

INCONTINENZA URINARIA



Con l'aumento dell'età media di sopravvivenza e la crescente attenzione verso la qualità della vita, la domanda sanitaria da parte delle donne affette da incontinenza urinaria e prolasso pelvico sta aumentando e le disfunzioni perineali, di ordine urogenitale e colon-proctologico, prima vissute con vergogna e rassegnazione, stanno progressivamente emergendo dal sommerso, stimolando una richiesta sempre più cosciente di trattamento sanitario adeguato. In questo ambito, si avverte la

necessità di strategie di informazione ed educazione per sensibilizzare la popolazione al fine di perseguire la migliore prevenzione e cura dei disturbi del pavimento pelvico.

L'INCONTINENZA URINARIA IN CIFRE

Secondo dati recenti la frequenza di incontinenza urinaria raggiunge il 38% delle donne negli USA (*Howard D., Obstet Gynecol 2000*) e, in Italia, i più recenti contributi bibliografici riportano una prevalenza del sintomo nella popolazione generale femminile, tra il 20% e il 22%. Ancora più interessanti sono gli aspetti di queste ricerche relativi alle caratteristiche di fenomeno sommerso dell'incontinenza urinaria, che appare un problema nascosto, spesso misconosciuto, sottostimato e non trattato (*Di Stefano, Minerva Ginecologica 2000*). In Liguria, secondo i dati raccolti dallo Studio Argento, il 28% delle persone intervistate riferisce difficoltà nel controllo della minzione e la percentuale sale a 38% se si considerano le persone con età superiore ai 75 anni. Il sesso femminile risulta essere quello più colpito (25% delle donne contro il 17% degli uomini).

FISIOLOGIA DELLA MINZIONE

L'alto apparato urinario comprende sia la parte uropoietica (il parenchima renale) sia la via escretrice (calici, bacinetto, uretere) deputata a convogliare verso il basso ed in modo continuativo l'urina prodotta. Il basso apparato urinario, composto da vescica e uretra, è finalizzato a raccogliere l'urina che arriva dall'alto apparato, a conservarla all'interno della vescica fino a che, volontariamente, non vi sia l'opportunità di espellerla attraverso l'uretra.

La minzione nasce da uno stimolo riflesso che coinvolge diverse aree cerebrali: area pontina, ipotalamo, giro frontale inferiore e giro cingolato anteriore. Ciascuna di queste aree utilizza vari neurotrasmettitori per modulare il riflesso minzionale, la cui definizione e il cui significato clinico-farmacologico rimangono incerti. Il centro pontino della minzione, localizzato nel tronco midollare, coordina i processi della minzione ed è sotto il controllo di centri nervosi che, in base all'intensità dei segnali afferenti, possono inviare al centro pontino il segnale per il "riempimento" o per lo "svuotamento" vescicale.

La minzione, quindi, consta di una fase di riempimento ed una di svuotamento ed è il risultato del sinergismo d'azione tra il sistema nervoso vegetativo e quello somatico. A carico del complesso uretro-vescicale si identificano innervazioni di diversa origine:

- parasimpatica (nervi pelvici, che originano dal nucleo parasimpatico sacrale del midollo spinale a livello di S2-S4)
- ortosimpatica (nervi ipogastrici, che originano dal midollo spinale toraco-lombare a livello di T11-L2)

- somatica (nervo pudendo, i cui motoneuroni partono dall'area chiamata *nucleo di Onuf* a livello S2-S4)

Nella fase di riempimento l'ortosimpatico fa distendere il detrusore (recettori beta-adrenergici) e mantiene chiuso il collo vescicale (recettori alfa-adrenergici), mentre il pavimento pelvico mantiene un tono di contrazione (nervo pudendo).

Nella fase di svuotamento il parasimpatico (recettori colinergici: muscarinici e nicotinici) fa contrarre il detrusore, mentre l'inibizione dell'ortosimpatico fa rilasciare il collo vescicale e distendere il pavimento pelvico.

Il mantenimento di un corretto ciclo minzionale non sempre però corrisponde al mantenimento della continenza. Minzione e continenza sono due concetti differenti.

La continenza è infatti garantita da molteplici fattori:

- integrità e impermeabilità delle vie urinarie
- adeguata capacità vescicale
- corretta compliance (distensibilità) vescicale e costante stabilità detrusoriale
- integrità e funzionamento del collo vescicale
- perfetto funzionamento dei meccanismi di continenza uretrali, soprattutto della componente intrinseca
- garanzia di sostegno da parte delle strutture muscolari e fasciali del pavimento pelvico

LE TIPOLOGIE DI INCONTINENZA URINARIA

Secondo la definizione dell'International Continence Society, per "Incontinenza urinaria" si intende la perdita involontaria di urina. Se tale perdita emerge durante una raccolta anamnestica, la perdita involontaria di urina riferita dalla donna rappresenta solo un sintomo, che può essere opportunamente valutato nelle sue caratteristiche e quantificato nella sua gravità (con score soggettivi o questionari). Se la presenza di un fuga involontaria di urina viene dimostrata attraverso l'esame obiettivo e la somministrazione di score oggettivi, l'incontinenza urinaria diventa un segno. La valutazione funzionale e fisio-patologica del sintomo e del segno incontinenza attraverso indagini strumentali, porta ad una valutazione dell'incontinenza urinaria come condizione.

Principalmente, si distinguono tre tipi di incontinenza urinaria:

1. **INCONTINENZA DA SFORZO**, cioè la perdita di urina sotto colpi di tosse, starnuti, deambulazione, sollevamento di pesi, ... o comunque correlata ad improvviso aumento della pressione intra-addominale; essa rappresenta la forma più comune

di incontinenza urinaria, costituendo circa il 50-60% dei casi. Tra i fattori di rischio alcuni sono correlati a situazioni fisiologiche (gravidanza, parto, puerperio, menopausa, senescenza) altri ad eventi patologici (traumi iatrogeni, ostetrici e chirurgici, carenze ormonali e farmaci, neuropatie e connettivopatie, patologie infiammatorie dell'uretra, vizi di postura del rachide e del piccolo bacino, obesità, ascite, BPCO). In base alla localizzazione della lesione all'una o all'altra delle strutture anatomiche deputate alla continenza, si possono descrivere due gruppi di pazienti: il primo, e più comune, presenta un'ipermobilità della giunzione uretro-vescicale correlata ad un deficit di supporto anatomico; il secondo, più grave ma fortunatamente meno frequente, quantificabile in circa il 10% dei casi, dimostra un'alterazione dei meccanismi sfinterici dell'uretra.

2. **INCONTINENZA DA URGENZA**, cioè la perdita di associata a intenso stimolo minzionale non procrastinabile; detta anche da minzione imperiosa, essa rappresenta il 30% dei casi di incontinenza urinaria. Il 90% delle cause di incontinenza urinaria da urgenza (iperattività detrusoriale) è idiopatica, il restante 10% è correlato a patologie neurologiche (sclerosi multipla, morbo di Parkinson, demenza senile), flogosi, ostruzioni cervico-uretrali da prolasso uro-genitale o post-intervento chirurgico, calcolosi o neoplasie vescicali.
3. **INCONTINENZA MISTA**, cioè la coesistenza dei due sintomi

La tipologia dell'incontinenza varia con l'età: l'incontinenza da sforzo è più comune nelle donne giovani e in perimenopausa, l'incontinenza da urgenza prevale nelle donne sopra i 60 anni di età.