

Incontinenza Urinaria da Sforzo

Una Guida per le Donne

1. Cos'è l'incontinenza urinaria da sforzo?
2. Come funziona la vescica?
3. Cause di incontinenza urinaria da sforzo
4. Come si fa diagnosi di incontinenza urinaria da sforzo?
5. Quali indagini possono essere eseguite?
6. Quali sono le mie opzioni terapeutiche?

Cos'è l'incontinenza urinaria da sforzo?

L'incontinenza urinaria da sforzo (IUS) è l'involontaria perdita di urine durante gli sforzi come il tossire, lo starnutare, il sollevare pesi, il ridere, o il fare esercizio fisico. La IUS colpisce circa il 10-20% delle donne, molte delle quali non sanno che esistono semplici ed efficaci opzioni terapeutiche. La IUS interferisce con la qualità di vita delle donne in molti modi. L'incontinenza può limitare le relazioni sociali ed interpersonali come anche l'attività fisica.

Come funziona la vescica?

La capacità di trattenere e poi eliminare le urine richiede una complessa serie di attività che interessano il cervello, la vescica, l'uretra (canale che consente il passaggio dell'urina dalla vescica urinaria all'esterno), i muscoli e i nervi del pavimento pelvico. L'urina prodotta dai reni giunge in vescica attraverso dei canali chiamati ureteri. Il rilasciamento del muscolo vescicale (detrusore) e la contrazione del muscolo uretrale (sfintere) permette alla vescica di riempirsi e trattenere l'urina. Quando la vescica si riempie oltre un certo livello, si avverte l'urgenza di urinare. Quando si raggiunge un luogo adeguato per urinare, il cervello segnala al muscolo detrusore di contrarsi ed allo sfintere uretrale di rilassarsi, permettendo così la fuoriuscita di urina.

La vescica generalmente necessita di essere svuotata circa 4-7 volte durante il giorno e 1-2 volte durante la notte. L'uretra e la vescica sono supportate dai muscoli del pavimento pelvico, che si contraggono durante la tosse, lo starnuto e l'esercizio fisico allo scopo di prevenire le perdite. Un mal funzionamento del muscolo vescicale, dello sfintere uretrale o dei muscoli del pavimento

pelvico così come uno scarso supporto uretrale possono causare una perdita involontaria di urina.

Cause di incontinenza urinaria da sforzo

- Gravidanza e parto vaginale
- Obesità, tosse cronica, attività fisica pesante e stitichezza possono causare un aumento della pressione addominale ed aggravare l'incontinenza urinaria da sforzo
- Fattori ereditari (madre o sorella incontinente ecc.)

Come il mio medico fa diagnosi di IUS?

Il tuo medico ti porrà domande riguardo le attività che possono causare una perdita involontaria di urina e ti visiterà per verificare se ci sono altri problemi rilevanti, come il prollasso utero-vaginale. Le donne con IUS possono presentare anche incontinenza urinaria da urgenza, o incontinenza di feci o gas. Non sentirti imbarazzata a parlare al tuo medico di tali problemi.

Quali indagini possono essere eseguite?

- Il tuo medico potrà chiederti di tossire a vescica piena.
- Ti potrà essere chiesto di compilare un diario minzionale, segnalando quanto bevi, il numero di minzioni giornaliere, il volume urinato e le eventuali perdite.
- Il tuo medico ti potrà suggerire un esame urodinamico per capire se la vescica si riempie e svuota normalmente. Questo esame consentirà al tuo medico di capire meglio il meccanismo o causa dell'incontinenza.
- Un esame ecografico potrà essere utile per capire se la tua vescica è in grado di svuotarsi completamente attraverso la misurazione del residuo urinario post-minzionale (quanta urina rimane in vescica dopo che hai urinato). Questo esame consentirà anche di identificare se ci sono altre cause dei tuoi sintomi urinari.
- Un esame delle urine è utile per cercare eventuali infezioni urinarie (cistite). Tali esami sono previsti per pianificare il miglior trattamento per ogni singola paziente.

Quali sono le mie opzioni terapeutiche?

Il tuo medico ti illustrerà le opzioni terapeutiche più adatte al tuo caso, ma inizialmente ti potrebbe

essere raccomandato un trattamento conservativo.

Cambiamenti generali dello stile di vita

Cercare di bere abbastanza (circa 1,5-2 l) per urinare dalle 4 alle 6 volte al giorno. E' stato dimostrato che mantenere un peso nella norma riduce la gravità dei problemi legati all'incontinenza da sforzo; può anche essere utile evitare la stitichezza e smettere di fumare.

Esercizi per il pavimento pelvico

Gli esercizi possono essere efficaci per migliorare i sintomi della IUS determinando una riduzione delle perdite urinarie in più del 75% delle pazienti. I benefici di tali esercizi sono massimizzati se eseguiti regolarmente per un periodo di circa 3-6 mesi. Puoi rivolgerti ad un fisioterapista specializzato in tali tecniche. In caso di un' incontinenza urinaria mista (da sforzo e da urgenza), il tuo medico può anche prevedere esercizi di ginnastica (training) vescicale.

Dispositivi per la continenza

Sono disponibili dispositivi per la continenza che si inseriscono in vagina per evitare le perdite involontarie di urina. Tali dispositivi possono essere inseriti prima dell'attività fisica o, nel caso del pessario, tenuto in maniera continua. Alcune donne utilizzano tampone vaginali prima dell'attività fisica. Tali tipi di dispositivi sono particolarmente adatti per le donne minima incontinenza urinaria o in attesa di un trattamento chirurgico anti-incontinenza.

Ho fatto gli esercizi ma ho ancora il problema. Che tipo di chirurgia ho a disposizione?

Lo scopo della chirurgia è di correggere o sostenere qualunque debolezza dei supporti uretrali. Molti chirurghi vorrebbero ritardare l'intervento fino al momento in cui la donna decida di non avere più figli perché una gravidanza può compromettere i risultati ottenuti con la chirurgia.

Procedure di sling medio-uretrali

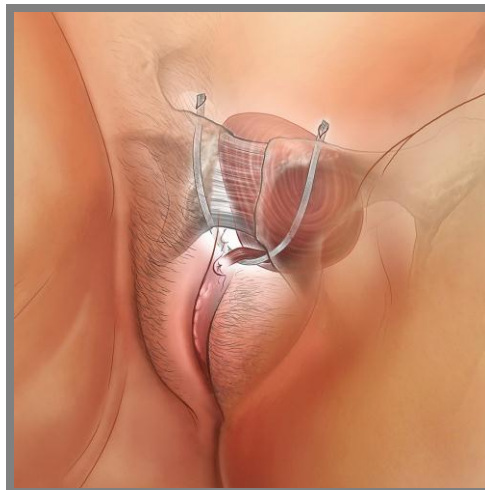
Prima del 1993 il trattamento della IUS spesso prevedeva una chirurgia con incisione addominale. Oggi il trattamento più comune prevede l'uso di una sling permanente che giace sotto l'uretra media. La sling agisce creando un supporto all'uretra quando tossisci, starnutisci o svolgi esercizi. Attraverso una piccola incisione nella vagina, la sling può essere posizionata in diversi modi:

La *Sling Retropubica* passa sotto l'uretra, poi decorre dietro l'osso pubico (sinfisi) e la benderella esce attraverso due piccole incisioni

appena sopra l'osso pubico.

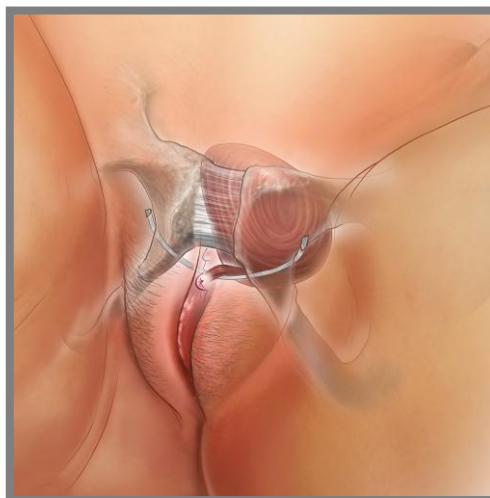
SLING RETROPUBICA

La *Sling Transotturatoria* è posizionata sotto la parte media dell'uretra e fuoriesce attraverso due incisioni nell'inguine.



SLING TRANSOTTURATORIA

La *Sling a incisione singola* passa sotto l'uretra ed è ancorata ai tessuti. Questo tipo di sling oggi non è stata ancora ben studiata.



L'80-90 % delle donne sottoposte a procedure di sling retropubica o transotturatoria ottengono un miglioramento o la cura dei sintomi della IUS. Le procedure di sling a singola incisione sono nuove e le percentuali di successo non sono ancora ben note. Tale intervento non è indicato per curare i sintomi dell'incontinenza da urgenza e/o sintomi di vescica iperattiva (urgenza minzionale e/o aumentata frequenza minzionale) sebbene più del 50% delle donne riferisca un miglioramento nei sintomi della vescica iperattiva dopo

l'applicazione della sling mentre il 5% riferisce un peggioramento di tali sintomi.

La maggior parte delle donne si riprendono dopo l'intervento nell'arco di 2-4 settimane. Alcune riferiscono un dolore inguinale per un paio di settimane. Spesso si verifica un piccolo sanguinamento vaginale nei 7-10 giorni successivi all'intervento.

Colposospensione sec. Burch

Per molti anni è stato considerato come il principale intervento per il trattamento della IUS. E' eseguito attraverso un approccio laparotomico (una incisione addominale bassa di 10-12 cm) o attraverso un approccio laparoscopico. L'intervento prevede l'utilizzo di 4-6 suture permanenti per sospendere il tessuto vaginale che giace sotto la vescica all'osso pubico. Questo permette di sostenere il collo vescicale e l'uretra e ristabilire la continenza. La colposospensione di Burch con approccio laparotomico presenta un tasso di successo a lungo termine simile a quello delle sling retropubiche. Risultati simili possono essere ottenuti da chirurghi esperti attraverso l'approccio laparoscopico.

Agenti iniettabili

Alcune sostanze possono essere iniettate nello sfintere uretrale al fine di aumentarne lo spessore. Tali agenti determinano una chiusura o riduzione del calibro dell'uretra. Diverse sostanze possono essere utilizzate tra cui tessuto adiposo e collagene. Altre sostanze che rimangono nei tessuti più a lungo possono essere utilizzate. L'iniezione viene effettuata utilizzando un ago che può essere introdotto attraverso la cute periuretrale o direttamente nell'uretra. L'intervento dura poco e può essere eseguito in anestesia generale o locale. Dopo l'intervento è abbastanza comune una sensazione di bruciore o fastidio quando si urina. Sebbene molti chirurghi hanno descritto buoni risultati, tale intervento ha una percentuale di successo inferiore rispetto agli interventi di sling. Talvolta le iniezioni devono essere ripetute. Le complicanze dipendono dal tipo di agente utilizzato e devono essere spiegate e discusse prima dell'intervento con il chirurgo.



Le informazioni contenute in questo opuscolo devono essere utilizzate esclusivamente a scopo informativo e non per fare diagnosi o decidere il trattamento di una condizione clinica specifica. Questi compiti devono essere eseguiti esclusivamente da personale medico o figura professionale specializzato.



Tradotto da: Pasquale Gallo, MD; Alex Digesu, MD;
Gianni Baudino, MD

©2011