



Il pavimento pelvico si ripara e si mantiene: quali cure, come la prevenzione

Oreste Risi - Urologo Andrologo **Marco Bianchi** - Chirurgo Proctologo Gianni Baudino - Ginecologo Uroginecologo

Seriate, 7.11.2018

Patrocinato da























Incontinenza e non solo.

Disturbi che si curano e si prevengono.

Il pavimento pelvico si ripara e si mantiene: quali le cure, come la prevenzione.

Dr. Oreste Risi- Urodinamica ASST Bg ovest









INCONTINENZA URINARIA MASCHILE Epidemiologia

- L'incontinenza urinaria maschile puo' essere associata nel 34% dei pazienti a questi disturbi irritativi delle basse vie urinarie o *LUTS*.
- L'ostruzione cervico uretrale e le infezioni delle vie urinarie strettamente a loro collegate, vengono ritenute comunemente cause favorenti i sintomi di urgenza minzionale che possono sfociare anche nella involontaria perdita di urina.
- Per quanto riguarda la *incontinenza funzionale* e quella secondaria a deficit delle *funzioni cognitive superiori* non esistono differenze epidemiologiche nei due sessi.



Quale incontinenza?

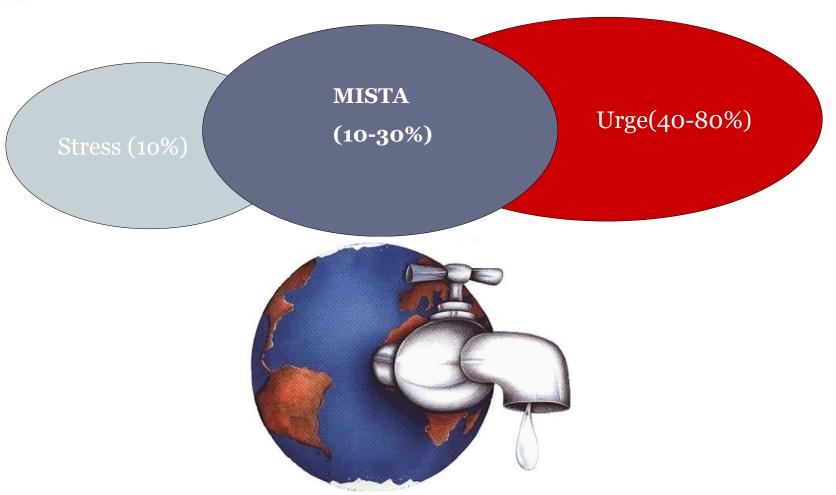


Incontinenza da urgenza
Incontinenza da sforzo (stress)
Incontinenza urinaria mista
Gocciolamento post-minzionale
Iscuria paradossa
Enuresi notturna





INCONTINENZA URINARIA MASCHILE Epidemiologia



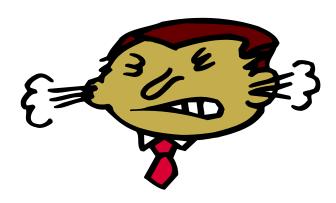
^{1.} Hampel C, et al. *Urology*.1997;50(suppl 6A):4-14.

^{2.} Abrams P, et al. Urology. 2003;61:37-49.

INCONTINENZA URINARIA da Sforzo MASCHILE



Epidemiologia



Colpisce dal 2 al 10% della popolazione maschile

La prevalente causa di Incontinenza urinaria nell' uomo è la prostatectomia radicale

L' incontinenza da stress colpisce dal 2, 5% al 70% post P.R. entro un anno. La incidenza varia a seconda delle casistiche

Dopo un anno dall' intervento interessa dal 5% al 7% dei pazienti

PREVENZIONE: INTERVENTI SUGLI STILI DI VITA

Comprende interventi su

- Obesità
- Fumo
- Dieta
- Stipsi
- Altri



INCONTINENZA URINARIA MASCHILE EZIOLOGIA

URGE INCONTINENCE

Sindromi della vescica
 iperattiva (IPB, idiopatica,
 Infezioni urinarie, tumori
 vescicali, RT)

Invecchiamento

STRESS-INCONTINENCE

INTERVENTI CHIRURGICI:

Prostatectomia radicale

- •TURP
- Uretrotomia
- Uretroplastica

INCONTINENZA URINARIA MISTA



INCONTINENZA URINARIA POST-CHIRURGICA

PROSTATECTOMIA RADICALE

retropubica
perineale
laparoscopica
robotica



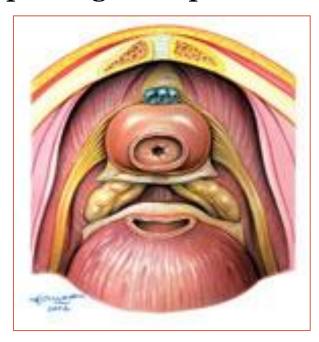
RESEZIONE ADENOMA PROSTATICO (TURP, AdPTV)
 L'incidenza della incontinenza da sforzo dopo TURP è circa dell' 1%.

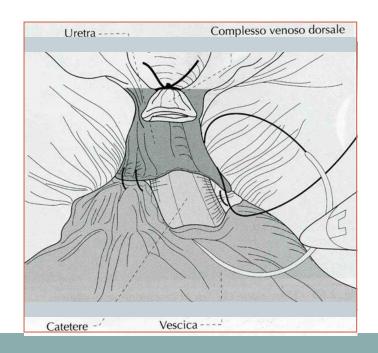
INTERVENTI SULL' URETRA
 URETROTOMIA
 URETROPLASTICA BULBO_MEMBRANOSA



PROSTATECTOMIA RADICALE

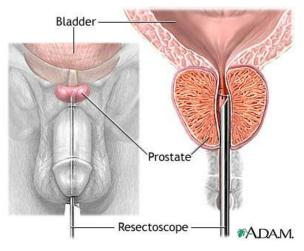
Consiste nella rimozione completa della ghiandola prostatica e delle vescicole seminali con successivo confezionamento di anastomosi uretro-vescicale per patologia neoplastica

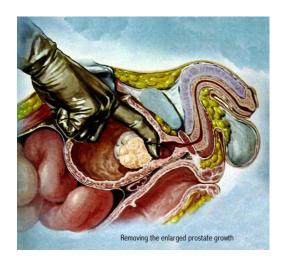


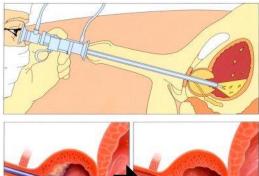




TURP-ADPTV







Consistono nella resezione o enucleazione di adenoma prostatico con creazione di una loggia prostatica a monte del collicolo seminale che viene rispettato

ETIOPATOGENESI INCONTINENZA

- Danni iatrogeno sfintere distale
- Ridotto supporto all' uretra del muscolo elevatore dell' ano, della fascia endopelvica e di Denonvillier's
- Danno alle strutture nervose dell' uretra e del collo vescicale
- Riduzione elasticità della giunzione uretro-vescicale
- Secondaria ad iperattività o bassa compliance per danno innervazione detrusoriale o eccessiva mobilizzazione della vescica durate l'intervento

PASSI FONDAMENTALI PER LA DIAGNOSI E LA CLASSIFICAZIONE DELLA IUS

- ANAMNESI
- ESAME OBIETTIVO
- DIARIO MINZIONALE
- PAD-TEST
- ESAME URODINAMICO
- LEAK POINT PRESSURE
- ECOGRAFIA
- RM

Per documentare il sintomo

Per documentare il segno

Per confermare il sintomo

Per documentare il volume della perdita urinaria

Per definire le forme cliniche di IU

Per quantificare la forza dello sfintere

TERAPIA CONSERVATIVA-UOMO

RIABILITAZIONE PERINEALE specifica

Consigli per esercizi semplificati del PP

BLADDER TRAINING

Terapia farmacologica ANTIMUSCARINICI

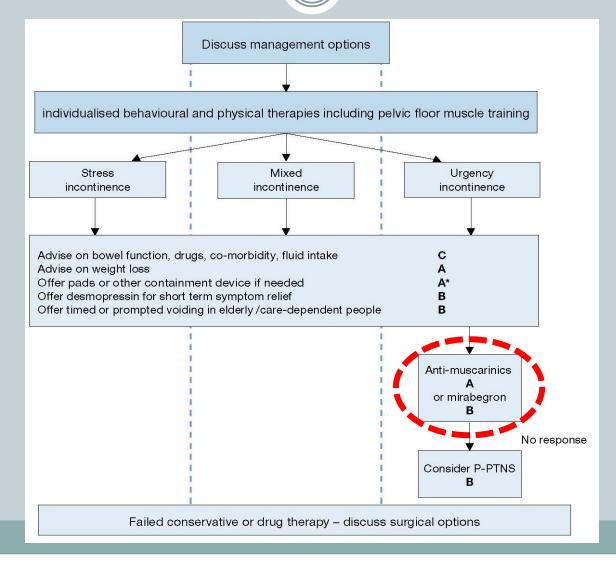
CONSIGLI COMPORTAMENTALI (modificazioni stile di vita)

Terapia farmacologica

DULOXETINA

Men presenting with UI EAU guidelines 2017





LA TERAPIA RIABILITATIVA

Comprende

- La chinesiterapia pelviperineale
- Il biofeedback perineale
- L' elettrostimolazione

QUALE E' LA EFFICACIA DELLA TERAPIA RIABILITATIVA

L'efficacia della chinesiterapia nella incontinenza urinaria da sforzo e mista nella è provata dalla medicina basata sull'evidenza (livello 1)

Quanto?

Risultati significativamente positivi nel 60/70% dei soggetti

Nell' uomo non ci sono ancora dati a sufficienza

LA TERAPIA RIABILITATIVA

La terapia riabilitativa presenta i seguenti vantaggi

- è semplice
- a relativo basso costo
- a basso rischio di effetti collaterali
- senza compromissione di eventuali successivi trattamenti

QUALE E' IL RUOLO DELLA TERAPIA RIABILITATIVA

EFFICACE







LA TERAPIA CONSERVATIVA E' IL PRIMO STEP TERAPEUTICO DA PROPORRE AL PAZIENTE

In particolare la chinesiterapia e il counselling, coadiuvate se necessario dalle altre tecniche riabilitative

LA CHINESI TERAPIA PELVI-PERINEALE

Razionale

- Rafforzamento della muscolatura striata del piano perineale con conversione di fibre a contrazione rapida a fibre a contrazione lenta
- La contrazione volontaria e ripetuta del piano perineale può inibire in via riflessa la contrazione detrusoriale

LA CHINESI TERAPIA PELVI-PERINEALE

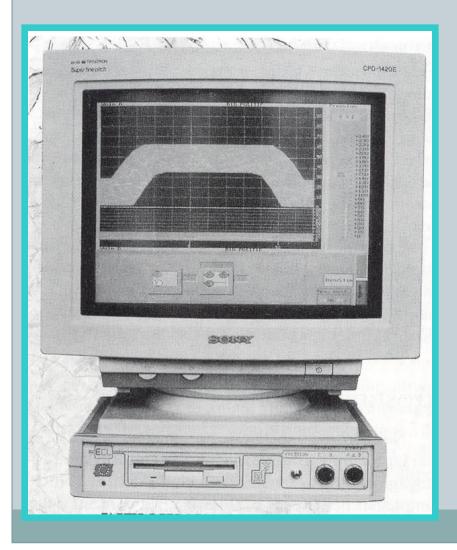
Identificare i muscoli del pavimento pelvico

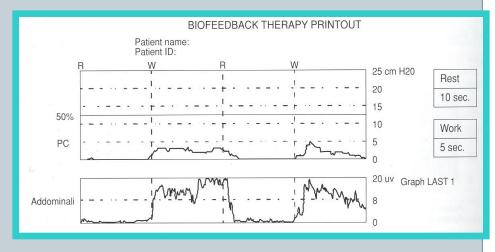
Ripetere nel modo indicato dal medico o dal fisioterapista / uroriabilitatore

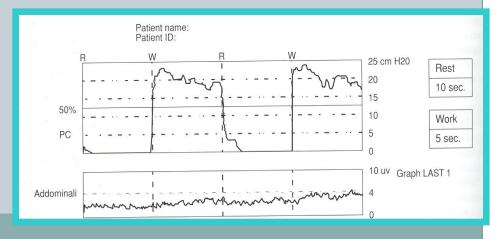
i muscoli del pavimento
pelvico per alcuni secondi
(massimo 10 secondi)

Rilassare i muscoli completamente per almeno 10 secondi

IL BIOFEEDBACK PELVI-PERINEALE







DOVE E' POSSIBILE EFFETTUARE IL TRAFFAMENTO RIABILITATIVO:

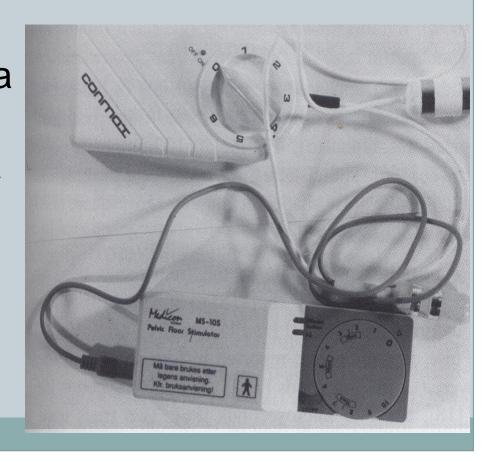
- Presso centri di riabilitazione esperti nella riabilitazione pelviperineale
- Presso centri urologici o di riabilitazione che abbiano competenze riabilitative

SITUAZIONE IN ITALIA ANCORA MOLTO ETEROGENEA PER QUANTITA' E QUALITA' DELLE PRESTAZIONI E SENZA COPERTURA TERRITORIALE COMPLETA

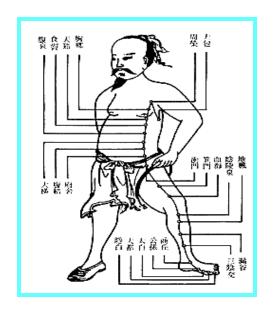
ELETTROSTIMOLAZIONE PERINEALE

Razionale

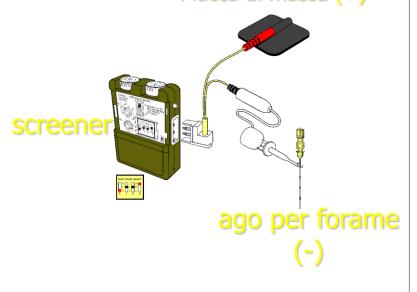
Il meccanismo di azione è ancora controverso e varia a seconda dei parametri utilizzati (bassa frequenza nella vescica iperattiva). In generale lo scopo è di rinforzare i muscoli del pavimento pelvico e di inibire l'iperattività detrusoriale.



Stimolazione Elettrica in Urologia

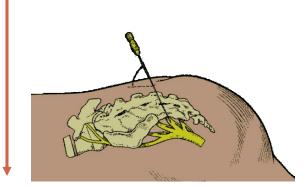


Placca di massa (+)











Tibiale

Sacrale

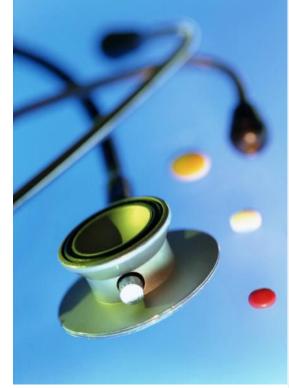
Incontinenza urinaria post-chirurgica TERAPIA MEDICA

L'incontinenza urinaria post-chirurgica è una complicanza fin' ora affrontata o in modo conservativo, con la riabilitazione pelvi-perineale, o con la chirurgia (sfintere artificiale, ProACT, Sling pubo-uretrali...) ma non si è mai avvalsa della terapia medica

Solo nel 2005, entrava in commercio la Duloxetina per il trattamento dell' incontinenza urinaria da stress femminile con il nome commerciale di Yentreve (Eli lilly) o Ariclaim (Boehringer Ingelheim)

La Duloxetina è stata approvata dall' FDA con il nome commerciale di Cymbalta , nella cura della depressione maggiore e nelle trattamento del dolore nei pazienti con neuropatia periferica diabetica

L'FDA non ritiene sufficienti i dati per l'approvazione a ritenere la duloxetina efficace e sicura nella IUS maschile.







Urofarmacoterapia

FARMACI AD AZIONE ANTICOLHNERGICA-

ANTIMUSCARINICA RIDUCONO LA CONTRATTILITÀ DEL DETRUSORE.

I FARMACI AD AZIONE ALFA
STIMOLANTE PROVOCANO LA
CONTRAZIONE DELLA
MUSCOLATURA LISCIA DEL COLLO E
DELL' URETRA PROSSIMALE.

Terapia chirurgica dell' incontinenza da sforzo da deficit sfinterico

Compressione dell' uretra:

Sling (fascia autologa o materiale sintetico fissato alla fascia del retto)
Protesi AMS 800 (sfintere artificiale a cuffia idraulica)
Infiltrazione periuretrale (collageno, Macroplastique, ecc)
Pro ACT



Preservazione della continenza urinaria

Questi ultimi lavori,da valutare nel tempo con un follow up adeguato, sposterebbero se confermati, l'ago della bilancia a favore della tipologia dell'incontinenza urinaria post prostatectomia radicale intesa come:



- secondaria a deficit sfinterico
 - lunghezza funzionale o picco sfinterico uretrale (pressione di chiusura uretrale)

Chirurgia dell'incontinenza da sforzo



Bulking agents



Sfintere Artificiale



Trattamento dell' incontinenza urinaria post- Prostatectomia Radicale Raccomandazioni ICI



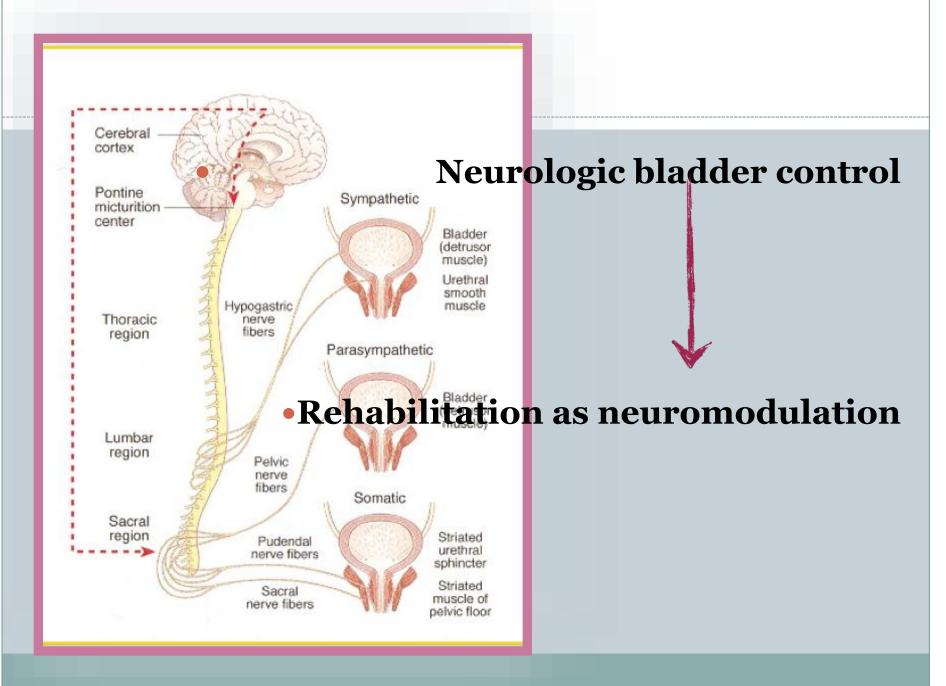
- Riabilitazione del pavimento pelvico
- Modificazioni dello stile di vita
- Iniezione di sostanze volumizzanti
- Sling sottouretrale, intraotturatorio
- Palloni gonfiabili peruretrali
- Sfintere artificiale
- Farmaci antimuscarinici (se si associa iperattività vescicale)
- Farmaci inibitori re-up take serotonina –noradrenalina (duloxetina)



IUS post-chirurgica nell' uomo TERAPIA Conclusioni

- L' EAU raccomanda la terapia non invasiva:
- 1) Riabilitazione pelvi-perineale e biofeedback nell' incontinenza urinaria precoce post-operatoria
- 2) Il trattamento farmacologico con duloxetina è efficace in combinazione alla riabilitazione con la quale sinergicamente migliora la continenza, consentendo di accelerare i tempi di recupero della stessa
- 3) In quanto al trattamento chirurgico l'inserzione di uno sfintere artificiale, rappresenta ancora il gold standard.
- La farmacoterapia è parzialmente efficace ma ricca di effetti collaterali e costosa





how does it work?

- & Activation of inactive neuronal loops
- & Activation of facilitating and inhibitory reflexes
- Increase of afferent input
- Increase of motor "firing"
- **&** Neuroplasticity

indications to pfme

- **&** Urinary Incontinence
- **&** Anal incontinence
- ∀ Hypercontractility (vaginismus, obstructed defecation)
- ☼ Chronic pelvic pain (Vulvodynia, Pudendal neuralgia)
- Prevention of post-natal pelvic floor dysfunction

Efficacy of behavioral treatments for urge and mixed urinary incontinence in women Second International Consulation on Incontinence. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (Eds.), Health Publication

Second International Consulation on Incontinence. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (Eds), Health Publication Ltd, Plymouth, UK 2002; Fonda D, DuBeau C, Harari D, et al. Incontinence in the Frail Elderly. In: Third International Consulation on Incontinence. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (Eds), Health Publication Ltd, Plymouth, UK 2005; Cochrane Library (Accessed December 2004); Diokno A, Appell RA, Sand PK, et al. Prospective, randomized, double-blind study of the efficacy and tolerability of the extended-release formulations of oxybutynin and tolterodine for overactive bladder: Results of the OPERA trial. Mayo Clin Proc 2003; 78:687; Zinner N, Gittelman, Harris R, et al. Trospium chloride improves overactive bladder symptoms: a multicenter phase III trial. J Urol 2004; 171:2311; Cardoza L, Lisec M, Millard R, et al. Randomized, double-blind placebo controlled trial of the once daily antimuscarinic agent solifenacin succinate in patients with overactive bladder. J Urol 2004; 172:1919; Haab F, Stewart L, Dwyer P. Darifenacin, an M3 selective receptor antagonist, is an effective and well-tolerated once-daily treatment for overactive bladder. Eur Urol 2004; 45:420; Cardozo L, Lose G, McClish D, Versi E. A systematic review of the effects of estrogens for symptoms suggestive of overactive bladder. Acta Obstet Gynecol Scan 2004; 83:892.

Treatment urge incontinence in women

Treatment	Target population	Efficacy
Behavioral		
Pelvic floor muscle exercises	Women	Up to 80 percent decrease in episodes; motivated patients
Bladder retraining	Cognitively intact	≥35 percent decrease in UI episodes; pt perception of cure at 6 mos RR 1.69 [1.21-2.34]
Prompted voiding	Dependent, cognitively impaired	Average reduction 0.8-1.8 in UI episodes daytime; cure rare, caregiver dependent
Habit training	Voiding record available	Highly dependent on caregiver compliance
Scheduled (timed) voiding	Unable to toilet independently	30 to 80 percent decrease in daytime episodes but study quality fair

Pelvic muscle exercises

- The basic recommended pelvic muscle exercises regimen consists of three sets of 8 to 12 slow velocity contractions sustained for six to eight seconds each, performed three or four times a week and continued for at Pleasy S15 Publications Ltd, Paris 2009.
- There is considerable misinformation about how to perform these exercises, such as instructions to interrupt urination on a regular basis or to do exercises "one hundred times per day." These approaches are not physiologic and will likely fail. Women who report no improvement with previous

- **8** Pelvic muscle exercises are most effective with specific instruction and monitoring by health professionals and regular performance by motivated patients.
- **&** However, it remains unclear which specific pelvic muscle exercises regimen is most effective for alleviating symptoms of urinary incontinence.

 Hay-Smith EJ, Herderschee R, Dumoulin C, Herbison GP. Cochrane Database Syst Rev

2011; :CD009508.

the "ideal" patient

☼ Greater efficacy of pelvic muscle exercises was seen in younger women (age 40 to 60) with stress incontinence treated for at least three months, although significant differences in trial design, populations, and methods preclude definitive conclusions.

poor indications

- Non compliant patient
- **&** Cognitive impairment
- **&** Parkinson
- **&** MS
- **&** Suprasacral injuries

pfme in pop

ѷ

Lancet. 2013 Nov 27. pii: S0140-6736(13)61977-7. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61977-7. [Epub ahead of print]

Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial.

Hagen S, Stark D, Glazener C, Dickson S, Barry S, Elders A, Frawley H, Galea MP, Logan J, McDonald A, McPherson G, Moore KH, Norrie J, Walker A, Wilson D; on behalf of the POPPY Trial Collaborators.

Author information

Abstract

BACKGROUND: Pelvic organ prolapse is common and is strongly associated with childbirth and increasing age. Women with prolapse are often advised to do pelvic floor muscle exercises, but evidence supporting the benefits of such exercises is scarce. We aimed to establish the effectiveness of one-to-one individualised pelvic floor muscle training for reducing prolapse symptoms.

METHODS: We did a parallel-group, multicentre, randomised controlled trial at 23 centres in the UK, one in New Zealand, and one in Australia, between June 22, 2007, and April 9, 2010. Female outpatients with newly-diagnosed, symptomatic stage I, II, or III prolapse were randomly assigned (1:1), by remote computer allocation with minimsation, to receive an individualised programme of pelvic floor muscle training or a prolapse lifestyle advice leaflet and no muscle training (control group). Outcome assessors, and investigators who were gynaecologists at trial sites, were masked to group allocation; the statistician was masked until after data analysis. Our primary endpoint was participants' self-report of prolapse symptoms at 12 months. Analysis was by intention-to-treat analysis. This trial is registered, number ISRCTN35911035.

FINDINGS: 447 eligible patients were randomised to the intervention group (n=225) or the control group (n=222). 377 (84%) participants completed follow-up for questionnaires at 6 months and 295 (66%) for questionnaires at 12 months. Women in the intervention group reported fewer prolapse symptoms (ie, a significantly greater reduction in the pelvic organ prolapse symptom score [POP-SS]) at 12 months than those in the control group (mean reduction in POP-SS from baseline 3·77 [SD 5·62] vs 2·09 [5·39]; adjusted difference 1·52, 95% Cl 0·46·2·59; p=0·0053). Findings were robust to missing data. Eight adverse events (six vaginal symptoms, one case of back pain, and one case of abdominal pain) and one unexpected serious adverse event, all in women from the intervention group, were regarded as unrelated to the intervention or to participation in the study.

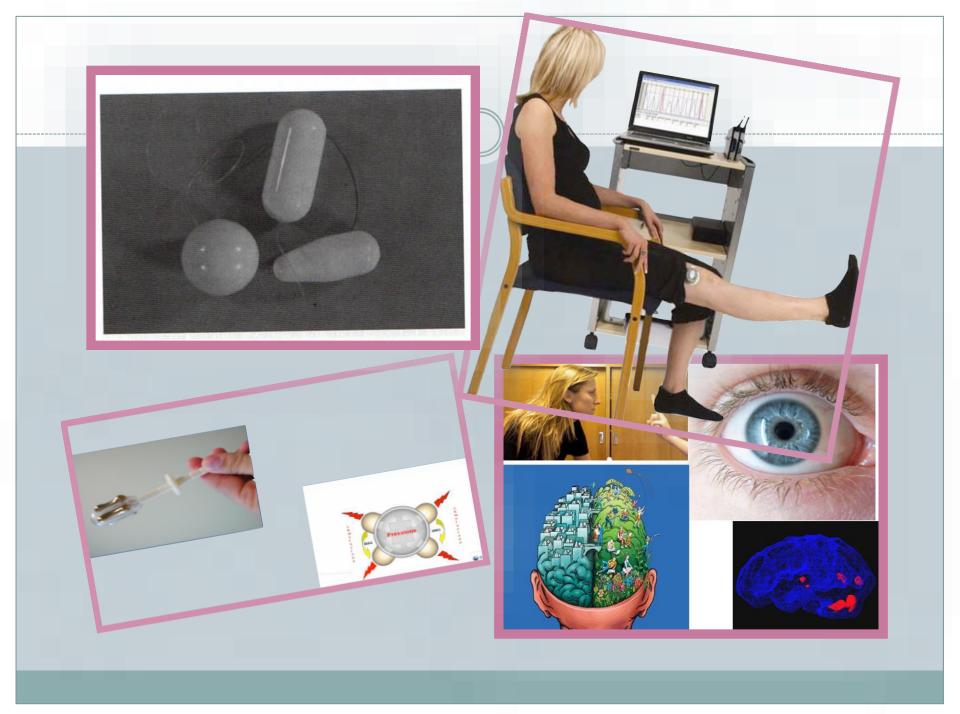
INTERPRETATION: One-to-one pelvic floor muscle training for prolapse is effective for improvement of prolapse symptoms. Long-term benefits should be investigated, as should the effects in specific subgroups.

- **▼**The effectiveness of PFMT
- x in RVVP is unknown, but...

one-to-one pelvic floor muscle training for prolapse is effective for improvement of prolapse symptoms

supplement treatments

- **&** Vaginal cones
- **&** Electrostimulation
- **&** Biofeedback
- **&** Cognitive therapy



Initial Management of Urinary Incontinence in Women

HISTORY/SYMPTOM ASSESSMENT

CLINICAL ASSESSMENT Incontinence on physical activity

Incontinence with mixed symptoms

Incontinence with urgency / frequency

- · General assessment (see relevant chapter)
- Urinary Symptom Assessment (including frequencyvolume chart and questionnaire)
- · Assess quality of life and desire for treatment
- · Physical examination: abdominal, and pelvic
- · Cough test to demonstrate stress incontinence if appropriate
- Urinalysis ± urine culture -> if infected, treat and reassess if appropriate
- · Assess voluntary pelvic floor muscle contraction
- · Assess post-void residual urine

Complicated" incontinence

- Recurrent incontinence
- · Incontinence associated with:
- Pain
- Hematuria
- Recurrent infection
- Voiding symptoms
- Pelvic irradiation
- Radical pelvic surgery
- Suspected fistula

PRESUMED DIAGNOSIS

TREATMENT

STRESS INCONTINENCE presumed due to sphincteric incompetence

MIXED INCONTINENCE URGE INCONTINENCE presumed due to detrusor overactivity

Treat Predominant

- Assess oestrogen status and treat as appropriate.
- Life style interventions.
- · Pelvic floor muscle training, bladder retraining
- · Other physical therapies
- Devices

Failure

Dual serotonin and north nalin reuptake inhibitors *

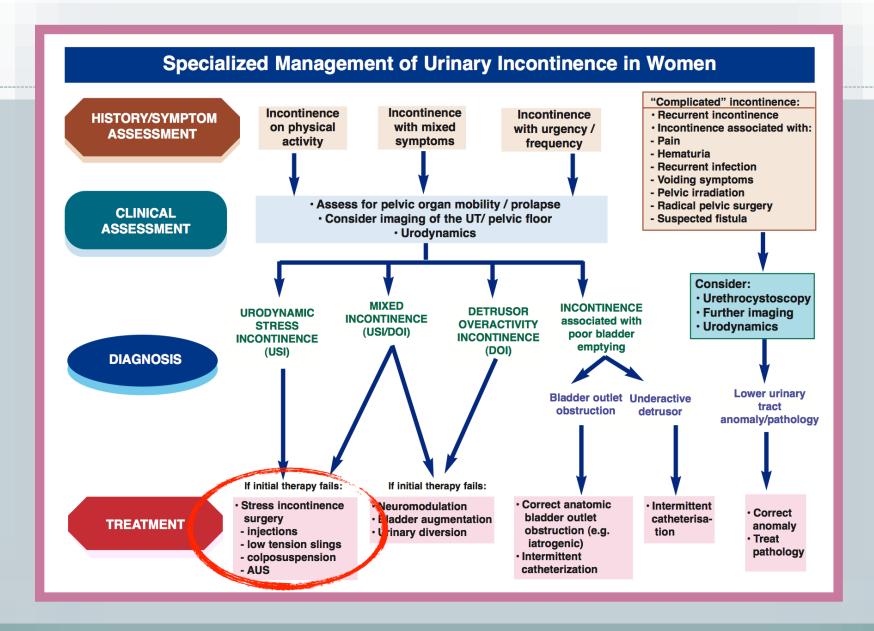
Antimuscarinics

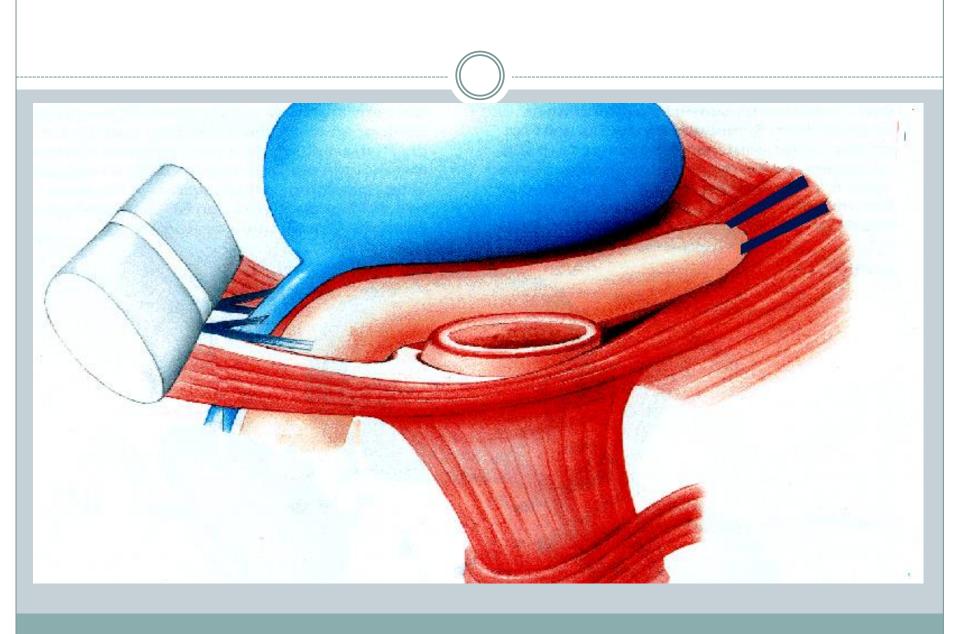
Failure \

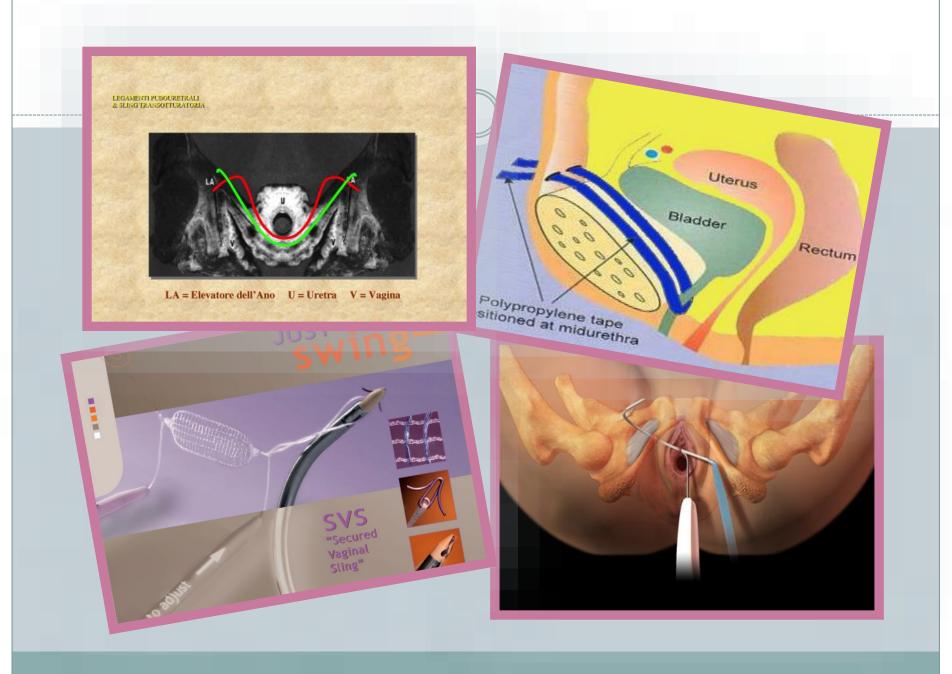
- If other abnormality found e.g.
- · Significant post void residual
- Significant pelvic organ prolapse (see notes)
- · Pelvic mass

* Subject to local regulatory approval.

SPECIALIZED MANAGEMENT







SERIATE, 07 NOVEMBRE 2018

INCONTINENZA ANALE TRATTAMENTO E PREVENZIONE

DOTT. MARCO BIANCHI

U.O. CHIRURGIA E PROCTOLOGIA

ISTITUTO PALAZZOLO Bergamo

CAUSE

- Lesioni dei muscoli sfinteriali o del perineo dovute a traumi (incidenti, gravidanze, parti, interventi chirurgici all'ano, rapporti sessuali anali, abusi sessuali) o a malattie degenerative muscolari.
- Interventi o malattie del retto (malattie neoplastiche, infiammatorie, radioterapia) che riducono la possibilità del retto di allargarsi
- Deformazioni del retto (prolasso, intussuscezione, rettocele che ne alterano il funzionamento.
- Interventi all'ano (emorroidi, ragadi, fistole) che determinano distruzione delle terminazioni nervose sensitive e che riducono eccessivamente i cuscinetti emorroidari.

DIAGNOSTICA

La visita proctologica è solitamente sufficiente a stabilire la causa e la severità della condizione, permettendo un appropriato programma terapeutico.

Ciononostante possono essere utili indagini complementari.

ESAMI COMPLEMENTARI

- Colonscopia per escludere malattie infiammatorie e neoplasie del colon retto
- RX CISTO COLPO-DEFECOGRAFIA per esaminare la forma ed il funzionamento del retto, dell'ano, dei muscoli e degli organi circostanti (vagina, vescica, intestino tenue) durante la defecazione
- Ecografia 3D TRANSANALE per visualizzare gli sfinteri e riconoscere la sede di eventuali lesioni
 - Manometria ano-rettale per valutare la funzione degli sfinteri anali, la capacità del retto ad allargarsi, la presenza dei normali riflessi.
- Elettromiografia e/o potenziali evocati per documentare disordini neurologici che interferiscono con la continenza.

TERAPIA

Dieta e farmaci

Possono essere indicati nei pazienti con incontinenza lieve o inoperabili.

La dieta dovrà essere asciutta, possono essere assunti elementi che addensano le feci.

Può essere utile favorire l'evacuazione in un determinato momento con l'Uso di CLISTERINI EVACUATIVI.

L'uso di clisteri evacuativi ad intervalli regolari con particolari dispositivi (Peristeen) può ottenere lo svuotamento intestinale a comandoe ridurre quindi il rischio di perdite.

Possono essere utilizzati farmaci che provocano stitichezza (Loperamide)

TERAPIA RIABILITATIVA

Allenamento muscolare per aumentare la pressione endo-anale può essere eseguito:

Senza controllo visivo del paziente (Esercizi degli sfinteri anali per pazienti con perdite dall'intestino)

Con bio-feed-back: un dispositivo collegato all'ano del paziente mostra al paziente l'effetto dell'azione degli sfinteri. Gradualmente si elimina il controllo visivo per il paziente e lo si fa osservare da un tecnico esperto. Un miglioramento, di solito, si ottiene con 3 o 5 sedute

Elettrostimolazioni con elettrodi infissi o applicati esternamente.

Il training va ripetuto ad intervalli regolari per mantenere i risultati raggiunti.

DIVERSI INTERVENTI RISULTATI A DISTANZA NON SEMPRE BUONI.

COMUNQUE DA ASSOCIARE SEMPRE A TRATTAMENTO RIABILITATIVO

RICOSTRUZIONE DEGLI SFINTERI

ESEGUIBILE SE C'E' UN DANNO MUSCOLARE E SE TALE DANNO è RECENTE.

Più IL DANNO E' ESTESO MENO PROBABILE E' IL SUCCESSO DELL'INTERVENTO.

SUCCESSO IMMEDIATO ALTO MA SCARSA DURATA NEL TEMPO.

Bulking agents

Gate Keeper Gate Sphinter

Radiofrequenza

PLASTICA ANTERIORE DEL RETTO

POSTANAL REPAIR

TOTAL PELVIC FLOOR REPAIR (rettopessi)

GRACILOPLASTICA

GLUTEOPLASTICA

INTERVENTO DI MALONE

INTERVENTI SEMPRE PIU' COMPLESSI CON INDICAZIONI SPECIFICHE E CHE DEVONO ESSERE POSTE DA ESPERTI DEL SETTORE.

NON ESISTE IN REALTA' UN
INTERVENTO CHE DIA UNA GARANZIA
DI SUCCESSO E DI DURATA NEL
TEMPO DEL RISULTATO

Neuromodulazione sacrale

La neuro modulazione sacrale si compie in 2 fasi:

FASE test e impianto definitivo:

in sala operatoria con anestesia locale, durante la quale si osserva l'effetto della stimolazione nervosa con ago nel terzo forame sacrale. Se questa fase ha esito positivo si posiziona un elettrostimolatore esterno collegato all'elettrodo posizionato nel III forame sacrale. Questa seconda fase dura circa 4 settimane durante le quali si valuta l'efficacia della terapia. Se l'esito è positivo si posiziona, in sala operatoria con anestesia locale, un elettrostimolatore definitivo in sede sottocutanea in regione glutea.

La stimolazione percutanea del nervo tibiale

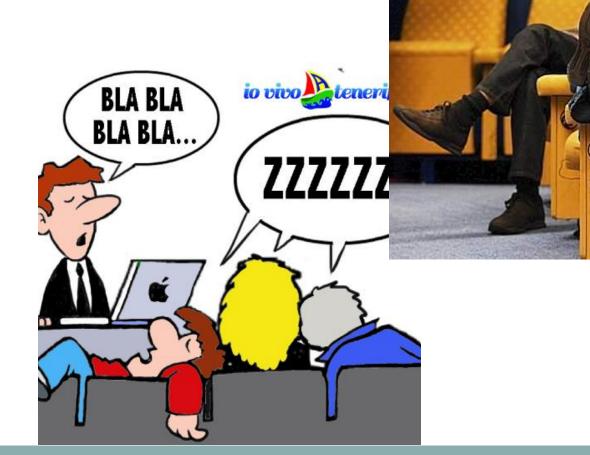
La stimolazione percutanea del nervo tibiale è un trattamento non chirurgico che consiste nell'applicare una stimolazione elettrica al nervo tibiale posteriore in trattamenti successivi.

Risultati dubbi e non costanti, soprattutto non duraturi.

Nei casi più gravi, a seguito del fallimento di tutte le precedenti terapie, in pazienti con handicap, psicopatici, geriatrici, allettati o con infiammazione del retto da radioterapia, può essere proposta la costruzione di una colostomia - abboccamento dell'intestino alla parete addominale con fuoriuscita delle feci in un sacchetto.

COME NON ARRIVARE A QUESTO O ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

Grazie per l'attenzione



Seriate 07.11.2018

Grazie, ho finito!