

L'INCONTINENZA URINARIA



Dott. CARMINE DI PALMA

Andrologia, Urologia, Chirurgia Andrologica e Urologica,
Ecografia

Che cosa si intende per incontinenza urinaria?

L'incontinenza urinaria è stata definita come "qualunque perdita involontaria di urina" e rappresenta un importante problema socio-economico-igienico. Ne soffre il 25-30% della popolazione femminile adulta, con un aumento progressivo a partire dai 35 anni.

Quali sono le cause?

L'incontinenza urinaria può insorgere in entrambi i sessi, a qualsiasi età pur prevalendo in età avanzata. Nel sesso femminile si presenta più frequentemente (tanto che a lungo è stata considerata dai medici e dalle donne stesse "normale") ed è spiegabile con l'anatomia del perineo femminile e favorita da: gravidanza,

parto, menopausa, alterazioni posturali, professioni o attività sportive e artistiche particolari, bronchite cronica, stipsi.

Come si manifesta?

Incontinenza da sforzo: si manifesta in occasione di aumenti della pressione addominale (colpi di tosse, starnuti, sollevamento pesi, salti, esercizi fisici) e la perdita urinaria varia da lievissima a severa. Questo tipo di incontinenza è particolarmente correlato alla gravidanza, al trauma ostetrico e alle modificazioni pelviche associate alla menopausa e all'età senile.

Incontinenza da urgenza: consiste in una perdita di urina in seguito a una forte e incontrollabile urgenza minzionale in conseguenza di contrazioni involontarie. La perdita di

urina avviene per un'imperiosa necessità minzionale che non permette di arrivare in bagno prima della fuga di urina. Le cause delle contrazioni possono essere neurologiche (sclerosi multipla, esiti di stroke, lesioni midollari), oppure possono derivare da patologie infettive, calcolosi o tumori vescicali, corpi estranei. In molti casi questa iperattività non ha una causa precisamente individuabile.

Incontinenza mista: si associano i sintomi dell'incontinenza da sforzo e dell'incontinenza da urgenza.

Come avviene la diagnosi?

L'iter diagnostico si fonda su una anamnesi molto accurata, strutturata e finalizzata e evidenziare tutti i possibili fattori di rischio e a ottenere una dettagliata descrizione dei

sintomi (frequenza minzionale, circostanze in cui avviene la perdita, impatto sulla qualità di vita). Un utile strumento diagnostico è il diario minzionale, cioè la registrazione delle abitudini minzionali della paziente nell'arco di 24 ore, ripetuta per 4-5 giorni. L'esame obiettivo uro-ginecologico valuta il trofismo delle mucose genitali, gli esiti dei traumatismi ostetrici e/o della pregressa chirurgia, l'eventuale presenza di prolasso genitale, lo stato dei genitali interni, il grado di mobilità uretrale e altri parametri. La diagnostica strumentale si avvale di indagini ecografiche, utili per avere informazioni sia anatomiche che funzionali, e dell'esame uro-dinamico, che ha lo scopo di fornire una diagnosi fisiopatologica della condizione della paziente.

Spesso l'approccio diagnostico di primo livello, basato sull'inquadramento clinico, può essere già sufficiente per una diagnosi e quindi per un primo approccio terapeutico. Il ricorso alle indagini di secondo livello va riservato ai casi più complessi, alle recidive e ai casi che meritano un trattamento chirurgico.

Come si cura?

Il primo approccio terapeutico consiste nella correzione o nell'eliminazione dei fattori di rischio identificati con l'anamnesi (ad esempio, riduzione del peso corporeo, della tosse cronica ecc.) o dei fattori che possono peggiorare l'incontinenza (atrofia genitale, infezioni delle vie urinarie). La terapia dovrà essere il più possibile personalizzata sulla singola paziente,

e può contare su risorse farmacologiche (per le forme di incontinenza da urgenza) come i farmaci antimuscarinici, oppure su terapie di riabilitazione perineale (per tutte le forme) e chirurgiche (per le forme di incontinenza da sforzo).