

	U.F. UROLOGIA Protocollo di Gestione TOT (TRANS OBTURATOR TAPE)	Prot. 13	Pag. 1 di 3
		Rif. P_{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 01	del 05/05/2025

L'intervento consiste nell'applicare una benderella di materiale sintetico sotto l'uretra per evitare che durante uno sforzo l'uretra scenda verso l'esterno e questo provochi la perdita di urina.

L'intervento prevede una piccola incisione vaginale e qualche volta due piccolissime incisioni sulla cute che possono essere sopra il pube se si esegue la TVT o all'interno delle cosce nella TOT.

Al termine dell'intervento verrà applicato un catetere vescicale e una piccola garza in vagina che vengono tolti generalmente entro le 24 ore.

L'International Continence Society (ICS) definisce l'incontinenza urinaria come "qualsiasi perdita involontaria di urina" e ne identifica diverse forme.

Per semplificare possiamo elencare quelle più frequenti nella popolazione che sono:

- Incontinenza urinaria da sforzo (IUS) in cui la perdita si verifica in occasione di un colpo di tosse, di una risata e di un esercizio fisico in assenza di attività del muscolo detrusore che è il muscolo deputato alle funzioni vescicali. Esprime una debolezza dello sfintere uretrale e si può manifestare spesso in modo transitorio, verso la fine della gravidanza o nel puerperio;
- Incontinenza urinaria da urgenza (IUU) che si manifesta come una perdita di urina legata ad un improvviso ed impellente desiderio di urinare ed è l'espressione di un'iperattività del muscolo detrusore;
- Incontinenza urinaria mista (IUM) è la situazione che si verifica quando i sintomi dei due precedenti tipi sono contemporaneamente presenti.

Le cause conosciute dell'incontinenza urinaria in generale sono da ricercarsi soprattutto nella debolezza dei muscoli del pavimento pelvico; nell'incontinenza dello sfintere uretrale; nell'irritazione vescicale da infezioni, neoplasie, calcoli e diverticoli; nell'instabilità motorio/sensitiva del muscolo detrusore vescicale a seguito di patologie come ictus, demenza e Parkinson; nei fenomeni ostruttivi come il prolasso utero vaginale; nella vescica neurogena come conseguenza del diabete, delle lesioni spinali e nelle sindromi demielinizzanti e in seguito all'uso di farmaci come diuretici, sedativi, tranquillanti e anticolinergici.

Quindi i più importanti fattori di rischio sono in primo luogo l'obesità, la gravidanza, la parità soprattutto con i parti prolungati e pilotati, la stitichezza, l'abitudine ai lavori pesanti, il deficit estrogenico conseguente alla menopausa, l'età avanzata, il diabete, la demenza ed altre malattie psichiatriche e le infezioni e pregressi interventi dell'apparato genitourinario.

Cosa fare

Eseguire visita specialistica che, con un'attenta raccolta anamnestica e un accurato esame clinico eventualmente supportato da esami strumentali, definisce il tipo di incontinenza, la gravità (IUS score) e propone la terapia adatta che potrà essere di tipo comportamentale, fisioterapico, farmacologico e infine chirurgico.

Terapia comportamentale

L'obesità è il principale fattore di rischio per la IUS ed anche per un possibile fallimento chirurgico pertanto la riduzione del trattamento corporeo è essenziale.

La riduzione o l'eliminazione di alcuni alimenti come la caffeina e la teina o la riduzione dell'introduzione di liquidi in generale. La riduzione o l'eliminazione dell'abitudine al fumo.

L'impiego di particolari cambi posturali che favoriscono la continenza (come incrociare le gambe). Un'adeguata igiene intima per la prevenzione di stati irritativi ed infiammatori. La cura per la risoluzione o il miglioramento della stitichezza.

	U.F. UROLOGIA Protocollo di Gestione TOT (TRANS OBTURATOR TAPE)	Prot. 13	Pag. 2 di 3
		Rif. P_{CH} 01-02	Sez. 7.5 MQ
		Rev. 01	del 05/05/2025

La fisioterapia

La terapia fisica è un approccio efficace sia nell'incontinenza da urgenza che in quella da sforzo. Questo trattamento che comporta un rischio praticamente nullo per la paziente deve essere considerato come terapia di prima scelta in considerazione dei risultati, a dir poco lusinghieri, che arrivano ad un 75% di successo.

Talvolta vengono utilizzati come supporto sia della terapia chirurgica sia di quella farmacologica per migliorarne l'efficacia.

– Esercizi di Kegel

Un'efficace contrazione dei muscoli del pavimento pelvico incrementa la pressione di chiusura dell'uretra, prevenendo la perdita di urina con la compressione dell'uretra contro la sinfisi pubica. Una buona tonicità del pavimento pelvico previene il dislocamento anatomico della vescica e dell'uretere, inoltre aumenta la qualità della vita sessuale femminile (per questo motivo vengono proposti per i disturbi della sessualità femminile come l'anorgasmia e il vaginismo). Con questo razionale nel 1948 Kegel descriveva una particolare ginnastica dei muscoli del pavimento pelvico che gli fece ottenere dei risultati incoraggianti su un gruppo di 64 pazienti affette da incontinenza urinaria.

– Biofeedback

In genere viene associato agli esercizi di Kegel per aumentarne l'efficacia ma soprattutto per fare prendere coscienza alla paziente della intensità e della forza che sviluppa con i propri muscoli. Si utilizzano sensori elettromiografici, che vengono posizionati sull'addome e sul perineo, che forniscono informazioni sotto forma di segnali visivi o sonori sull'attività della muscolatura della paziente, che magari fino ad allora aveva ignorato. Queste informazioni facilitano nel paziente l'apprendimento dell'esercizio, migliorando la coordinazione muscolare e aumentandone la motivazione e la consapevolezza.

– Stimolazione magnetica extracorporea

Utilizza i campi magnetici che indirizzano le onde in modo mirato sui nervi del pavimento pelvico invertendo la polarità delle fibre muscolari. Quando questi impulsi raggiungono la placca motoria, i muscoli coinvolti si contraggono con frequenza uguale a quella dei campi magnetici emessi. Quindi si ottiene un maggior tono muscolare con un miglior controllo della contrazione muscolare e delle funzioni fisiologiche urinarie. I risultati indicano una percentuale di miglioramento dell'80% e di guarigione del 55%.

– Coni vaginali

Si utilizzano dei coni vaginali con peso crescente da 20 a 70 gr che vengono inseriti in vagina. La sensazione di "perdere" il cono dalla vagina provoca un riflesso contrattile che ha lo scopo di trattenerlo, migliorando nel tempo la tenuta del pavimento pelvico



	U.F. UROLOGIA Protocollo di Gestione TOT (TRANS OBTURATOR TAPE)	Prot. 13	Pag. 3 di 3
		Rif. P_{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 01	del 05/05/2025

Terapia farmacologica

Per il trattamento dell'incontinenza da sforzo modesta sono indicati i farmaci inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina a base di duloxetine (Cymbalta, Xeristar, Yentreve). Dopo la loro assunzione si registra un aumento di serotonina e di noradrenalina a livello del midollo spinale che, sollecitando il nervo pudendo, aumenta la contrazione dello sfintere uretrale impedendo così la fuoriuscita accidentale di urina. Gli effetti collaterali sono nausea, diarrea, insonnia, secchezza delle fauci, cefalea, ritenzione idrica, sanguinamento.

I farmaci consigliati per l'incontinenza da urgenza e per la Sindrome della Vescica Iperattiva sono gli anticolinergici a base di solifenacina (Vesiker) e di tolterodina (Detrusitol). Queste molecole agiscono durante la fase di riempimento della vescica impedendone le contrazioni. Come effetti collaterali si può avere secchezza delle fauci, nausea, visione offuscata, stipsi e dispepsia.

Terapia chirurgica

Viene proposta essenzialmente nella IUS ma ne traggono beneficio anche le pazienti affette da IUU e anche IUM. Le teorie più attuali sull'incontinenza urinaria da sforzo (IUS) sostengono che la perdita di urina sia la conseguenza di un deficit di sostegno del tratto medio dell'uretra con conseguente destabilizzazione dello sfintere muscolare.

Assistenza infermieristica pre-operatoria

- Ricovero il giorno stesso dell'intervento: il regime di ricovero è di 2 giorni (ricovero ordinario);
- Accertamento infermieristico, si consegnano le calze elastiche antitrombo, si allega copia di eventuali esami strumentali e si ritira eventuale terapia domiciliare;
- Si controlla la corretta esecuzione della tricotomia eseguita a domicilio;
- La paziente viene accompagnata in camera di degenza e istruita alla vestizione (camice, mutandine monouso, calze elastiche, cuffia e calzari nei piedi);
- Alla chiamata della sala operatoria la paziente si prepara;
- Il personale infermieristico di reparto controlla che la cartella clinica sia completa, e poi si accompagna la paziente in sala operatoria.

Assistenza infermieristica post-operatoria

- All'arrivo dalla sala operatoria, la paziente viene accompagnato con il proprio letto nella sua camera di degenza, viene rivestita con i propri indumenti personali, si monitorano i parametri vitali e si controlla la ferita chirurgica e la presenza di catetere vescicale e zaffo vaginale;
- Si somministrano le terapie prescritte secondo protocollo;
- Controllare eventuali sanguinamenti vaginali
- Dieta leggera il giorno dell'intervento;
- Somministrazione terapia endovenosa come da protocollo;
- Il giorno successivo, vengono rimossi zaffo vaginale e catetere vescicale
- Dopo minzione spontanea, vengono eseguite prove per verificare che la vescica non abbia ristagno. (in caso di quantità < 100, si ripete ogni 3 ore, fino ad indicazione)
- In seconda giornata la paziente viene valutata dal chirurgo e se non vi sono controindicazioni viene dimessa con enoxaparina in dotazione


**Casa di Cura Privata
Città di Bra S.p.A.**
Il Direttore Sanitario
Dott. Flavio BORASO