Incontinenza urinaria

Incontinenza urinaria

Epidemiologia

L’incontinenza urinaria è definita come la *perdita involontaria di urina al di fuori dell’atto volontario della minzione.*

Si tratta di una condizione frequente che condiziona in maniera significativa la qualità di vita dei soggetti affetti. Si calcola che in tutto il mondo circa 200 milioni di persone ne soffrano (la prevalenza si attesta tra il 25 e il 45% della popolazione generale).

I soggetti affetti da problemi di incontinenza sono principalmente donne dopo la prima gravidanza, anziani, soggetti sottoposti ad interventi di chirurgia addominale o pelvica, pazienti affetti da traumi pelvici, infezioni delle vie urinarie o patologie neurologiche congenite o acquisite e uomini soggetti ad ipertrofia prostatica. Alla base della manifestazione clinica dunque soggiace un danno organico causato da diverse circostanze.

Fattori di rischio e cause

- Età
- Gravidanza, specie se con parto laborioso o distocico
- Isterectomia
- Menopausa
- Obesità
- Chirurgia pelvica o traumi
- Difficoltà motorie
- Diabete mellito

Classificazione

L’incontinenza urinaria si può suddividere in:

– *Incontinenza da sforzo*: perdita involontaria di piccole quantità di urina che si verifica sotto sforzo quando aumenta la pressione sulla vescica. Si tratta della forma più frequente e tipicamente avviene con i colpi di tosse o durante sforzi addominali severi, ma in alcuni casi anche dopo sforzi o movimenti lievi come l’alzarsi dalla sedia, camminare o ridere.

– *Incontinenza da urgenza*: causata da contrazioni involontarie del muscolo detrusore. Tali contrazioni generano la sensazione di impellenza della minzione (urgenza), con impossibilità a trattenere l’urina. La vescica iperattiva a sua volta si suddivide in: idiopatica (non se ne conoscono le cause); neurogena quando causata da disfunzioni del sistema nervoso provocate da traumi o malattie quali sclerosi multipla, Parkinson o spina bifida;

– *Incontinenza mista* (sintomi tipici dell’incontinenza da stress e dell’incontinenza da urgenza);

– *Incontinenza da rigurgito*: si verifica quando la vescica si riempie oltre la sua capacità e non riesce a svuotarsi completamente (mancata sensazione di riempimento o presenza di ostacoli a livello dell’uretra che impediscono lo svuotamento completo della vescica provocandone il riempimento oltre i limiti fino al superamento della resistenza dello sfintere con perdita incontrollata dell’urina (adenoma della prostata, stenosi uretrale);

– *Enuresi notturna*: perdita involontaria di urina durante il riposo notturno. E’ l’incontinenza del bambino che si bagna ancora a letto, pur ancora piccino, ma in un’età in cui dovrebbe essere già in grado di dimostrare un perfetto controllo delle sue capacità sfinteriche. Spesso si risolve spontaneamente, ma è opportuno inquadrarla adeguatamente in ambito pediatrico in quanto, se trascurata, può essere un fattore di rischio per incontinenza in età adulta.

Diagnosi

La diagnosi si basa inizialmente su anamnesi ed esame obiettivo.
In seconda battuta possono essere eseguiti a seconda del caso specifico, esami diagnostico strumentali quali:

- *Esame urine ed urinocoltura* (per valutare eventuali infezioni delle vie urinarie);
- *Diario minzionale* (diagramma volume/frequenza – valuta la capacità vescicale, la frequenza delle minzioni e delle perdite urinarie);
- *Test del pannolino* (Pad test – valuta l'entità delle perdite giornaliere o dopo un breve periodo di esercizio);
- *Ecografia addominale* (per valutare eventuale ristagno di urina in vescica o grossolane anomalie anatomiche);
- *Uretrocistoscopia* (per valutare anomalie anatomiche);
- *Esame Urodinamico* (per valutare il funzionamento della vescica e dell'uretra);
- *Uroflussometria* (valutazione del flusso urinario).

Terapia

La terapia dell'incontinenza urinaria si basa sull'utilizzo di presidi atti a contenere l'urina, terapia fisica o farmacologica ed eventuale terapia chirurgica quando indicato:

• *Presidi sintomatologici* (pannolini, condom o stringipene per migliorare la qualità di vita evitando o contenendo le perdite urinarie).
• *Stile di vita ed esercizio fisico* (cambiamenti della dieta, attività fisica adeguata e modifica di abitudini sbagliate).
• *Rieducazione pelvica* (esercizi specifici con lo scopo di rinforzare la muscolatura del pavimento pelvico e lo sfintere urinario: esercizi di Kegel, biofeedback e stimolazione elettrica).
• *Terapia farmacologica* varia a seconda della causa che ha dato origine all'incontinenza (antimuscarinici che appartengono alla classe degli anticolinergici, agonisti α/β-adrenergici, duloxetina).

Interventi chirurgici
• *Neuromodulazione sacrale* (posizionamento di un piccolo stimolatore nervoso in corrispondenza di una radice nervosa).
• *Interventi di colposospensione transaddominale*.
• *Posizionamento di Sling uretrali* (TOT, per via trans otturatoria o TVT, per via trans vaginale).
• *Posizionamento di sfintere artificiale*.

• *Iniezioni parauretrali con bulking agents*, sostanze volumizzanti, quali collagene, silicone o simili, che riducendo il calibro dell'uretra riducono la perdita urinaria creando ostruzione al flusso.
• *Iniezione di tossina botulinica*, che paralizza il muscolo vescicale impedendone o riducendone la contrazione.
• Nei casi più gravi: *cistoplastica di ampliamento* (ampliamento della vescica con anse ileali) o *derivazione urinaria*

Vai agli interventi

Per doverosa informazione, si ricorda che la visita medica rappresenta il solo strumento diagnostico per un efficace trattamento terapeutico. I consigli forniti in questo sito devono essere intesi semplicemente come suggerimenti di comportamento.