

Il management diagnostico della Incontinenza urinaria femminile nella pratica clinica*

Patrizio Farnelli, Michela Ceccarini, Alessandra Parodi, Federica Rosati, Marco Stefanetti, Gianluca Verocchi, Antonio Cerreoni

* Ospedale Infermi Rimini (Direttore: Dott. Antonio Cerreoni)

Riassunto

Con il presente articolo gli AA cercano di tracciare un iter esaustivo relativamente alla diagnosi della incontinenza urinaria femminile. Viene sottolineato come l'aspetto diagnostico sia fondamentale nel determinare l'approccio terapeutico per questo disturbo di importante dimensione sociale. Vengono qui indicate le procedure più semplici da applicare nella pratica clinica per giungere ad una corretta valutazione della paziente incontinente.

Parole chiave

Incontinenza urinaria femminile
Diagnosi

Summary

The Diagnostic Management of the Female Urinary Incontinence in the Clinical Practice

In this article the Authors try to give a full comprehensive review about urinary female incontinence diagnosis. In the work is appointed how diagnosis is the topic step to determine therapeutic approaches for this disease which is assuming social proportions. Simple procedures easy to apply to daily practice are indicated to obtain a correct evaluation of the woman affected by urinary incontinence.

Key words

Female urinary incontinence
Diagnosis

INTRODUZIONE

La International Society for Continence definisce la I.U. come una perdita di urina involontaria e obiettivamente dimostrabile.

Essa rappresenta un problema sanitario, igienico, sociale ed è una delle patologie croniche più frequenti nel sesso femminile (8).

Ne sono affette infatti circa il 14% delle donne oltre i 30 anni e oltre il 50% di quelle residenti nelle case di riposo, condizionando elevati costi economici e sociali.

L'incontinenza urinaria, per quanto frequente, non deve essere mai considerata normale dal momento che rappresenta sempre il sintomo di un problema sottostante; indipendentemente dall'età e dall'assetto psicofisico, essa può essere curata e comunque sempre migliorata (10, 11). È necessario quindi che venga sempre trattata (2). La branca della medicina che si interessa dei problemi legati all'incontinenza urinaria femminile è la uroginecologia. Affermatasi come specializzazione riconosciuta da circa quindici anni, oggi riveste grande interesse per i problemi trattati.

EPIDEMIOLOGIA DELLA I.U.

Si riscontra nel 26% delle donne tra i 35 e i 55 anni; nel 57% nelle donne tra i 55 e 65 anni (7).

ETIOPATOGENESI E CLASSIFICAZIONE

L'incontinenza urinaria è così classificata (3):

- da deficit anatomico e/o sfinterico (GSI)
- da instabilità detrusoriale (ID)
- mista
- I.U. da sforzo (Stress Incontinence) (49% dei casi)

- I.U. da urgenza (Urge Incontinence) (22% dei casi)
- I.U. mista (29% dei casi)

La IUS è un sintomo che origina dall'alterazione dei muscoli, nervi e connettivi del pavimento pelvico. Negli ultimi anni più che alla alterazione anatomica la IUS viene riferita ad una genesi multifattoriale, compresa anche una alterata coordinazione del sistema muscolare e nervoso (4).

Il presupposto idrodinamico per la continenza è che esista un gradiente pressorio uretrovescicale positivo: ciò si realizza con resistenze uretrali superiori alla pressione detrusoriale sia in condizioni di riposo che durante gli aumenti di pressione addominale.

È necessario, perché ciò avvenga, che le singole strutture coinvolte nella funzione sfinterica siano integre e normofunzionanti.

Probabilmente intervengono una serie di cause, diverse di volta in volta (9, 4).

CLINICA

La tipologia delle pazienti che devono essere sottoposte ad indagini uroginecologiche è rappresentata (8) da tutte coloro che:

- hanno persistenza di sintomi urinari dopo semplici trattamenti
- sono candidate ad interventi chirurgici per la correzione dei problemi uroginecologici
- hanno subito trattamenti senza risultato.

Management clinico della I.U.

La prima conferenza sulla incontinenza urinaria femminile (Monaco 1998) e successiva-

mente la seconda (Parigi 2002) hanno indicato che il percorso diagnostico da seguire in tema di I.U. femminile è essenzialmente basato su 3 step:

- Anamnesi e inquadramento dei sintomi
- Esame fisico
- Indagini strumentali (urodinamica, diagnostica per immagini, test di valutazione neurofisiologica).

Presso la U.O. di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale "Infermi" di Rimini il management clinico diagnostico della I.U. viene condotto attraverso il seguente percorso che ricalca le indicazioni delle conferenze di Parigi e di Monaco:

1. Inquadramento anamnestico dei sintomi urinari
2. Esame fisico della paziente
3. Indagini strumentali
4. Inquadramento diagnostico e compilazione della scheda uroginecologica
5. Pianificazione terapeutica.

Inquadramento dei sintomi urinari

L'inquadramento dei sintomi urinari è volto principalmente a stabilire l'esistenza del sintomo "perdita di urina" e a valutarne l'entità e gli eventuali fattori associati.

La valutazione dell'effettiva esistenza di perdita di urina viene eseguita sia in maniera anamnestica sia obbiettivando l'esistenza del sintomo.

L'approfondimento anamnestico avviene tramite questionario autosomministrato per ridurre le differenze di interpretazione (es. Urogenital distress Inventory o King's Health questionnaire) (6) e sollecitando la paziente a compilare con cura il diario minzionale.

L'obbiettivazione del sintomo avviene invece tramite l'esecuzione dello stress test e del Pad test (12).

Una volta stabilita la reale esistenza del sintomo "perdita di urina" è necessario eseguire un'accurata valutazione dell'entità e della qualità del sintomo. Si determinano a tal scopo: lo Score di Ingellmann-Sundberg; la frequenza mitto (patologica se >7vv di); la Frequency volume chart (importante nella valutazione del diabete mellito e insipid); l'esistenza di sintomi associati quali nicturia, enuresi notturna, incontinenza coitale, minzione incompleta (frequente nei prolassi), sintomi

di urgenza disuria e pollachiuria (classicamente nella distrofia del trigono vescicale (12).

Importante è anche la valutazione dei fattori internistici associati che possono essere essi stessi determinanti della incontinenza urinaria:

- infettivi: infezioni urinarie
- respiratori: bronchite cronica
- cardiovascolari: ipertensione
- gastrointestinali: stipsi
- neurologici: sclerosi multipla, trauma spinale, ernia discale
- endocrini: diabete, menopausa, obesità
- psichiatrici

Esame fisico

Oltre all'esame generale della paziente vanno eseguiti i seguenti:

- Esame Obiettivo Uroginecologico
- Stress Test
- Pad test
- Residuo Minzionale
- Q tip test
- Test di Bonney
- PC test
- Profilo vaginale

L'Esame Obiettivo Uroginecologico consiste nella valutazione del:

- Profilo Vaginale sec. Beecham (distingue Cistocele, Isterocele e Rettocele di I, II e III grado) (11;12);
- oppure del Profilo Vaginale sec. Baden Walker (distingue cistocele, uretrocele isterocele colpocele e elitrocele da 0 a 4 rispetto all'imene)(11; 12).

Per la valutazione del prolasso uterovaginale:

- PC test (valutazione dei fasci muscolari pubococcigei - testing perineale). Tenuta per 5" (modesta, discreta, buona), affaticabilità per 5 vv. consecutive (assente, modesta, discreta).
- Q tip test: per la valutazione della mobilità della giunzione uretro-vescicale - Eventuale valutazione neurologica (11, 12, 8, 9).

Indagini Strumentali

- *Cistoscopia*: importante nella urge inc. per escludere altre patologie vescicali, nel sospetto di fistole e nella valutazione di lesioni iatrogeniche

- *Cistouretrografia, Ecografia, TAC e RMN* nello studio del tratto urinario superiore. L'imaging è riservato ai casi di Incontinenza neu-

rogena e overflow (10)

- *Elettromiografia*: registra l'azione dello sfintere striato in corso di riempimento vescicale, studia anche l'attività dei diversi muscoli perineali per evidenziare eventuali anomalie neurologiche

- *Urodinamica*: ha un ruolo primario nello studio della disfunzione della paziente incontinente, ma da sola non è adeguato a porre diagnosi, se non in un contesto che tenga conto dell'inquadramento anamnestico e dell'esame fisico (1).

L'esecuzione di questo insieme di indagini porta all'inquadramento diagnostico articolato della paziente affetta da incontinenza urinaria e si concretizza con la compilazione della scheda uroginecologica individuale (1, 5). Riportiamo di seguito un esempio dei dati rilevati in una scheda uroginecologica in uso presso la nostra unità operativa.

- Anamnesi uroginecologica: Pz. Incontinenza sotto sforzo; riferisce nicturia e urge
- Anamnesi ostetrico-ginecologica: 2 figli > 4000 g; menopausa da 3 anni
- Anamnesi clinica: diabete insulino dipendente.

Valutazione obiettiva

- SIS: 6-8
- Stress test e Pad test: altamente positivo
- Test di Bonney: positivo
- PC test: affaticabilità presente; simmetria assente
- Profilo vaginale: cistocele posteriore di II grado, isterocele di II grado, rettocele I.

Valutazione strumentale

- Cistoscopia: distrofia trigonale
- Urodinamica: a) cistometria: presenza di onde detrusoriali non inibite con fuga a 200 cc di riempimento; b) PPU: lunghezza funzionale nella norma P clo max 60 cm acqua; c) Flussimetria: uso del torchio addominale; presenza di contrazione intrinseca del detrusore; residuo post-minzionale 70 cc.

Valutazione finale

Incontinenza urinaria mista grave con componente di urge mista (da distrofia e metabolica) e componente di incontinenza da stress prevalentemente anatomica associata a profilo vaginale alterato con ipermobilità uretrale e deficit del piano perineale.

Pianificazione terapeutica

- Intervento chirurgico di correzione del profilo vaginale
- Intervento chirurgico di correzione della Stress Incontinence (5, 6)
- Intervento di correzione del deficit del pianto perineale
- Terapia farmacologica post operatoria: sostitutiva locale per distrofia del trigono, sistemica con anticolinergici ad azione rilassante diretta (ad es. tolterodina 2,5 mg x os di) per ridurre l'instabilità post operatoria
- Eventuale riabilitazione perineale post operatoria

PIANIFICAZIONE TERAPEUTICHE

Mancano a tutt'oggi strumenti che consentano di identificare la patogenesi della IUS in una singola paziente e che codifichino il trattamento di elezione con il massimo indice di cura e di morbilità.

È necessario quindi introdurre il concetto di pattern di guarigione in uroginecologia. Infatti non vi è certezza di guarigione completa dal sintomo, ma di miglioramento in maniera più o meno accentuata e duratura.

È inoltre necessario tracciare per ogni singola paziente un planning terapeutico individuale, pianificando con cura e in maniera personalizzata l'intervento a livello chirurgico, farmacologico e riabilitativo pre e ope-

riorio. Su questo argomento sono in corso ulteriori comunicazioni da parte degli AA.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

A conclusione di questo breve excursus sull'atteggiamento clinico diagnostico tenuto presso la nostra U.O. relativamente alle problematiche della Incontinenza Urinaria dobbiamo dire che ci premeva in particolar modo dare indicazioni chiare e lineari sul percorso normalmente seguito nell'inquadramento delle pazienti incontinenti. In questo senso ricerchiamo anche il confronto aperto e serrato con i centri che si interessano di incontinenza urinaria femminile, con l'auspicio di creare modelli comuni applicabili nella pratica clinica quotidiana anche per l'attività diagnostica.

BIBLIOGRAFIA

1. Agnev G, Byrne P. The evaluation and treatment of female urinary incontinence - a comparison of clinical practice in the Republic of Ireland with the recommendation International Continence Society. *Ir Med J* 2004; 97(8):238-40 (ISSN: 0332-3102)
2. American Institute of Health – Annual Report 1988
3. C. Kelleher in *Uroginecology* by Linda Cardozo pag. 22 – Churchill Livingstone ed 1988

4. De Lancey J. Patophysiology of IUS. *World J Urology* 1997; 3:23-26

5. Farrell SA, Epp A, Flood C, Lajoie F, MacMillan B, Mainprize T, Robert M. The evaluation of stress incontinence prior to primary surgery. *J Obstet Gynaecol Can* 2003; 25(4): 313-24 (ISSN: 1701-2163)

6. Hirai K, Sumi T, Kanaoka Y, Ishiko O. Female urinary incontinence: diagnosis, treatment and patients' concerns. *Drugs Today (Barc)* 2002; 38(7):487-93 (ISSN:1699-3993)

7. Klausner AP, Mt Sinai. *J Med Jan* 2003; pag. 54-60

8. Cardozo L. *Uroginecology* pp 30-35; Churchill-Livingstone ed 1998

9. Cardozo L. *Uroginecology* pp 60-67; Churchill-Livingstone ed 1998

10. Martin JL, Williams KS, Abrams KR, Turner DA, Sutton AJ, Chapple C, Assassa RP, Shaw C, Cheater F. Systematic review and evaluation of methods of assessing urinary incontinence. *Health Technol Assess* 2006; 10(6): 1-132, III-IV (ISSN: 1366-5278)

11. Niederstadt C, Doering T. German Society for General Medicine -guidelines for urinary incontinence: content and development. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2003; 97(4-5): 321-7 (ISSN: 1431-7621)

12. Sand P, Ostergard D. *Urodynamics and evaluation of female incontinence*. Springer Verlag (London) 1997