13

CONTRIBUTI

Trattamento dell'incontinenza urinaria

GABRIELLA TORRISI
Responsabile Uos Fisiopatologia del pavimento pelvico

GIUSEPPE ETTORE
Direttore Dipartimento Materno Infantile Arnas Garibaldi Nesima - Catania

AMEDEO MODIGLIANI
Ritratto di Jeanne Hébuterne, 1918 (particolare)

L'INCONTINENZA URINARIA (UI) rappresenta una condizione clinica altamente frequente nella popolazione femminile (prevalenza del 15%-20% nelle donne tra i 45-50 anni e del 35% nelle donne anziane e "fragili), che impatta in misura rilevante sulla qualità di vita della donna che ne è affetta, riducendone l'autostima.

Secondo i dati della Fondazione Italiana Continenza 3,7 milioni di donne in Italia soffre di questa patologia, che possiamo definire di genere per il rapporto di 2,7 ad 1 tra i due sessi. In termini economici la UI in Italia genera costi stimabili in circa 3,3 miliardi di euro/anno. Le forme cliniche di UI di comune riscontro sono tre: incontinenza da sforzo (IUS), da urgenza (UUI)/vescica iperattiva e mista (MUI). Il management diagnostico/clinico fa riferimento agli "algoritmi gestionali delle più recenti linee guida internazionali (1,2,3), sia per la UI semplice che per quella complicata, con percorsi naturalmente differenziati.

L'approccio terapeutico di I livello è sempre di tipo conservativo riabilitativo o farmacologico. Obiettivo del Trattamento riabilitativo è il recupero delle performance dei muscoli elevatori dell'ano. Trova indicazione in tutte le forme di UI, modulando le tecniche a disposizione di vecchia o nuova generazione. La *Chinesiter*apia è consigliata dalle LG come il trattamento di prima linea nella IUS (LE I). I risultati migliori si ottengono con Il trattamento intensivo, di sufficiente durata (almeno 3 mesi) e supervisionato. Le evidenze scientifiche consigliano di non sostituire, ma di associare alla chinesiterapia il biofeedback o l'elettrostimolazione (LE II), sulla base di programmi riabilitati personalizzati in relazione alla tipologia di UI. La stimolazione del nervo tibiale posteriore per via percutanea o transcutanea e la stimolazione magnetica funzionale, che utilizza i campi magnetici ad alta intensità per stimolare la muscolatura perineale, sono trattamenti riabilitati che vengono efficacemente impiegati nel trattamento rispettivamente della UUI, della IUS e della MUI (LEII).

L'efficacia del trattamento farmacologico nella UUI/vescica iperattiva *con* antimuscarinici (solifenacina, oxibutinina, tolterodina, trospio) e beta 3 agonisti (mirabegron e vibegron) è consolidata (raccomandazione di grado A). L'alto costo della terapia e gli effetti collaterali nelle pazienti anziane spiegano la scarsa aderenza al trattamento per tempi prolungati. Le LG consigliano di associare la terapia estrogenica topica nelle donne in postmenopausa con atrofia vaginale.

Di recente introduzione per la cura delle forme lievi di IUS il trattamento con laser non ablativo erbio: YAG che stimola la collagenosintesi migliora il supporto uretrale e la sintomatologia. L'insufficienza dei dati sull'efficacia e la sicurezza di tale procedura ne limita l'utilizzo di routine.

Se la terapia conservativa fallisce o la UI è complicata (UI ricorrente o UI con ematuria, cistiti ricorrenti, prolasso genitale, chirurgia radicale della pelvi) si passa al trattamento di II linea, prevalentemente chirurgico. Esistono solide prove (LE1) a supporto dell'efficacia della chirurgia mininvasiva della IUS praticata da quasi 30 anni. Le sling retropubiche, trans otturatorie out-in o in - out e le più recenti single incision, rappresentano l'intervento di prima scelta nella correzione della IUS con uretra ipermobile con tassi di cura del 70%- 90%, che si mantengono nel tempo e complicanze accettabili a fronte del netto miglioramento della qualità di vita delle pazienti. Nella IUS con uretra ipomobile è il Bulking uretrale con sostanze volumizzanti l'opzione terapeutica meno invasiva per Ie pazienti in età avanzata con comorbilità o per le donne che non desiderano intervento chirurgico invasivo. Il tasso di cura è inferiore rispetto alle sling ed il trattamento ripetibile. Tecnica innovativa è l'iniezione periuretrale di cellule staminali mesenchimali prelevate dal tessuto adiposo della paziente che rigenerando il tessuto volumizzano la muscolatura uretrale. Sono necessari i studi clinici su larga scala per confermare l'efficacia a lungo termine di questo trattamento.

Nella urgenza e nella vescica iperattiva refrattarie alla terapia conservativa/farmacologica ricorriamo all'Infiltrazione intra-detrusoriale di Tossina botulinica, trattamento efficace (grado di raccomandazione A), ma di durata temporanea e gravato dal rischio di ritenzione ed autocateterismo. L'ultimo step è la Neuromodulazione sacrale che utilizza uno stimolatore impiantato in regione glutea per ripristinare i circuiti funzionali della minzione e della continenza fecale (grado di raccomandazione A).

Una riflessione per concludere: l'UI è un problema emergente per l'invecchiamento della popolazione. Esistono molteplici possibilità di trattamento, ma la vera grande criticità è l'accesso alle cure che non è omogeneo sul territorio nazionale e sebbene l'accordo stato regione per la creazione di una rete incontinenza sia stato siglato nel 2018, le uniche regioni italiane in cui la rete è stata attivata sono Piemonte e Veneto. È necessario quindi uno sforzo politico collettivo per dare pari opportunità a tutte le donne italiane

BIBLIOGRAFIA

1. Linda Cardozo, Eric Rovner, Adrian Wagg, Alan Wein, Paul Abrams, P (Eds) Incontinence 7th Edition (2023). ICI-ICS. Interntional Continence Society, Bristol UK, ISBN: 978-0956960733

2. European Association of Urology (EAU) Guide line 2023

3. NICE Guide line Urinary incontinence in women Last updated: 09 December 2021