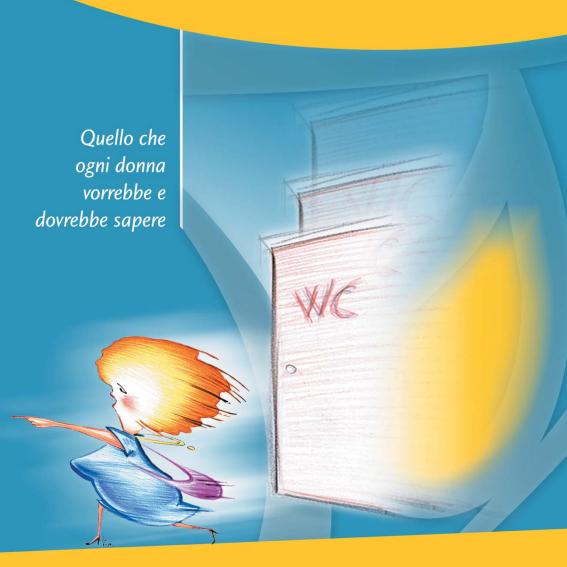


L'INCONTINENZA URINARIA nella donna



Introduzione

La consapevolezza dei problemi è la chiave che apre la porta alle possibili soluzioni.

L'incontinenza urinaria rappresenta oggi uno degli ultimi tabù in un'epoca che ha pressochè demolito tutti i restanti. Di perdita involontaria d'urina si parla poco e mal volentieri, e questo atteggiamento aumenta la percezione di umiliazione personale e di rassegnazione che spesso ingabbia chi ne è affetto.

Questo opuscolo informativo sulla incontinenza urinaria femminile ha lo scopo principale di rompere il tabù, di parlare del problema con semplicità e chiarezza. Conoscere vuol dire mettersi nelle migliori condizioni per affrontare e risolvere.

L'auspicio è che il lettore realizzi che si tratta non di un tabù da occultare ma di un problema come molti altri, da valutare e trattare con le molte frecce che oggi abbiamo al nostro arco.

Siamo grati al Prof. Claudio Simeone che ha saputo produrre un testo che combina alla facile comprensione e semplice fruibilità, la completezza ed appropriatezza di contenuti.

Questo opuscolo vuole essere il primo di una serie di opuscoli divulgativi a cura della Fondazione italiana continenza, con lo scopo dichiarato di informare e diffondere consapevolezza sul tema della incontinenza urinaria.

Fondazione italiana continenza

Presidente W. Artibani

Presidente Comitato Scientifico R. Carone

L'INCONTINENZA URINARIA NELLA DONNA



L'incontinenza urinaria è un problema importante per molte donne, ma è confessato solamente da poche.

Eppure, questo disturbo, se affrontato in modo adeguato, può essere sconfitto o tenuto sotto controllo in modo molto efficace.

Che cos'è l'incontinenza urinaria?

L'incontinenza urinaria è l'incapacità di controllare e trattenere perdite di urina.

Fughe d'urina, anche piccole, possono costituire un problema di disagio sociale, oltre che di igiene.

Si stima che circa una donna su tre soffra di questo disturbo.



messi a dura prova dura

Nella donna, ad esempio, questi organi vengono spesso messi a dura prova durante il parto naturale.

L'incontinenza d'urina è più frequente proprio nelle donne che hanno avuto uno o più figli partoriti per via vaginale.

Inoltre, nelle donne in menopausa, vescica ed uretra, gli organi che, in condizioni nor-

mali permettono di eliminare l'urina solo quan-

do realmente lo si vuole, sono bersaglio di importanti trasformazioni.

L'incontinenza può comunque manifestarsi a qualsiasi età: non risparmia donne giovanissime (in circa il 20% dei casi i disturbi compaiono addirittura prima dei 30 anni ed in oltre il 40% dei casi il sintomo si manifesta tra i 30 e i 50 anni), ma il disturbo è certamente più diffuso nelle donne dopo i 60 anni.

Almeno un terzo delle donne anziane lamenta questo problema, che è presente in oltre la metà di coloro che sono assistite in casa di riposo.

La più frequente forma di incontinenza è quella da sforzo, cioè la perdita che avviene durante un'attività fisica, un colpo di tosse, un movimento, uno sforzo appunto (50% circa dei casi).

L'incontinenza da urgenza, che è preceduta da un intenso ed impellente desiderio di urinare, è meno frequente (circa il 15% dei casi), ma nel rimanente 35% delle donne incontinenti sono presenti entrambe le forme in modo associato (incontinenza mista).

Va tenuto presente comunque che l'incontinenza urinaria è uno dei disturbi che, pur molto diffusi nella popolazione femminile, sono meno diagnosticati. Si stima che il numero delle donne incontinenti sconosciute sia almeno 2-4 volte maggiore rispetto a quello dei casi noti, le donne cioè che chiedono di essere curate.

Tipi di incontinenza

L'incontinenza è classificata sulla base delle modalità con cui si presentano i sintomi.

Nella donna, ne esistono tre tipi principali:

1. l'incontinenza da sforzo, che si manifesta quando aumenta la pressione dell'addome sulla vescica in occasione di uno sforzo fisico, ma anche quando semplicemente si ride, si tossisce, si starnutisce o durante un movimento; in genere dipende da una lesione della zona pelvica che circonda l'uretra, come può avvenire in seguito al parto naturale o, molto più semplicemente, all'invecchiamento dei tessuti.

2. L'incontinenza da urgenza, provocata spesso da contrazioni irrefrenabili ed incontrollabili della vescica, con una vescica iperattiva, è dovuta ad una specie di instabilità della vescica stessa. Si tratta di una condizione che può insorgere senza un motivo preciso, ma che può far seguito a problemi neurologici od anche ad interventi chirurgici specie

sugli organi vicini alla vescica (ad esempio sull'utero...).

3. L'**incontinenza mista**, nella quale sono presenti i sintomi caratteristici di entrambi i tipi.

Tra le altre possibili forme di incontinenza, vi è la cosiddetta **incontinenza da rigurgito**, che è certamente molto più rara nelle donne rispetto agli uomini, nei quali l'ingrossamento della prostata può ostacolare il vuotamento normale della vescica durante la minzione.

Anche nelle donne con incontinenza da rigurgito, la vescica è incapace di svuotarsi in modo sufficiente e rimane troppo piena facendo traboccare l'urina. In questa situazione, la perdita di urina può avvenire in modo continuo, a goccia a goccia, con minzioni conservate di piccole quantità ed è solitamente presente sia di giorno che di notte, durante il sonno.

La Qualità di Vita

L'incontinenza urinaria non è pericolosa per la salute, se non nei casi più gravi, quando sia associata ad immobilità e scarsa igiene della paziente.

In questi casi, l'incontinenza urinaria può contribuire ad aggravare i decubiti cutanei, con lesioni della pelle che compromettono sempre più lo stato di salute del soggetto.

L'incontinenza urinaria, nella maggior parte dei casi, mina però la vita di tutti i giorni.

L'incapacità di controllare la perdita di urina, oltre a problemi igienici, provoca infatti disagio fisico, ma anche psicologico, suscitando sentimenti di imbarazzo e di vergogna.

Si tende sempre di più ad evitare le situazioni imbarazzanti, i luoghi che non si conoscono (dove non si sa se si può

trovare un bagno in fretta!), i contatti sociali e può limitare anche l'attività lavorativa e la vita sessuale.

Si alimenta così un circolo vizioso, in cui la mancanza di comunicazione può aggravare il senso di frustrazione.

Cosa fare? Parlane con il tuo medico

Gran parte delle pazienti non parla a nessuno del proprio disturbo, più della metà non si cura.

Secondo alcune ricerche circa due terzi delle donne incontinenti non si rivolge al medico o aspetta molti anni a farlo.

Di conseguenza il trattamento può risultare poi più difficile perché il problema si aggrava.

La tendenza a rimuovere il problema o a minimizzarlo, sembra quindi molto comune e rappresenta l'ostacolo principale ad una cura tempestiva ed efficace.

La perdita d'urina può non essere

da vivere



,

Il test

Prova a rispondere a queste domande, perché sono quelle che ti sentirai rivolgere dal medico:

- 1. Quante volte fai pipì durante le 24 ore?
- 2. Quante volte durante il giorno?
- 3. Quante volte ti svegli durante la notte per andare in bagno ad urinare?
- 4. Quante volte senti un forte ed improvviso bisogno di urinare che hai paura di non controllare o che controlli con molta difficoltà?
- 5. Ti capita di avere perdite di urina durante una risata, un colpo di tosse, uno starnuto, un salto, una corsa, sollevando un peso?
- 6. Quando non riesci a trattenerti, quanta urina perdi?
- 7. Da quanto tempo soffri di questi sintomi?
- 8. Attualmente stai prendendo dei medicinali legati a questi problemi (incluse sostanze e prodotti che non richiedono ricetta medica)?
- 9. Utilizzi salvaslip, assorbenti, pannolini o altro mezzo? Quante volte lo sostituisci durante la giornata?

I medici tendono ad inquadrare la gravità dell'incontinenza urinaria in quattro gradi:

Minima, quando la donna incontinente non fa uso di pannolini e le sue attività sociali non risultano compromesse.

Modesta, quando invece il ricorso ai vari dispositivi di protezione è saltuario, ma i rapporti sociali e lavorativi non sono sostanzialmente compromessi.

Discreta, allorché l'impiego delle misure protettive è praticamente costante e le occasioni d'incontro con gli altri cominciano a diventare problematiche.

Grave, infine, quando pannolini o pannoloni sono una compagnia costante, le attività sociali e lavorative subiscono pesanti restrizioni e diventa necessario ricorrere all'aiuto di altre persone.

LA DIAGNOSI



Lo Specialista e gli esami

La scelta migliore per arginare le perdite è rivolgersi al dottore di famiglia che può giocare un ruolo chiave nell'accertare ed anche nel trattare i disturbi dell'incontinenza urinaria.

Ma l'ambulatorio del nostro medico è anche un crocicchio nevralgico nel senso che da qui la paziente potrà poi essere indirizzata ed affidata alle mani di medici specializzati, coinvolti nella cura e gestione dell'incontinenza urinaria: **Urologi**, sicuramente esperti di questo problema, ma anche **Ginecologi**, ricordando come proprio le donne siano così soggette a questo disturbo; **Fisiatri**, esperti nell'insegnare alle pazienti a rieducare la vescica con norme di comportamento ed irrobustire i muscoli del pavimento pelvico con una ginnastica corretta ed ancora **Geriatri** nella terza età o **Neurologi** per quei casi particolari in cui una malattia del sistema nervoso sia la causa principale del problema urinario.

In molti casi non sono necessari esami specifici, perché la chiarezza dei sintomi permette al medico di fare subito la diagnosi.

Una visita, eventualmente associata ad **un test da sforzo**, cioè l'osservazione diretta da parte del medico della fuga di urina durante un colpo di tosse, costituisce la verifica delle modalità con cui avviene la perdita d'urina, specie nel caso la persona soffra di incontinenza da sforzo.

Se poi è opportuno procedere ad accertamenti, i primi esami cui sottoporsi sono **un'analisi delle urine con un'urinocoltura**.

CIOVEDI

... il mio diario

colpo di tosse

mminaro

sellevavo

ogni minzione e la quantità di urina emessa (scrivendo anche se è riuscita o

In pratica la persona non deve far altro che annotare, per alcuni giorni, l'ora di

meno a raggiungere la toilette in tempo utile, senza perdere).

Il risultato finale è una tabella attendibile delle abitudini minzionali.

Vengono riportate anche le fughe d'urina durante le normali attività quotidiane, le cause scatenanti, quali un colpo di tosse e può essere annotata la necessità di sostituire gli assorbenti.

Il diario minzionale è sicuramente un documento utile per inquadrare la natura e la gravità del problema incontinenza.

Una semplice analisi dell'urina consente al medico di scartare alcuni problemi quali l'infezione urinaria, che può generare nella persona il bisogno improcrastinabile di urinare ed anche episodi di incontinenza da urgenza.

Se l'incontinenza non si presenta come unico sintomo, essa può essere associata a disturbi quali difficoltà, dolore o bruciore durante la minzione. Anche i cambiamenti del colore delle urine, specie per presenza di sangue (ematuria), vanno sempre indagati.

In questi casi, l'ecografia diviene un'indagine molto utile alla ricerca di alcune malattie della vescica, talora anche gravi, che molto più raramente, possono provocare incontinenza.

Queste patologie dovranno essere curate con trattamenti specifici.

L'ecografia eseguita dopo una minzione è anche in grado di rivelare un possibile ristagno o residuo di urina rimasto nella vescica e non espulso con la minzione normale.

Se questi test danno un risultato normale, allora si procederà eventualmente ad altri esami, che saranno richiesti dallo specialista a seconda delle diverse situazioni.

Diario minzionale

Come in una agenda personale o nel diario del cuore

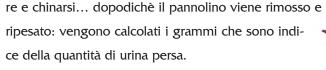
E' la registrazione delle minzioni e dei problemi compilata accuratamente dalla stessa persona incontinente: mira a studiare il modo con cui

la vescica si comporta e l'urina "scappa".

Test del pannolino (Pad-test)

La donna deve indossare un pannolino di cui viene prima misurato il peso e bere una quantità di liquidi determinata.

L'esame prevede poi l'esecuzione di una serie di attività fisiche: per un'ora circa bisogna camminare, sedersi e alzarsi, tossire energicamente, corre-



Il test può essere eseguito anche a domicilio

ni il volume di urina persa per un periodo di 24 o 48

ore.



Esami urodinamici

Costituiscono un fronte di indagini che esamina in dettaglio le prestazioni delle basse vie urinarie: la vescica e l'uretra.

Ecco i principali:

Uroflussometria

Fornisce una valutazione del flusso urinario, intendendo con questa espressione la quantità di urina, misurata in millilitri, che viene

espulsa al secondo attraverso l'uretra.

Ci pensa un apparecchio chiamato flussometro a registrare il volume corrente di urina che viene eliminata durante la minzione, dalla persona che urina liberamente, seduta su una comoda.

Cistometria

E' la registrazione grafica della pressione all'interno della vescica, in vari momenti del suo riempimento.

La cistometria permette di evidenziare contrazioni abnormi del muscolo detrusore (che si verificano mentre la vescica si riempie d'urina e che inducono un aumento, talora brusco, un'impennata della pressione vescicale interna).

URODINAMICI)

Questo esame, che viene effettuato inserendo piccoli cateteri in vescica e riempiendola di liquido, costituisce un'utile mezzo per confermare la diagnosi di iperattività vescicale: quella vescica cioè "troppo" attiva, che con contrazioni, spasmi ed aumento della pressione al suo interno perde la capacità di serbatoio e può costringere alcune persone ad urinare spesso, con stimoli frequenti ed impellenti, talora non controllabili, con fughe e perdite d'urina.

• Profilo della pressione uretrale

L'esame va a sondare, con l'aiuto di un catetere, la tenuta dello sfintere uretrale e può quindi contribuire a riconoscere un'incontinenza urinaria da sforzo.

• Determinazione della pressione al punto di perdita (Leak Point Pressure)

Un'espressione complicata per indicare un test che valuta la capacità di chiusura e di tenuta dell'uretra.

La paziente viene invitata ad eseguire quella che, con termine tecnico, viene chiamata manovra di Valsalva: un'espirazione forzata tenendo chiusi bocca e naso.

Questo sforzo, che innalza la pressione addominale, va gradualmente aumentando fino ad ottenere una fuga di urina.

Ecco allora che la pressione del punto di perdita dell'urina è quello che corrisponde a quel minimo incremento di pressione sufficiente a vincere lo sbarramento uretrale e a causare incontinenza.

Numerose indagini consentono di valutare l'anatomia delle basse vie urinarie costituite dalla vescica e dall'uretra, tra le più diffuse:

Ecografia

Un esame versatile e non "invasivo", capace di valutare soprattutto la morfologia, la fisionomia della vescica, l'organo deputato a contenere e trattenere l'urina. 13

Grazie agli ultrasuoni è sempre molto importante accertare la quantità di urina che potrebbe rimanere all'interno della vescica e se quest'ultima non si è svuotata completamente con la minzione, il cosiddetto residuo o ristagno d'urina dopo minzione.

Cistouretrografia minzionale

Questo termine indica un'esame radiologico (ai raggi X) delle vie urinarie infe-

riori: nella vescica viene introdotto tramite una

sonda (un catetere) un liquido, definito

mezzo di contrasto.

Durante l'esame vero e proprio una serie di "scatti" fotografano la vescica durante il suo riempimento e durante il vuotamento tramite la minzione.

L'indagine può verificare eventuali spostamenti di parte della vescica e delinea al meglio la silhouette dell'uretra oltre ad evidenziare possibili rigurgiti (reflussi) di urina dal serbatoio vescicale nei soprastanti ureteri verso i reni.



Cistouretroscopia

Uretra e vescica vengono ispezionati dall'interno con un cistoscopio, strumento ottico inserito in vescica attraverso il condotto uretrale.

Attenzione!

Non sempre è necessario eseguire tutti gli esami che abbiamo descritto. Ogni caso può essere diverso e sarà il medico specialista a decidere quali esami effettuare.

LA TERAPIA



Anche in ambito sanitario, ci sono molti pregiudizi ed errate credenze, di fronte alla paziente con incontinenza urinaria:

- · E' un disturbo minore o passeggero!
- E' sempre un disturbo dello sfintere, tipico dell'avanzare dell'età!
- Se non c'è un danno anatomico da operare, non ci sono cure efficaci!
- Le cure che sono efficaci sono poche e hanno molti effetti collaterali!
- · Nella scala di priorità della patologie della paziente non è poi così importante!
- Purtroppo, è possibile fare poco o nulla, se c'è una patologia neurologica associata!

Tutto questo non è vero!

Rimedi possibili per tutte

Contrariamente all'opinione comune, la maggior parte delle pazienti incontinenti, dopo un'attenta valutazione, è meritevole di trattamento.

Ecco le principali opzioni possibili per trattare l'incontinenza urinaria.

Modifiche dello stile di vita

All'inizio, può bastare modificare lo stile di vita.

Alcuni accorgimenti possono essere utili, soprattutto se il disturbo è agli stadi iniziali e se viene affiancata la riabilitazione della muscolatura pelvica.

Queste norme di comportamento prevedono ad esempio la perdita di peso, un più attento controllo del consumo di liquidi, l'eventuale abolizione o riduzione del caffé, del tè e delle sigarette. Bisognerebbe cercare di non ingrassare poiché i chili di troppo "pesano" sul pavimento pelvico e lo indeboliscono.

Un'assunzione di liquidi troppo abbondante costringerà ad un "superlavoro" la nostra vescica accentuando il problema. D'altro canto anche un'assunzione di liquidi troppo scarsa rende l'urina più concentrata di sostanze che possono

favorire irritazione della vescica e cistiti. Bisogna bere una quantità "giusta" di liquidi! (circa un litro e mezzo/due al giorno).

Meglio rinunciare alla sigaretta: le fumatrici parrebbero più esposte ai

problemi di debolezza pelvica; le bronchiti ricorrenti, inoltre, provocano e aggravano i disturbi.

E' bene combattere l'eventuale stitichezza: essa costituisce infatti uno

> stress cronico per le strutture pelviche ed anche per i nervi annessi.

Via libera, dunque, ad una dieta ricca di fibre (fonti più comuni sono i cereali integrali, la crusca, la frutta e le verdure) da associare, quando possibile, ad un'adeguata attività fisica ed ad un'assunzione di liquidi appropriata.

Il medico e l'infermiere ti aiuteranno ad attuare le modifiche dello stile di vita.

Rieducazione vescicale

Questa è una tecnica per modificare il comportamento della vescica.

Vengono date alla paziente delle regole, consigliandole uno schema orario delle minzioni.

Il programma aumenterà gradualmente l'intervallo di tempo tra due minzioni successive abituando la vescica a tenere di più.

Con questa "ginnastica" della vescica, possono essere ottenuti alcuni benefici, specie in caso di vescica iperattiva, sui sintomi di frequenza e urgenza con incontinenza.

Il medico e l'infermiere ti diranno come effettuare la rieducazione vescicale.

Barriere esterne (ausili assorbenti monouso)

Non rappresentano una cura, né una risposta da sola sufficiente al problema dell'incontinenza.

L'industria sanitaria è comunque attenta alle esigenze delle pazienti e l'offerta di prodotti che consentano di gestire, anche in proprio, le perdite d'urina, è ampia. Assorbenti, pannolini e pannoloni, ma anche biancheria intima con fodere idrorepellenti o lenzuola idroresistenti andrebbero considerate misure temporanee, talora utili a sostegno di altre terapie e solo in alcuni casi possono essere accettate, quale unica soluzione per gestire al meglio l'incontinenza.

"L'anatomicità" dei prodotti, cioè il fatto che "vestano bene", aumenta la sicurezza delle persone contro le perdite; la capacità dell'ausilio di restare asciutto a lungo, trattenendo al meglio l'urina al proprio

interno previene il ristagno dell'umidità sulla cute che è la principale causa di irritazioni della pelle.

Per lo stesso motivo, il fatto
che il prodotto sia realizzato
con materiali traspiranti (che
lasciano evaporare l'umidità sulla
pelle) è un altro fattore determinante



di benessere, oltre alla presenza di accorgimenti anti-odore. La comodità d'uso del prodotto, facile da mettere e da togliere senza pregiudicare, per quanto possibile, l'autonomia della persona che lo utilizza, è particolarmente importante, soprattutto per i casi di incontinenza grave.

Esistono vari tipi e modelli di assorbenti, da quelli per perdite lievi a quelli per le forme più gravi di incontinenza.

Tra i prodotti disponibili: gli *Assorbenti sagomati per incontinenza leggera* sono molto simili per forma e dimensioni agli assorbenti da ciclo, ma specifici per raccogliere l'urina e dunque più efficaci; sono disponibili in più forme e modelli, da quelli ultra leggeri per perdite a gocce a quelli un po' più grandi per incontinenza leggera. Tutti possono essere agevolmente indossati con la propria biancheria intima, quelli *Rettangolari*: più scomodi da indossare e di bassa assorbenza. I <u>Pannoloni sagomati per incontinenza da moderata a grave</u> sono la soluzione più diffusa ed efficace per l'incontinenza urinaria di maggiore gravità; sono disponibili in più livelli di assorbenza (solitamente 4). Si indossano abbinati a mutandine a rete lavabili, che sono disponibili in più taglie. Il Pannolone mutandina molto simile ai "classici pannolini per bambino", si chiude in vita con 4 fascette adesive. E' più complicato da indossare senza aiuto esterno. Disponibile in più livelli di assorbenza, ciascuno in più taglie (piccola, media, grande). La *Mutandina assorbente elasticizzata:* senza adesivi è rivestita in materiale simile al tessuto e si indossa come biancheria intima normale, pur essendo monouso. Il <u>Pannolone a cintura</u> ha un fissaggio in vita attraverso una cintura integrata nel prodotto, con chiusure a velcro. Ciò ne facilita l'utilizzo, rendendolo meno invalidante, per tutti i tipi di incontinenza grave. Le Traverse assorbenti sono l'unico ausilio non indossabile e servono come protezione aggiuntiva solitamente del letto o di poltrone e sedie. Disponibili in più dimensioni e livelli di assorbenza, sono normalmente associate al pannolone nei casi più gravi, come sicurezza aggiuntiva.

Il medico e l'infermiere ti aiuteranno a scegliere gli ausilii appropriati per te.

Dispositivi minimamente invasivi

Comprendono interventi oggi meno frequenti, come i tamponi intravaginali, ma esistono anche presidi "usa e getta" inseriti nell'uretra e rimossi poco prima di urinare dalla stessa paziente.

Questi trattamenti, tuttavia, non rappresentano una cura e controllano soltanto l'eccessiva perdita di urina.

Il pessario è un dispositivo di materiale e forma varia, utilizzabile in casi molto limitati, per trattare, in modo temporaneo o permanente, un prolasso genitale associato all'incontinenza.

Il medico e l'infermiere ti aiuteranno a scegliere il prodotto adatto ed utilizzarlo.

Farmaci

Le contrazioni capricciose della muscolatura vescicale sono dovute all'attività di certi interruttori nervosi chiamati recettori vescicali muscarinici. Il ricorso ai farmaci che vanno specificatamente a bloccare questi sensori spegne l'incontrollata e spasmodica attività della parete della vescica e rappresenta proprio una consolidata contromossa nel controllo dell'iperattività vescicale.

Esistono farmaci in grado soprattutto di eliminare le contrazioni invo-

lontarie della vescica, responsabili della perdita di urina nell'incontinenza di urgenza; si tratta, tra gli altri, di farmaci chiamati anticolinergici, talora dati in associazione con estrogeni locali per ridurre l'iperattività e l'ipersensibilità della vescica.



I farmaci anticolinergici riducono la grandezza ed il numero delle contrazioni involontarie ed incontrollate della vescica.

Questi farmaci tendono ad aumentare la capacità di contenere volumi d'urina maggiori da parte della vescica.

Si dimostrano capaci di ridurre le perdite di urina e di mitigare la sensazione impellente di urinare.

Come per tutti i farmaci, anche in questo caso si dovranno soppesare pro e contro, verificando se gli effetti positivi prevalgono sugli effetti collaterali (secchezza della bocca, riduzione della secrezione lacrimale, talora stitichezza e problemi di visione).

E' stato approvato l'uso clinico di un farmaco anche per l'incontinenza da sforzo, situazione in cui le sostanze medicamentose trovavano prima d'ora un impiego molto limitato o sperimentale.

Prendi i farmaci solo se te li prescrive il medico.

Estrogeni

La vescica, l'uretra ed il pavimento pelvico sono tutte strutture sensibili all'azione degli estrogeni.

Il trattamento con questi ormoni, nelle donne in menopausa, è mediamente efficace nel ridurre i sintomi dovuti alla secchezza ed irritazione vaginale, sintomi spesso associati al desiderio urgente di urinare.

Alcuni benefici possono essere ottenuti anche per l'incontinenza, ma in questo caso, il loro impiego è limitato anche dai possibili effetti collaterali.

Consulta sempre il tuo ginecologo prima di usare questi farmaci.

Riabilitazione

Gli esercizi di riabilitazione del pavimento pelvico dovrebbero essere sempre il primo tentativo per risolvere il problema dell'incontinenza da sforzo lieve o moderata: servono a restituire tonicità ai muscoli del perineo. Gli esercizi vengono condotti dapprima con l'aiuto del fisioterapista e possono essere poi continuati dalla paziente a domicilio.

Talora, agli esercizi viene aggiunta la terapia con <u>elettrostimolatori</u>, che tramite sonde a tampone vaginali emettono impulsi elettrici che controllano la vescica e fanno contrarre i muscoli del perineo. In altri casi, le sonde a tampone vaginale sono capaci di rilevare l'attività dei muscoli del perineo, trasformandola, su un grafico, in segnali visivi o sonori che vengono usati proprio per facilitare l'apprendimento degli esercizi (<u>biofeedback</u>).

E' possibile anche utilizzare i cosiddetti *coni vaginali* per migliorare la muscolatura del perineo: il mantenere questi coni, di peso progressivamente crescente, in vagina per 20-30 minuti al giorno aiuta ad ottimizzare la capacità di tenuta.

Nel 60-70% delle pazienti, la riabilitazione è efficace se il disturbo è di grado lieve o moderato e se la paziente si impegna con costanza nell'allenamento.

Lo specialista di riferimento per la riabilitazione è il Fisiatra esperto della incontinenza, che potrà programmare il trattamento riabilitativo personalizzato adatto a te, ma anche in alcuni centri Urologici o Ginecologici potrai effettuare esercizi per migliorare il tuo disturbo.





Neuromodulazione

E' possibile stimolare, con correnti elettriche di bassa intensità, i nervi coinvolti nel controllo della vescica, dell'uretra e dei muscoli del pavimento pelvico, ottenendo molti benefici specie in caso di incontinenza da urgenza con vescica iperattiva.

Una sorta di pacemaker della vescica, ottimizza la conduzione elettrica nelle fibre nervose, modulandone gli impulsi. Lo stimolatore viene applicato sotto la pelle con un intervento chirurgico e può funzionare in modo continuo e automatico per alcuni anni. E' però sempre necessario selezionare prima dell'intervento le pazienti con dei periodi di prova, durante i quali si utilizzano degli stimolatori esterni temporanei.

E' una terapia che può essere effettuata solo in alcuni centri ultraspecialistici urologici o uroginecologici.

Chirurgia

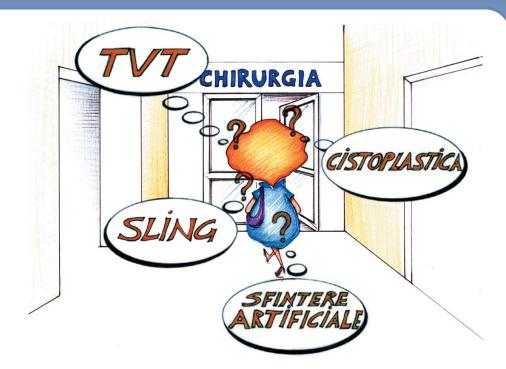
Spesso è necessaria nei casi più seri di incontinenza da sforzo, quando sia contemporaneamente presente un prolasso genitale grave e quando altre cure hanno fallito.

Esistono vari tipi di intervento, molti con lo scopo di sostenere la vescica e l'uretra, talora congiungendo e rinforzando le fasce muscolari che non hanno ceduto e ricollocando nella posizione migliore gli organi che vengono fissati con alcuni punti ai legamenti e alle pareti del bacino.

Rinforzando il sostegno da parte del pavimento pelvico, si riduce l'eccessiva mobilità dell'uretra e della vescica, quando sono sollecitate da pressioni esterne.

Tutti gli interventi si prefiggono di curare definitivamente ed in modo completo l'incontinenza urinaria da sforzo.

L'efficacia della chirurgia è elevata, ma il prezzo da pagare è un ricovero di



alcuni giorni, l'anestesia, una convalescenza più lunga ed il rischio di complicazioni post-operatorie (dalla infezione alla ritenzione urinaria).

Inoltre l'intervento chirurgico non è solitamente consigliato a chi voglia avere figli con un parto naturale, poiché questo potrebbe poi vanificare il risultato ottenuto.

In alternativa alla tradizionale incisione chirurgica dell'addome, alcuni specialisti preferiscono utilizzare sonde laparoscopiche, strumenti ottici che vengono inseriti attraverso 3 o 4 fori per vedere ed operare gli organi interni, ma i risultati sembrano poi essere meno buoni.

23

Molti altri urologi e ginecologi utilizzano tecniche chirurgiche che possono essere effettuate esclusivamente per via vaginale

Esistono quindi molte differenze nella tecnica operatoria che può essere adottata, ma l'intervento dovrebbe garantire il successo completo e duraturo in circa il 90 per cento dei casi, a meno che lo sfintere uretrale sia molto danneggiato.

Cosa potrei chiedere al mio specialista prima dell'intervento?

- · Quale tecnica utilizzerà?
- · Quale incisione farà e quali cicatrici rimarranno?
- · Quale sarà la durata del ricovero ed il periodo di convalescenza necessario?
- · Ci saranno miglioramenti o ulteriori limitazioni nelle mie abitudini di vita?
- Da quanto tempo quell'intervento è effettuato presso il centro in cui sarai operata dal tuo chirurgo?
- Quali sono le probabilità di guarigione completa e quante solo di miglioramento? E per quanto tempo durerà?
- · C'è la possibilità di complicazioni? Quali e come vengono trattate?

L'indicazione all'intervento chirurgico deve essere sempre posta dall'Urologo o dall'Uroginecologo.

Fionde sottouretrali (Sling)

E' un intervento chirurgico che utilizza strisce di tessuto, naturale o artificiale, per "sostenere" l'uretra nei momenti di bisogno (durante la tosse, lo sforzo, una risata...). Negli ultimi anni ha preso sempre più piede il ricorso ad interventi sempre meno invasivi, ma in grado di risolvere l'incontinenza urinaria, utilizzando un nastro di plastica, materiale artificiale inerte inserito all'esterno della parte finale dell'uretra con aghi speciali.

Uno degli interventi più praticati è chiamato

TVT (da Tension free Vaginal Tape -

Nastro Vaginale Senza Tensione).

Il nastro viene applicato, introducendolo attraverso incisioni chirurgiche molto piccole in vagina e sulla pelle.

Il nastro per le sue caratteristiche non solo sostiene o sosti-

tuisce le strutture che hanno ceduto, ma contribuisce a rigenerare il tessuto, integrandosi gradualmente con esso.

L'intervento si effettua solitamente, in anestesia locale o loco regionale.

La paziente è così solitamente sveglia e può collaborare con l'operatore che controlla il risultato raggiunto già durante l'intervento chirurgico.

L'intervento dura mediamente 20-30' minuti ed in genere è seguito da un ricovero ospedaliero di 24-48 ore.

Solitamente si applica un catetere urinario per alcune ore. Una volta rimosso il catetere il chirurgo verifica che la paziente urini normalmente.

La convalescenza abitualmente dura alcuni giorni. Un leggero disagio a livello del perineo e della vagina scompare di solito rapidamente.

Le attività quotidiane possono solitamente essere riprese nel giro di pochi giorni seppure è consigliabile astenersi dalle attività sportive e dai rapporti sessuali per alcune settimane.

Si può rischiare di non curare del tutto il disturbo, oppure di provocare il problema opposto, una continenza eccessiva con difficoltà ad urinare.

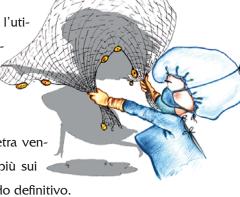
La TVT è l'intervento per l'incontinenza urinaria da sforzo più frequentemente eseguito in tutto il mondo.

Reti

Alcuni interventi chirurgici prevedono l'utilizzazione di vere e proprie reti, sintetiche ma biocompatibili, specie quando sia associato un prolasso genitale grave all'incontinenza.

Con questi materiali, la vescica e l'uretra vengono sospese al fine di non gravare più sui muscoli del pavimento pelvico, in modo definitivo.

Questo intervento viene eseguito soltanto quando è presente un importante prolasso.



Sfintere artificiale

Lo sfintere artificiale è una soluzione chirurgica estrema costituita da un complesso dispositivo applicabile con un intervento chirurgico a quelle pazienti, già sottoposte senza successo ad altri interventi, spesso con incontinenza urinaria grave per un'incapacità dei tessuti della parete dell'uretra e dello sfintere a mantenere una pur minima funzione di tenuta.

Una guaina protesica, collegata ad una pompa miniaturizzata, avvolge l'uretra chiudendola.

La paziente, dopo questo intervento, dovrà sbloccarla ogni volta che dovrà urinare.

L'intervento di impianto di uno sfintere artificiale è complesso e presenta il rischio di alcune complicazioni

Cistoplastica

La vescica, se sottoposta a continui spasmi, alla lunga può perdere la sua elasticità. Quando accade questa situazione e non ci sono altre soluzioni, è possibile prelevare una piccola porzione di parete intestinale che si modella opportunamente durante l'intervento chirurgico e si inserisce nella parete vescicale per aumentare la capacità della vescica di accogliere e contenere urina.

L'intervento di cistoplastica è complesso e presenta il rischio di complicazioni.

Trattamenti endoscopici

E' una terapia indicata per chi non voglia sottoporsi alla chirurgia tradizionale, ma anche in alcuni casi in cui questa abbia fallito.

La tecnica consiste nell'iniettare nel punto di congiunzione tra la vescica e l'uretra (il collo vescicale) ed all'inizio dell'uretra stessa, subito sotto la vescica, sostanze in grado di ingrossarne le pareti e creare una sorta di imbuto che riduca la perdita di urina.

Queste sostanze sono iniettate solitamente sotto visione diretta del medico specialista che utilizza uno strumento ottico adatto a questo scopo: il cistoscopio.

Alcune sostanze possono poi essere riassorbite lasciando spazio a nuovo tessuto.

E' un intervento ambulatoriale, solitamente effettuato in anestesia locale, facilmente ripetibile Il tasso di successo dell'intervento dipende però in gran parte sia dall'esperienza di chi lo esegue, sia dal tipo e dalla gravità dell'incontinenza che viene trattata.

Guarigioni complete sono comunque inferiori al 50% dei casi ed i problemi tendono a ripresentarsi.

L'efficacia del metodo è quindi minore rispetto alla chirurgia tradizionale; la percentuale di casi risolti è inferiore mentre è più alta la probabilità di recidiva. Alcune pazienti temono però la chirurgia e preferiscono un intervento meno invasivo, sacrificando l'assoluta certezza di un buon esito.

Trattamenti di questo tipo, possono quindi essere utili per andare incontro alla esigenze anche di queste donne, ma questa terapia è indicata soprattutto quando sia indispensabile rinforzare la parete dell'uretra aumentandone il suo spessore.

Alcuni specialisti propongono l'inserzione di palloncini gonfiabili di silicone per comprimere l'uretra ed impedire così la fuoriuscita indesiderata d'urina durante lo sforzo. Questa tecnica chiamata *ACT* (*Adjustable Continence Therapy - Terapia Aggiustabile della Continenza*) ha la possibilità di aggiustamenti successivi all'intervento, per regolare il livello di compressione dell'uretra senza ostacolare la minzione.

La chirurgia endoscopica è in assoluto la soluzione più semplice, ma le probabilità di successo non sono molto alte.

27

Le possibilità di cura sono numerose e molto diverse.

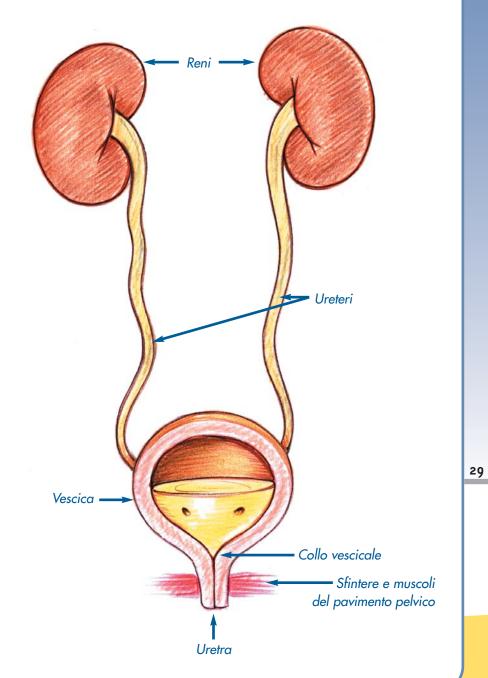
Lo specialista troverà la soluzione più adatta al tuo caso, ti informerà sulla cura, sui miglioramenti possibili e le aspettative di una guarigione completa.

UNA RISPOSTA ALLE TUE DOMANDE





Ma ... come funziona la vescica?



Riempimento della vescica

E' la fase di deposito dell'urina.

L'urina prodotta dai reni imbocca un condotto chiamato uretere che la convoglia ai "piani inferiori", verso la vescica.

Questo organo, che è in pratica una sacca vuota costitui-

ta, in maggior parte, da tessuto muscolare, si dimostra assai permissivo, grazie all'elasticità della sua parete.

La vescica è in grado infatti di adattarsi al riempimento continuo e progressivo da parte del-

l'urina.

Pian piano, la vescica si espande mantenendo al suo interno una pressione sempre molto bassa.

Vescica .

Collo vescicale

Uretra

Sfintere

Contemporaneamente, una barriera cerca di opporsi come una diga alla spinta crescente dell'urina, che si va accumulando in vescica.

Questa barriera è costituita dall'uretra, il canale che si estende dalla base della vescica all'esterno.

Un anello muscolare, lo sfintere, avvolge l'uretra.

Contraendosi, lo sfintere comprime il canale, lo chiude ed impedisce la fuoriuscita indesiderata d'urina.

Mentre il serbatoio rappresentato dalla vescica fa il pieno d'urina, la contrazione di questo muscolo costituito dallo sfintere, aiutato dalla contrazione dei muscoli vicini del pavimento pelvico, aumenta gradualmente per controbilanciare, come un posto di blocco, proprio la spinta crescente dell'urina, che si va accumulando in vescica.

La fase della minzione

E' l'atto di urinare.

Quando la vescica non ce la fa più ad incamerare altro liquido vengono stimolati alcuni interruttori nervosi collocati nello spessore della parete della vescica. Il messaggio giunge al cervello, interpretato come desiderio e stimolo di fare pipì.

E' giunto il momento di urinare!

E' però sempre possibile scegliere il momento ed il luogo giusto!

All'inizio della minzione, lo sfintere dell'uretra si rilassa e con esso i muscoli vicini del pavimento pelvico che sostengono il contenuto della cavità addominale, abbracciando anch'essi come una guarnizione parte della vescica e l'uretra.

Il muscolo vescicale, chiamato detrusore, si contrae e l'urina, che non trova più ostacoli, comincia ad uscire.

Al termine della minzione, tutti gli attori di questa sofisticata funzione, che ci appare così naturale, tornano al punto di partenza.

I muscoli del pavimento pelvico si contraggono e riacquistano tono.

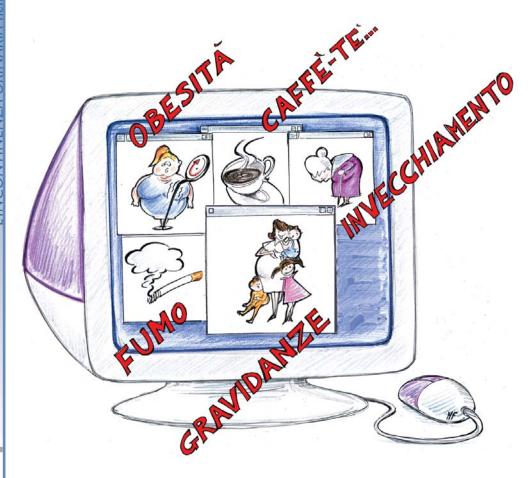
Si chiude il punto di passaggio tra la vescica e l'uretra chiamato collo vescicale.

La pressione all'interno della vescica ritorna molto bassa.

Così la raccolta dell'urina ha nuovamente inizio e la tenuta ridiventa stagna.



Ma.... quali sono le cause principali di incontinenza e le condizioni che la favoriscono?



Parto vaginale: Contribuisce ad indebolire notevolmente il pavimento pelvico. Durante l'espulsione del bambino, infatti, i muscoli che circondano l'uretra e lo sfintere possono sfiancarsi perdendo tono e forza contrattile.

Il parto può provocare inoltre stiramento e compressione di alcuni nervi, causando danni funzionali che non sempre sono poi recuperati in modo completo.

Traumi del perineo ed operazioni chirurgiche: Possono lesionare i muscoli del pavimento pelvico (del perineo) o dello sfintere uretrale.

Stitichezza: La distensione dei muscoli del pavimento pelvico, indotta dallo sforzo per la defecazione, contribuisce ad indebolire i muscoli stessi.

Obesità: Il peso in eccesso grava sul pavimento pelvico, ostacolandone un buon funzionamento.

Infezioni urinarie: Possono irritare la vescica e provocare contrazioni involontarie, spasmi, della muscolatura della vescica.

Menopausa: Con la riduzione degli ormoni estrogeni, i muscoli che circondano uretra e vescica perdono tono e diminuisce l'effetto sigillante della mucosa, lo strato più interno che chiude il condotto uretrale.

Invecchiamento: Il nostro corpo subisce molti cambiamenti con il progredire dell'età. Anche la vescica può modificare parte della struttura che compone le sue pareti. Questi fenomeni possono essere causa di un cattivo funzionamento della vescica con incontinenza, specie in età avanzata, ed in particolar modo quando siano presenti handicap fisici e neurologici.

Fumo: Concorre alla perdita di tonicità dei muscoli del perineo, predispone alle bronchiti ed alla tosse, che aggrava l'incontinenza da sforzo.

33

Consumo eccessivo di tè e caffé: Le sostanze con effetto diuretico, aumentano, anche rapidamente, la quantità di urina nella vescica incrementando così la pressione contro lo sfintere uretrale.

Sport: L'esercizio aumenta, con lo sforzo dei muscoli addominali, la pressione su vescica e uretra.

Per controbilanciare questi effetti, meglio associare un'attività che "alleni" e rinforzi anche i muscoli del pavimento pelvico e del perineo (come avviene in certe danze orientali!).

Prolasso genitale: Gli organi contenuti nel bacino femminile (vescica con l'uretra, utero e retto) sono sostenuti dalla muscolatura e dai legamenti del pavimento pelvico, ma possono discendere, come delle ernie, con le pareti della vagina.

Questa situazione, che può essere presente, in varia misura, nelle pazienti con incontinenza da sforzo rende conto della possibilità di disturbi della sfera sessuale ed intestinale, contemporaneamente presenti in molte donne incontinenti.

Vescica iperattiva: Esistono delle situazioni in cui il riempimento della vescica non avviene in modo graduale, ma è interrotto da capricciose contrazioni con spasmi della muscolatura vescicale.

Non sempre è possibile capire perché sia presente questa attività eccessiva della vescica in molte donne con incontinenza, associata ad un frequente ed impellente desiderio di urinare.

Questo libretto non può esaurire
tutti gli aspetti
dell'incontinenza urinaria femminile
e tutte le tue domande.

Per ulteriori informazioni contatta:



Fondazione italiana continenza

Che cos'è?

La Fondazione italiana continenza è un ente senza scopo di lucro, che riunisce attorno ad uno stesso tavolo tutte le voci del mondo incontinenza:

- le persone affette da incontinenza e/o da vescica iperattiva e le loro associazioni;
- i cultori scientifici: i medici di medicina generale, specialisti, operatori sanitari non medici, farmacisti, farmacoeconomisti, tecnoeconomisti, esperti di "evidence based medicine", e relative associazioni scientifiche;
- le aziende di settore (farmaci, dispositivi ed ausilii).

Quali sono gli scopi della Fondazione?

- Migliorare la consapevolezza e l'educazione sanitaria dei cittadini
- ☐ Incentivare l'interesse e la preparazione specifica degli operatori sanitari
- Migliorare la qualità dei servizi sanitari
- Promuovere l'istituzione di figure infermieristiche specifiche come il "continence advisor" o uroriabilitatore (ad oggi mancanti nel nostro Paese)
- Promuovere la ricerca organizzata e la sperimentazione scientifica
- Accreditarsi come interlocutore presso le Istituzioni governative

Riferimenti internazionali

Nel 1998, si è tenuta, come frutto di una collaborazione tra la International Continence Society e la World Health Organization, la prima consultazione internazionale sulla incontinenza.

Tutti gli esperti mondiali del settore sono stati coinvolti e, attraverso un processo di meta-analisi delle esperienze pubblicate e di acquisizione di un consenso degli esperti, sono state elaborate raccomandazioni in tema di procedimenti diagnostici-terapeutici e in tema di ricerca.

Esistono nel mondo circa trenta organizzazioni, che sono riunite sotto l'egida del Continence Promotion Committee della International Continence Society, che hanno il comune obiettivo di promuovere le conoscenze e le risposte socio-sanitarie in tema di incontinenza.

La Fondazione italiana continenza aderisce a questa grande famiglia internazionale e di essa è la voce italiana.

La Fondazione italiana continenza si propone come interlocutore ideale del Ministero della Salute e delle Istituzioni a livello regionale per tutti i temi che riguardino la incontinenza urinaria, la vescica iperattiva e la incontinenza fecale.

37

Fondazione italiana continenza

Via dei Contarini, 7 - 20133 Milano

E-mail: info@contenuti-web.com

Web site: www.contenuti-web.com



Pubblicato da: Directed s.r.l.

Via T. Agudio, 2 - 20154 Milano

Stampato da: MAGICGRAPH

Via Galvani, 2 bis - Busto Arsizio (VA)

Finito di stampare nel mese di Giugno 2006

Tutti i diritti sono riservati.

Nessuna parte di questa
pubblicazione può essere riprodotta,
inserita in banche dati o trasmessa in
qualsivoglia forma o tramite
strumentazione elettronica, meccanica,
in fotocopia, registrazione o altro,
senza il permesso scritto dell'editore.

