

# Patologia uroginecologica: inquadramento nosologico e diagnostico

**N.A. Giulini**

---

Azienda U.S.L. Rimini - U.O. Ginecologia Chirurgica Ospedale "G. Cervesi" - Cattolica

La patologia uroginecologica che si manifesta nella donna prevalentemente in età perimenopausale e postmenopausale, è caratterizzata soprattutto da difetti della statica pelvica di tipo anatomico (della parete vaginale anteriore e posteriore e difetti centrali) e funzionale (incontinenza urinaria).

L'incontinenza urinaria si esprime con un'alterazione della fase di riempimento vescicale e perdita involontaria di urina. È nel contempo segno e sintomo suggestivi di una particolare disfunzione del tratto urinario inferiore valutabile durante l'indagine urodinamica.

L'incontinenza urinaria può essere distinta in:

- Incontinenza urinaria da stimolo (perdita di urina accompagnata o immediatamente preceduta da urgenza minzionale irrefrenabile e improcrastinabile)
- Incontinenza urinaria da sforzo (perdita di urina durante colpo di tosse, starnuto, sollevamento di un peso...)
- Incontinenza urinaria mista
- Enuresi (perdita involontaria di urina durante il sonno)
- Incontinenza urinaria continua
- Incontinenza urinaria tipo "dribbling" o sgocciolamento postminzionale.

È un evento sia femminile che maschile ad eziologia variabile in parte comune ad entrambi i sessi (es.: anomalie congenite delle vie urinarie; patologie neurogene che presiedono all'innervazione vescicale, uretrale e del pavimento pelvico; patologie degenerative della muscolatura e del connettivo; invecchiamento).

Nell'incontinenza urinaria tipicamente femminile possono intervenire sia alterazioni anatomo-funzionali del pavimento pelvico, del muscolo elevatore dell'ano, che precedenti ostetrici.

## Risveglio Ostetrico

L'incontinenza urinaria da sforzo, in particolare, può essere associata o meno al prolasso degli organi pelvici e si manifesta con una perdita involontaria di urina successiva ad aumento improvviso della pressione addominale in assenza di attività del detrusore. Riconosce sostanzialmente due meccanismi patogenetici variamente associati tra loro: l'insufficienza sfinterica intrinseca e l'ipermobilità cervico-uretrale.

Nell'insufficienza sfinterica intrinseca, l'uretra è rigida ed incapace di chiudersi completamente a seguito di aumenti della pressione vescicale. Tale situazione è nella maggior parte dei casi secondaria ad interventi chirurgici che hanno determinato sclerosi o denervazione della parete uretrale; talora è secondaria a trattamenti radianti o ad eventi traumatici e si configura nel quadro dell'incontinenza urinaria di tipo 3.

L'incontinenza urinaria da ipermobilità cervico-uretrale riconducibile in genere al cedimento delle strutture muscolo fasciali di sostegno della parete vaginale anteriore si associa spesso a descensus visceri e si configura nel quadro dell'incontinenza di tipo 1-2.

Secondo la teoria di Enhorning, la continenza urinaria deriva dalla presenza all'interno della cinta monometrica addominale di vescica e uretra prossimale: pertanto ogni aumento di pressione addominale si sarebbe trasmesso all'uretra con mantenimento della continenza. Quindi ad un abbassamento della base vescicale al di sotto del piano degli elevatori dell'ano (come si osserva nel prolasso genito-urinario), sarebbe conseguito un deficit di trasmissione della pressione addominale all'uretra e relativa incontinenza urinaria da sforzo.

Secondo la teoria più recente di De Lancey, la continenza urinaria sotto sforzo sarebbe correlabile alla stabilità dell'amaca di supporto per il collo vescicale e l'uretra.

In una donna continente, l'uretra è compressa tra la porzione addominale e l'amaca di sostegno come un tubo di gomma da giardino che viene compresso con un piede contro il terreno. Se questi fosse sabbioso e soffice, il getto di acqua compresso dal piede non si interromperebbe; analogamente se l'amaca sottouretrale fosse instabile e debole, l'uretra non potrebbe essere compressa.

Secondo la teoria integrale di Ulmsten e Petros, la continenza sotto sforzo dipenderebbe dalla chiusura attiva del tratto medio dell'uretra per effetto della contrazione del muscolo pubo-coccigeo e amaca vaginale suburetrale.

Dall'evoluzione di tale teoria sono derivati gli interventi microinvasivi sottouretrali (TVT, IVS-SPARC...).

Il prolasso degli organi pelvici è mantenuto dal dislocamento di uno o più segmenti:

- Parete vaginale anteriore: colpocele anteriore (uretrocele-cistocele)
- Parete vaginale posteriore: colpocele posteriore (elitrocele-rettocele)
- Utero: isterocele
- Vagina dopo isterectomia. Prolasso della cupola vaginale.

Talora il prolasso degli organi pelvici si può associare ad incontinenza urinaria o altri sintomi e/o disfunzioni del tratto urinario inferiore così come può mascherare un'incontinenza urinaria latente.

Secondo Richardson e Nichols, i difetti muscolo fasciali nel cistocele possono essere classificati in: centrali, laterali e trasversali.

I più frequenti sono quelli laterali per distacco uni o bilaterale della fascia endopelvica dell'arco tendineo con discesa del solco vaginale laterale e frequente ipermobilità cervico-uretrale.

I difetti centrali sono per lo più riconducibili alla rottura della fascia pubo-cervicale sulla linea mediana e in minor misura a ipermobilità del collo vescicale.

I difetti trasversali per distacco della fascia pubo-cervicale dalla sua inserzione all'anello pericervicale dove si inseriscono i legamenti cardinali e utero sacrali, sono spesso associati a voluminosi cistoceli per cui la paziente può risultare continente oppure presentare problemi di svuotamento vescicale.

Talora può essere presente un'incontinenza latente che si evidenzia dopo riduzione del cistocele.

Il prolasso della parete vaginale posteriore (colpocele posteriore) include l'elitrocele (protrusione del piccolo intestino nel lume vaginale) ed il rettocele (protrusione della parete anteriore del retto nel lume vaginale). Quest'ultimo spesso si associa a defecazione ostruita, stipsi, dispareunia.

Secondo alcuni autori il rettocele è la conseguenza o del distacco fasciale o della lesione del setto retto vaginale dal corpo perineale; ciò si verifica soprattutto durante il parto.

Anche posteriormente, secondo Richardson, i difetti possono essere centrali, laterali e trasversali.

Per quanto riguarda la classificazione del prolasso degli organi pelvici è stata attualmente accettata la classificazione di POP-Q.

Di frequente riscontro è l'incontinenza urinaria da urgenza per contrazioni involontarie del detrusore (iperattività del detrusore) o da diminuita compliance per minore distensibilità della vescica con conseguente incapacità a mantenere bassa la pressione endoluminale con il procedere del riempimento. Tale patologia riconosce diverse entità eziologiche: neurologiche, pregressa chirurgia pelvica, fattori psicosomatici, processi infiammatori e neoplastici vescicale e uretrali, fattori comportamentali, sdr. ostruttive, invecchiamento, aumento della componente connettivale a livello della muscolatura vescicale.

Fondamentalmente, ai fini diagnostici vi è una corretta raccolta dei dati anamnestici secondo un criterio familiare e cronologico personale comprendente l'attivi-

## Risveglio Ostetrico

tà lavorativa e le abitudini voluttuarie. Nello specifico dell'anamnesi uroginecologica, particolare attenzione deve essere rivolta a: minzione (caratteristiche ed entità delle perdite urinarie), statica pelvica, condizioni generali psicofisiche, abitudini sessuali, ciclo mestruale, stato menopausale, alterazioni del tratto genito-urinario, alvo, uso di farmaci che possono influenzare le funzioni del tratto genito-urinario (diuretici, anticolinergici, simpaticolitici, simpaticomimetici, ipnosedativi, calcioantagonisti, antidepressivi), patologie neurologiche (dei nervi periferici, cauda equina, midollo spinale, cerebrali focali, multidistrettuali e diffuse), pregressa chirurgia ginecologica e/O uroginecologica, pregresso trattamento radiante in regione pelvica, raccordo ostetrico (parità, modalità del parto, peso del neonato). Al dato anamnestico seguono:

- L'esame obiettivo per la valutazione del descensus degli organi pelvici, in relazione a quanto riferito dalla paziente: senso di corpo estraneo, protrusione dello stesso dalla vagina e/o dal retto.
- Visita uroginecologica comprendente: Stress-test provocativo; bilancio muscolo perineale (PC-test); descrizione del prolasso secondo la classificazione POP-Q; valutazione della funzione vescica-uretrale; la mobilità uretrale tramite Q tip-test (introduzione di "bastoncino" con estremità rivestita di cotone nell'uretra fino a livello del collo vescicale. Con la paziente in posizione ginecologica e l'ausilio di un goniometro, viene misurato l'angolo formato a riposo dall'applicatore con il piano orizzontale. In condizioni normali tale angolo è compreso tra 10 e 15 gradi. Successivamente si invita la paziente ad eseguire la manovra di Valsalva e si rivaluta l'angolo. Viene considerata ipermobile un'uretra con un angolo >30 gradi), determinazione del ristagno post-minzionale mediante cateterismo o valutazione ecografica.
- Diario minzionale per 4 giorni
- Diagnostica strumentale: ecografia, cistouretrografia minzionale, cine-cisto-colpodefecografia, urodinamica.

L'ecografia transvaginale è utilizzata per la determinazione del ristagno vescicale, per valutare la mobilità cervico-uretrale, e, a vescica vuota, per misurare lo spessore della parete vescicale che risulta significativamente superiore in quelle pazienti che all'indagine urodinamica mostrano un quadro di instabilità detrusoriale rispetto a quelle con incontinenza urinaria da sforzon (Khullar et al.).

L'eco cistouretrografia minzionale dà informazioni sulle condizioni delle strutture perineali, periuretrali, e in particolare dello sfintere uretrale; permette inoltre di valutare la reale lunghezza dell'uretra nonché la posizione della vescica, del collo e dell'uretra rispetto alla sinfisi pubica. Si riserva l'indagine cistouretrografica minzionale alle indagini preoperatorie dei quadri clinici complicati o nelle recidive.

La cine-cisto-colpodefecografia fornisce importanti informazioni sulla patologia del pavimento pelvico, sia per la determinazione del grado di cistocele, sia soprattutto per la diagnosi di rettocele, prolasso mucoso rettale, intususcezione.

Pertanto, una paziente con dato anamnestico di disturbi dell'alvo e obiettivo di prolasso mucoso, intususcezione retto-rettale o retto- anale, va sottoposta ad indagine cinedefecografica al fine di un approccio terapeutico.

Di completamento diagnostico per il rettocele infine, utile l'ecografia transrettale per la valutazione dello spessore della tunica muscolare del retto, di un suo assottigliamento od interruzione e grado di distensione del ponzamento.

L'esame urodinamico è un'indagine diagnostica di 2° livello dell'incontinenza urinaria e trova indicazione in caso di:

- Prolasso degli organi pelvici (svela una incontinenza latente o documenta il grado di ostruzione)
- Significativi residui post minzionali
- Ricorrente perdita urinaria refrattaria alla terapia medica
- Mancata risposta ogni due o tre mesi di trattamenti conservativi (comportamentali, riabilitativi, farmacologici)
- Incontinenza urinaria recidiva o persistente dopo intervento
- Incontinenza urinaria da sforzo in pazienti candidate all'intervento chirurgico

In accordo con quanto riportato da Abrams, nel 7-12% delle donne con diagnosi clinica di incontinenza urinaria da sforzo è presente una iperattività detrusoriale.

Solo in una minoranza di casi di incontinenza urinaria da sforzo le perdite di urina sono sincrone con il primo colpo di tosse, più spesso si manifestano dopo ripetuti colpi di tosse in concomitanza con la progressiva apertura del collo vescicale.

Nelle pazienti candidate ad intervento chirurgico è altresì importante conoscere l'eventuale presenza di ipocontrattilità del detrusore che può determinare un ritardo nella ripresa minzionale dopo intervento.

L'esame urodinamico è il risultato di diverse indagini che vengono eseguite nella stessa seduta:

- Uroflussimetria: registra il volume di urina nell'unità di tempo durante la minzione
- Cistometria: registra le variazioni di pressione vescicale in funzione del volume durante la fase di riempimento e di svuotamento
- Studio pressione-flusso: registra le pressioni vescicale ed addominale e i valori di flusso urinario
- Profilo presso rio uretrale: registra la pressione endoluminale per tutta la lunghezza dell'uretra.

### **Bibliografia**

1. G. Mobilio, G. Tallarico, P. Curti, A. D'Amico: incontinenza urinaria femminile - 2000.
2. Bortolotti A., Bernardini B., Colli E., Di Benedetto P., Giocoli Nacci G., Bandoni M., Lavezzari M., Pagliarulo A., Salvatore S., Von Herald M., Parazzini F., Artibani W.: Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy. *Eur. Urol.* 37: 30-35, 2000.
3. Parazzini F., Colli E., Origgi G., Surace M., Bianchi M., Benzi G., Artibani W.: Risk factory for urinary incontinence in women. *Eur. Urol.* 37: 637-643; 2000.
4. Baden W.F., Walzer T.: grading supportloss: the halfway system. In Baden and Walker (eds). *Surgical repair of vaginal defect*. Philadelphia J.B. Lippincott Company 13-23, 1992.
5. Richardson A.C.: The rectovaginal septum revisited: ist relationship to rectocele repair. *Clin Obstet. Gynecol* 36(4), 976-983,1993.
6. Nichols DH., Randall CL. *Vaginal Surgery* 2° ed., Williams e Wilkins, Baltimore. 14, 654, 1983.
7. De Lancey JO: *Clin Obst. Gynec*: 36, 4, 1993.
8. Richardson AC. Et al: *Am J Obst Gynecol.* 126: 568-573, 1976.
9. *Neuro-Urology and Urodynamics*. Edited by SV Yella, E.J. McGuire, A. Bbadawi and JB Blaivas. Mac millian Publishing Company, 1988.