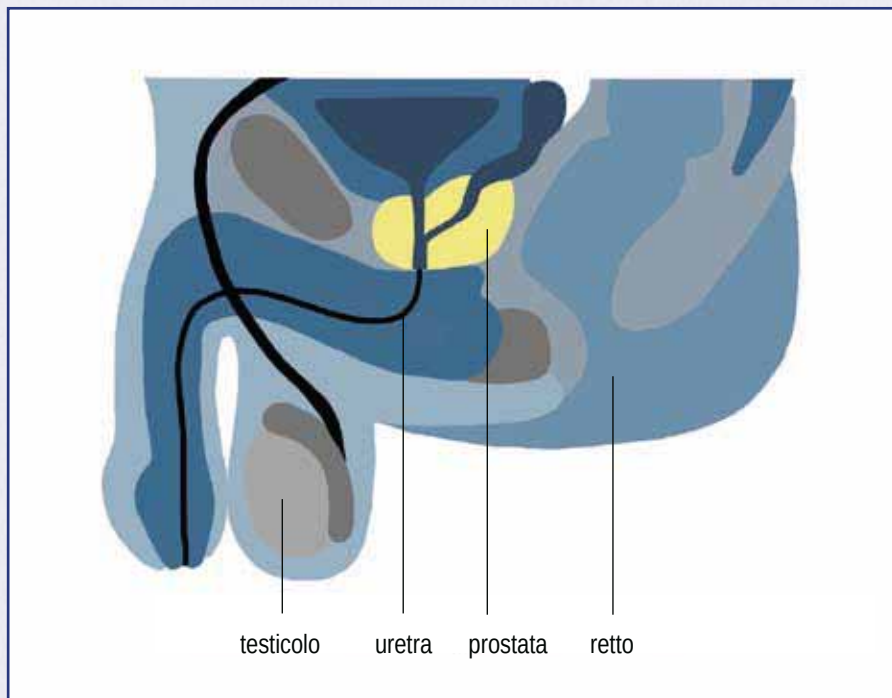
Il Direttore Generale
Dott. Alberto Scanni
Fondazione IRCCS, Milano

Il Presidente
Prof. Gianni Ravasi
LILT, Sezione Provinciale di Milano

COS'È LA PROSTATA

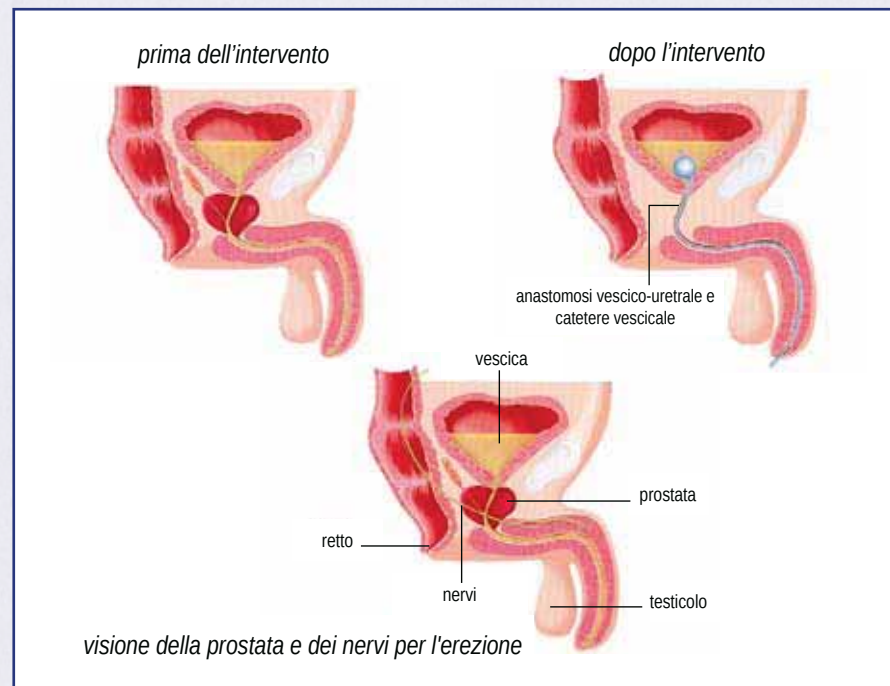
La prostata è una ghiandola posta al di sotto della vescica, che circonda l'uretra e che insieme alle vescicole seminali e ai testicoli, è parte dell'apparato riproduttivo maschile contribuendo alla produzione del liquido seminale. La prostata si divide in porzione centrale e porzione periferica.

Un progressivo aumento di volume che può avvenire con l'età e l'invecchiamento è responsabile dei sintomi caratteristici: aumento della frequenza ad urinare, diminuzione del getto urinario, sensazione di incompleto svuotamento vescicale. Questi sono dovuti ad un ingrandimento della porzione centrale della prostata definito come **adenoma prostatico o ipertrofia prostatica benigna**. Occorre precisare che la porzione periferica in modo asintomatico si può ammalare di **tumore della prostata**.



LA PROSTATECTOMIA RADICALE

La prostatectomia radicale è un intervento chirurgico indicato nei pazienti con tumore alla prostata, che prevede l'asportazione totale della ghiandola prostatica (sia della porzione centrale sia di quella periferica) e delle vescicole seminali. Attualmente vengono utilizzate diverse tecniche chirurgiche a discrezione del chirurgo. Asportare la prostata significa rimuovere una parte dell'uretra e di conseguenza interrompere la continuità tra la vescica e l'esterno. Al fine di ripristinare tale continuità è necessario, durante l'intervento, ricongiungere la vescica all'uretra con un'anastomosi vescico-uretrale e posizionare il catetere vescicale. E' un intervento chirurgico molto delicato in cui è indispensabile non danneggiare le strutture deputate al controllo della continenza urinaria e, qualora le caratteristiche del tumore lo permettono, conservare i nervi che garantiscono l'erezione, che decorrono in stretta vicinanza alla ghiandola prostatica. Come esito dell'intervento chirurgico, dopo la rimozione del catetere vescicale, spesso si verifica incontinenza urinaria transitoria, che necessita di una adeguata riabilitazione. Solitamente però, il problema si risolve in poche settimane o mesi.



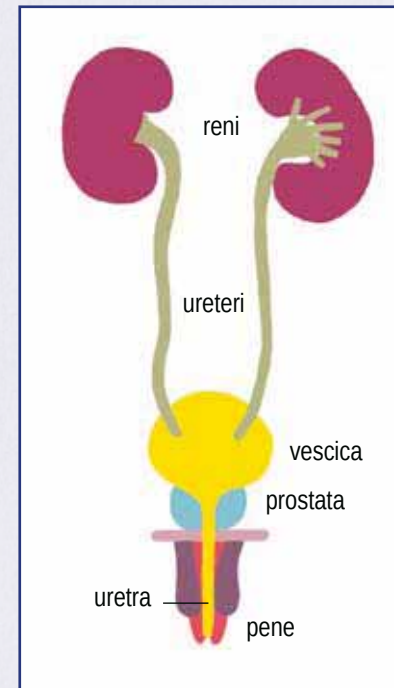
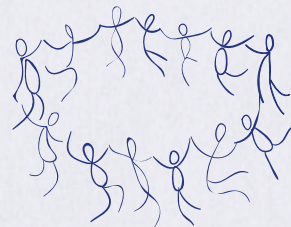
IL PAVIMENTO PELVICO

Occuparsi dell'incontinenza urinaria è insieme un atto dovuto nei confronti del paziente ed un riconoscimento di un ruolo sempre più integrato della professione medica nella cura della persona. Difficoltà di ordine medico, di relazione con il paziente e di vissuto personale fanno di questa patologia un fenomeno spesso sottovalutato. L'incontinenza urinaria finisce con il connotarsi come una patologia dell'età avanzata, legata a condizioni patologiche gravi, oppure se presente in età più giovanile, come un problema lasciato alla sensibilità del paziente e a criteri di automedicazione approssimativi e spesso inadeguati. Creare una cultura dell'incontinenza urinaria, corrisponde oggi a definire le linee di utilizzo per il riscontro e la diagnosi, per la prevenzione precoce dei fattori di rischio e per una corretta e accessibile educazione sanitaria del paziente.

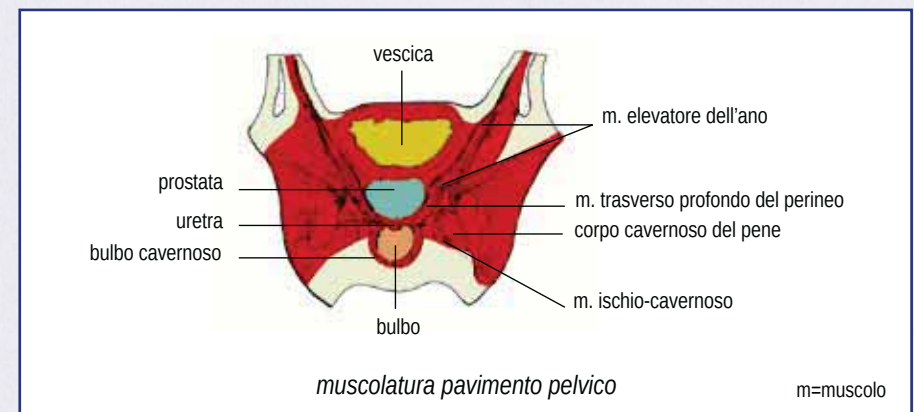
Anatomia e fisiologia dell'apparato urogenitale

Per rendere comprensibile il trattamento riabilitativo e i suoi obiettivi è necessario accennare brevemente all'anatomia, fisiologia e patologie dell'apparato uro-genitale. La **vescica urinaria** è un organo muscolare posto nella **pelvi**, deputato alla raccolta dell'**urina**, una sostanza di

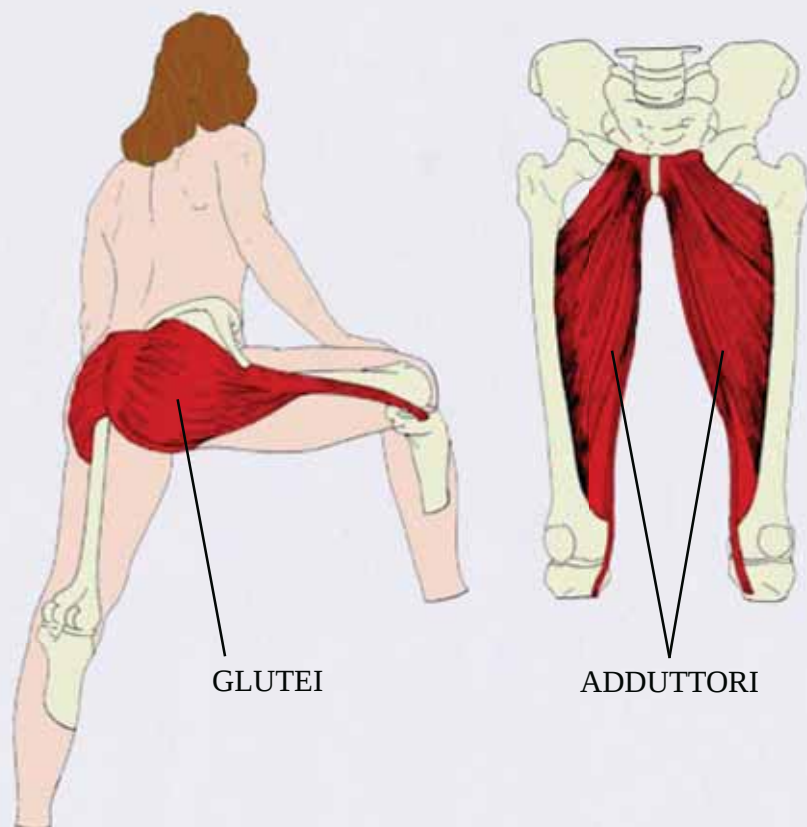
scarto prodotta dai **reni**. L'urina viene periodicamente espulsa all'esterno attraverso l'**uretra**, un tubicino il cui orifizio esterno si trova a livello dei genitali esterni. Il muscolo che forma le pareti della vescica è detto **detrusore**, formato da muscolatura liscia (involontaria) la cui attività è regolata da fibre nervose. Quando la vescica è piena e si sente il bisogno di urinare, il cervello (riflesso automatico del midollo spinale) invia dei segnali ai muscoli della parete della vescica che si contraggono, mentre quelli del collo vescicale (la zona di passaggio tra vescica e uretra) si aprono, permettendo alla vescica di svuotarsi e rendendo così possibile il passaggio di urina all'esterno. Il volume vescicale può variare da un minimo di 250 ml a un massimo di 600 ml. L'uretra decorre attraverso il diaframma urogenitale costituito da muscolatura striata (volontaria) sottoposta a controllo volontario, o sfintere esterno.



Il **PAVIMENTO PELVICO** si trova sul fondo del cavo dell'addome e chiude lo spazio a imbuto della pelvi ossea (ileo, ischio, pube, sacro, coccige). L'azione coordinata di alcuni muscoli striati e altri lisci prevengono la discesa di organi addominali (retto) e pelvici (vescica). Questi muscoli agiscono in sinergia anche per il controllo della continenza, dell'azione di espulsione dell'urina e delle feci. I muscoli del pavimento pelvico si trovano nella parte bassa dell'addome e circondano la parte terminale dell'intestino retto e del collo vescicale. Il muscolo più importante che costituisce il pavimento pelvico è il **MUSCOLO PUBO-COCCIGEO** il cui compito è quello di sostenere gli organi contenuti nella pelvi e di evitare problemi di incontinenza. Questi muscoli possono lavorare in sinergia tra loro e assieme ad altri gruppi muscolari, ma è bene che si contraggano singolarmente per sollevare il collo vescicale.



I muscoli che **non** devono assolutamente essere utilizzati per la continenza sono i **Glutei**, gli **Adduttori delle cosce** e i **Retti dell'addome**.



L'incontinenza urinaria è definita come la perdita involontaria di urina e rappresenta una grave problematica igienico-sociale.

Ci sono diversi tipi di incontinenza:

- **Incontinenza da urgenza**, si manifesta con uno stimolo urinario impellente, non controllabile o gestibile con difficoltà fino a possibile perdita di urina, amplificato da alcuni gesti della vita quotidiana (rubinetto aperto con l'acqua che scorre, lavarsi le

mani con acqua fredda, inserire la chiave nella toppa della porta...). Questo disturbo è tipico nella patologia che riguarda il muscolo detrusore.

- **Incontinenza da sforzo**, si manifesta con la fuga di urina dall'uretra conseguente all'aumento di pressione intra-addominale (starnutire, tossire, correre, saltare, sollevare pesi...) in assenza di attività detrusoriale. Questo è il caso più tipicamente correlato all'abbassamento del collo vescicale.

IL TRATTAMENTO

Terapie per l'incontinenza da sforzo

Nei casi più gravi viene proposto l'intervento chirurgico, ma nella maggioranza dei casi, soprattutto se il disagio è lieve, trova indicazione il potenziamento della muscolatura del pavimento pelvico per ridurre o risolvere completamente il problema dell'incontinenza. La nostra esperienza prevede il trattamento con:

- Chinesiterapia Pelvi Perineale
- SEF (stimolazione elettrica funzionale)
- BFB (biofeedback)

Chinesiterapia

Il fisioterapista specializzato in campo uroginecologico insegnerà a riconoscere e utilizzare in modo selettivo i muscoli del pavimento pelvico mediante posture ed esercizi specifici. Prima di iniziare un ciclo di trattamento è indispensabile effettuare la manovra del PC Test mediante esplorazione rettale (test muscolare del pubo-coccigeo) per apprezzare il tono, la forza e la resistenza del muscolo.

Elettrostimolazione

E' consigliata quando i muscoli sono molto deboli. Si applica al muscolo una bassa scarica elettrica, il muscolo si accorcia e si contrae...

questo è il principio su cui si basa l'elettrostimolazione. Si utilizza una sonda in materiale plastico provvista di due anelli metallici. La sonda lubrificata con un gel elettroconduttore viene inserita a livello anale e collegata ad un apparecchio. L'intensità viene stabilita in base alla sensazione riferita dal paziente che non deve essere dolorosa, ma di leggera vibrazione. La durata di ogni seduta varia da 15 a 30 minuti per un ciclo di 10-15 sedute a cadenza bi o trisettimanale.

BFB (biofeedback)

Il termine è la combinazione di "biological" e "feedback" cioè retroazione biologica. Il BFB è un sistema che fornisce informazioni riguardanti processi biologici non sufficientemente coscientizzati, in condizioni normali o patologiche. In riabilitazione viene utilizzato per rilevare l'entità e la forza di una contrazione muscolare ed aiuta il paziente a raggiungere un miglior controllo della funzione muscolare e a corticalizzarlo. Può essere utilizzato in posizione supina a gambe flesse o in ortostatismo. Lo scopo è quello di imparare a contrarre e rilasciare più volte il muscolo in modo ritmico. Al termine di ogni seduta il fisioterapista aiuterà a verificare quanto appreso.

SUGGERIMENTI RIABILITATIVI

A domicilio

E' assolutamente necessario esercitarsi quotidianamente per mantenere costanti nel tempo i risultati ottenuti durante le sedute ambulatoriali.

SCHEDA PER L'INCONTINENZA

Nome e Cognome _____

N° Cartella _____

Data ____ / ____ / ____

Ore	Peso del pannolino		Differenza	Causa dell'incontinenza (*)	Urinato in bagno		Totale
	Assiutto	Bagnato			Ore	Qt.	
06-08							
08-10							
10-12							
12-14							
14-16							
16-18							
18-20							
20-22							
22-24							
24-02							
02-04							
04-06							
Totale							

Il paziente deve compilare lo schema giornalmente dopo la rimozione del catetere vescicale e per quattro settimane.

(*) Indicare la causa probabile della perdita d'urina: sforzo (specificare quale tipo di sforzo), tosse, cambio posizione del corpo (da sdraiato a seduto, da seduto a in piedi), corsa, starnuto, lavandosi le mani con acqua fredda, perdita d'urina improvvisa (indipendente da sforzo o posizione del corpo).

LIQUIDI INGERITI NEL GIORNO CIRCA LITRI: _____

1° FASE Ricordarsi che eseguire con costanza gli esercizi consigliati a domicilio, **è il primo passo della Riabilitazione.**



1 Prima di iniziare gli esercizi è indispensabile effettuare una corretta respirazione: in posizione supina, cuscino sotto le ginocchia e braccia lungo i fianchi, corpo completamente rilassato. Fare attenzione al ritmo del proprio respiro: dove entra e dove esce l'aria. Portare una mano sull'addome e una sul torace e percepire quali sono i movimenti che accompagnano l'atto respiratorio. Inspirare profondamente con il naso ed espirare lentamente con la bocca semichiusa (come per soffiare).



2 Supino con le ginocchia piegate e divaricate, inspirare profondamente e poi espirare lentamente. Durante l'espirazione far contrarre il muscolo pubo-coccigeo stringendo lo sfintere anale. Mantenere le contrazione per 4-5 secondi. Rifare l'esercizio dopo 10 secondi di riposo. Ripetere l'esercizio 60 volte al giorno.



3 Posizione seduta: contrarre il muscolo pubo-coccigeo e appoggiare una mano sulla parte inferiore dell'addome per controllare l'attività dei muscoli addominali che non si devono contrarre.

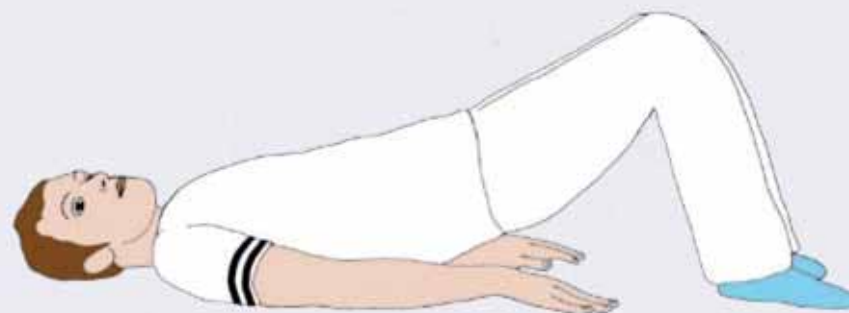
2° FASE Ricordarsi che eseguire con costanza gli esercizi consigliati a domicilio, **è il primo passo della Riabilitazione.**

1 Ripetere gli esercizi della prima fase.

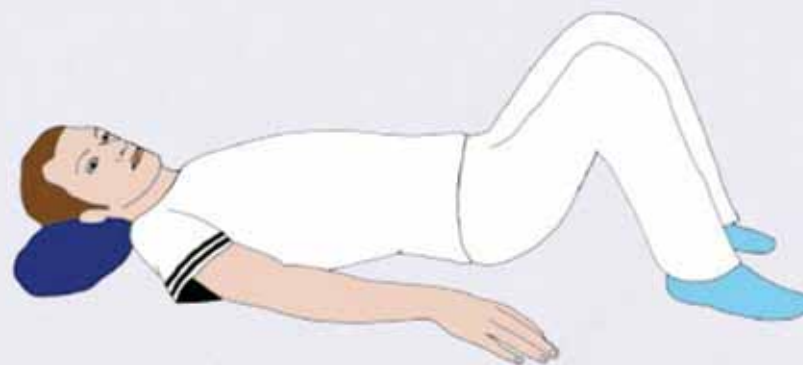
2 Supino con le ginocchia piegate e divaricate, braccia lungo i fianchi: concentrarsi sul tratto lombare della colonna vertebrale e sentire se vi sono zone di tensione e se il lato destro appoggia come il sinistro. Rilassarsi.



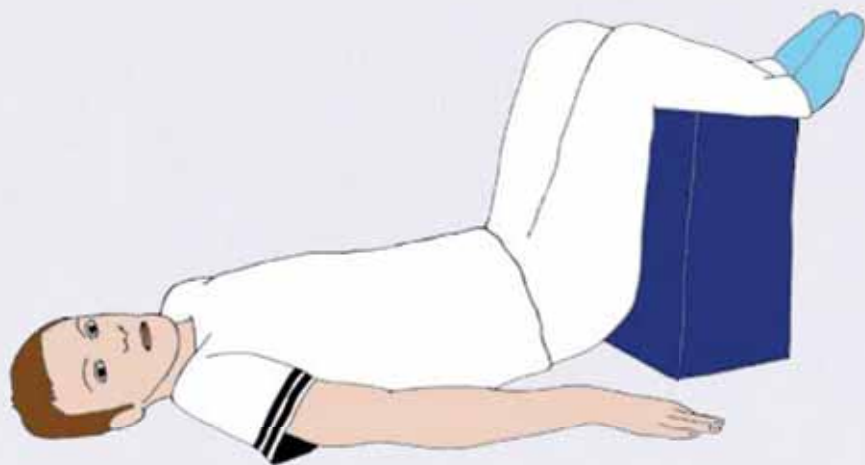
3 Supino (stessa posizione degli esercizi precedenti): sollevare lentamente il bacino sino ad arrivare in appoggio sulle spalle, mantenere la posizione per qualche secondo poi tornare lentamente alla posizione di partenza.



4 Supino con ginocchia piegate e divaricate, piedi ben appoggiati a terra: far ruotare il bacino avanti e indietro così da aumentare e poi appiattire il vuoto che si crea tra la schiena ed il lettino. Ripetere per 5 volte.



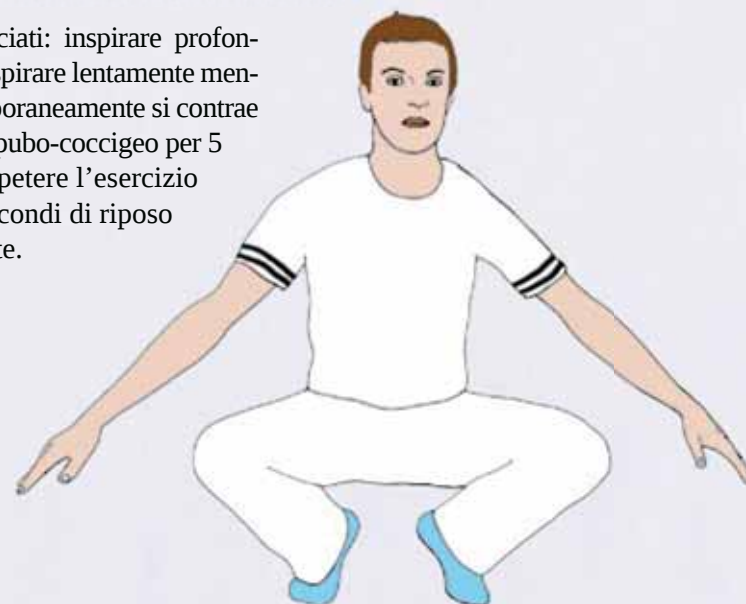
5 Supino con le gambe piegate, leggermente divaricate e i piedi appoggiati sul bordo del letto o sul muro: rilassare schiena, gambe e addome. Concentrarsi e stringere lo sfintere anale come se si avesse bisogno di urinare ma non si può. Ripetere l'esercizio per 5 volte, riposandosi per 10 secondi tra un esercizio e l'altro.



6 Seduto con le gambe leggermente distanziate: inspirare profondamente poi espirare lentamente. Al termine della fuoriuscita di tutta l'aria trattenere il respiro e far rientrare il più possibile l'addome. Tenere la contrazione per 5 secondi. Ripetere l'esercizio per 5 volte riposandosi per 10 secondi tra un esercizio e l'altro.



7 Accovacciati: inspirare profondamente, espirare lentamente mentre contemporaneamente si contrae il muscolo pubo-coccigeo per 5 secondi. Ripetere l'esercizio dopo 10 secondi di riposo e per 3 volte.



8 Durante la minzione interrompere il getto dell'urina una sola volta. Ripetere l'esercizio tutte le volte che si urina.

9 In piedi: imparare a mantenere la contrazione del muscolo pubo-cocigeo soffiando il naso, starnutendo, tossendo, ridendo, sollevando pesi. Lo stesso stando seduti.



SUGGERIMENTI PER MANTENERE NEL TEMPO I RISULTATI OTTENUTI

- Eseguire gli esercizi almeno 3 volte al giorno (in caso di impossibilità almeno 1 volta).
- Evitare di sollevare pesi flettendo il busto, ma ricordarsi di piegare le ginocchia tenendo il tronco eretto.
- Se si devono trasportare dei pesi, cercare di ripartire il carico in modo eguale su entrambe le braccia.
- Evitare di aumentare di peso: questo impedisce un aumento di pressione a livello addominale, che si ripercuote sul pavimento pelvico.
- Prima di intraprendere un'attività sportiva contattare il proprio medico, che sarà in grado di indicare eventuali attività da evitare per non avere la ricomparsa dell'incontinenza urinaria.
- Dopo l'intervento chirurgico, sottoporsi ad una visita per l'incontinenza urinaria almeno una volta all'anno, per prevenire le ricadute e per individuare in tempo il trattamento adeguato.

Buon lavoro

NOTE

