



Fondazione italiana
continenza

Antonella Biroli,
Claudio Simeone, Salvatore Siracusano

L'INCONTINENZA URINARIA nell'uomo

Quello che
ogni uomo
vorrebbe e
dovrebbe sapere





L'INCONTINENZA URINARIA nell'uomo

*Quello che ogni uomo
vorrebbe e dovrebbe sapere*

a cura di:

Dr.ssa Antonella Biroli

Riabilitazione Neurologica e delle Disfunzioni Autonome
Ospedale San Giovanni Bosco - Torino

Prof. Claudio Simeone

Clinica Urologica dell'Università degli Studi di Brescia

Prof. Salvatore Siracusano

Clinica Urologica dell'Università degli Studi di Trieste

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 di 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 nell'uomo 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 segreto 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 ad Antonella Biroli, a Claudio Simeone e a Salvatore Siracusano, che hanno saputo produrre un testo che combina alla facile comprensione e semplice fruibilità, la completezza e appropriatezza dei contenuti.

Questo opuscolo è il secondo, dopo quello dedicato alla incontinenza femminile, 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, che può interessare tutti i pazienti senza distinzione di età e di sesso.

Fondazione italiana continenza

Presidente
W. Artibani

Presidente Comitato Scientifico
R. Carone



L'INCONTINENZA URINARIA NELL'UOMO



L'incontinenza urinaria è un problema importante per molti uomini, ma è confessato solamente da pochi.

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?

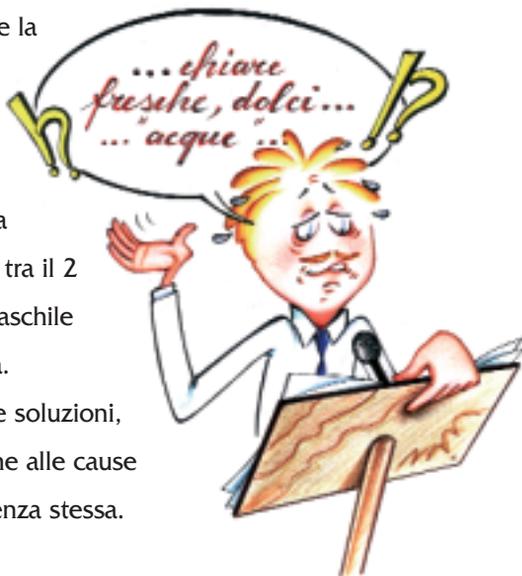
L'incontinenza urinaria è l'incapacità di controllare e trattenere l'urina.

Essa può manifestarsi con gravità variabile da perdite minime (una o poche gocce) fino alla perdita completa del contenuto vescicale.

Fughe d'urina, anche piccole, costituiscono un problema igienico e una causa di disagio sociale che può compromettere in misura rilevante la qualità della vita.

L'incontinenza urinaria colpisce più frequentemente il sesso femminile, ma si calcola che una percentuale variabile tra il 2 e il 10% della popolazione maschile presenti delle perdite di urina.

Fortunatamente esistono delle soluzioni, che si diversificano in relazione alle cause che sottostanno alla incontinenza stessa.



Quali sono le cause della incontinenza?

La vescica è l'organo a forma di sacca deputato al contenimento dell'urina. L'uretra è il canale che collega la vescica all'esterno. Questo canale viene mantenuto chiuso da un meccanismo sfinterico. Il funzionamento della vescica e dell'uretra quando vogliamo o al contrario quando non vogliamo urinare è illustrato nelle ultime due pagine di questo libretto.

L'incontinenza può essere dovuta ad un problema di malfunzionamento della vescica, dell'uretra o di entrambe.

La **vescica** può contrarsi e spingere fuori l'urina quando dovrebbe stare a riposo oppure non lasciarsi dilatare dalla urina che dovrebbe raccogliere.

L'**uretra** invece può non avere una chiusura sufficiente per garantire la tenuta della urina quando aumenta la pressione in vescica, come per esempio alzandosi in piedi, tossendo, camminando, facendo uno sforzo, accovacciandosi o, nei casi più gravi, anche a riposo, oppure la chiusura dell'uretra può essere troppo forte, a causa di una ostruzione, tanto da provocare il mancato svuotamento della vescica con conseguente sovradistensione e perdita di urina per rigurgito.

Ma perché la vescica e/o l'uretra possono andare incontro a questo malfunzionamento?

Elenchiamo alcune delle possibili cause:

- **Interventi chirurgici**

Gli interventi effettuati sulla prostata, specie quelli di asportazione totale (prostatectomia radicale) in caso di tumore, possono rendere lo sfintere incapace di svolgere la sua funzione di tenuta.

Anche alcune operazioni effettuate sull'uretra o sul collo vescicale possono compromettere i meccanismi di tenuta.

- **Sindrome della 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 (iperattività vescicale). Talora questa situazione è correlata ad una situazione di difficoltà nell'urinare per una ostruzione (per esempio da ipertrofia della prostata), talora vi è un problema neurologico alla base, ma spesso non vi è una vera causa identificabile della disfunzione. La sindrome della vescica iperattiva si caratterizza per una urgenza di urinare, spesso con un aumento della frequenza dello stimolo e incostantemente con incontinenza.

- **Ritenzione urinaria cronica subcompleta**

Una ostruzione cronica allo svuotamento (la causa non neurologica più frequente è una ipertrofia prostatica benigna ostruente) con abbondante residuo di urina in vescica (quasi corrispondente alla sua capacità) dopo aver terminato di urinare, può provocare la sovradistensione del serbatoio e perdita di urina per incapacità della vescica a riempirsi ulteriormente.

- **Invecchiamento**

Anche la vescica e l'uretra invecchiano col progredire dell'età e possono funzionare meno bene. La presenza di altri problemi di salute che riducono la capacità di movimento, la destrezza manuale, l'attenzione e la memoria possono sommarsi ai danni dell'età sul sistema vescico-sfinterico.

- **Infezioni urinarie**

Possono irritare la vescica e provocare contrazioni involontarie della stessa.

- **Traumi dell'uretra**

Incidenti che abbiano coinvolto il bacino e causato una rottura dell'uretra

sfinterica anche se correttamente curati possono anch'essi compromettere i meccanismi della continenza.

- **Cause neurologiche acquisite e congenite**

Molte malattie neurologiche, sia del sistema nervoso centrale che periferico, possono comportare una alterazione dei meccanismi di regolazione del funzionamento vescico-uretrale.

- **Patologie congenite**

Alcune gravi malformazioni congenite (epispadia, estrofia) possono causare incontinenza per alterazioni della struttura e conseguentemente della funzione della vescica e dell'uretra.

Come si manifesta l'incontinenza?

L'incontinenza urinaria nell'uomo si può manifestare con caratteristiche diverse. Possono verificarsi le seguenti situazioni o **tipologie di incontinenza**:

- perdita di urina associate a condizioni di sforzo quali la tosse, lo starnuto, il sollevamento di oggetti da terra, ma anche in situazioni di



cambio della postura, per esempio alzandosi dalla

posizione seduta o sdraiata alla posizione in piedi o, ancora, camminando o accovacciandosi. In tal caso si parla di **incontinenza**

urinaria da sforzo;

- perdita di urina associata ad uno stimolo urinario improvviso, molto forte, impellente e non rimandabile (urgenza) che non consente di arrivare fino al bagno. In tal caso si parla di **incontinenza urinaria da urgenza**;



- perdita di urina in entrambe le condizioni suddette, definita **incontinenza urinaria mista**;
- perdita di urina continua, goccia a goccia, definita **incontinenza urinaria di tipo continuo**;
- perdita di urina a gocce che compare dopo aver finito di urinare, chiamata **sgocciolamento postminzionale**;
- perdita involontaria di urina durante il riposo notturno, definita **enuresi notturna**.

In alcuni casi la incontinenza si manifesta quale campanello di allarme di situazioni in cui la vescica non si svuota completamente urinando volontariamente: il residuo di urina che si accumula nella vescica può portare a delle perdite, causate da una vescica troppo piena. In tal caso si parla di **incontinenza da rigurgito**, che è particolarmente importante differenziare dalle altre forme di incontinenza. Infatti in tal caso la terapia consiste nell'aiutare la persona a svuotare meglio la vescica e non nel trattare direttamente la incontinenza. Inoltre, questa situazione, se non trattata, è potenzialmente in grado di causare complicanze renali.

L'incontinenza urinaria nell'uomo, oltre a poter essere di diverso tipo, può essere di diversa gravità. Si possono avere fughe di urina caratterizzate dalla perdita di solo poche gocce, o di uno spruzzo o di quantità più importanti fino alla perdita di tutto il contenuto vescicale.

Anche la frequenza delle perdite può essere molto variabile: alcune persone hanno una incontinenza rara, meno di una volta alla settimana o al mese, altre perdono molte volte al giorno o anche continuamente.

Incontinenza e 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 personale o quando si accompagni a gravi problemi di ritenzione di urina come nella incontinenza da rigurgito o nelle malattie neurologiche. L'incontinenza urinaria può contribuire ad aggravare lesioni della pelle, le cosiddette lesioni da decubito, che compromettono sempre più lo stato di salute del soggetto nelle persone con ridotta mobilità.

Nella maggior parte dei casi, invece, l'incontinenza urinaria è un problema che "si limita" a minare la vita di tutti i giorni. L'incapacità di controllare la perdita di urina, oltre a problemi igienici, provoca infatti disagio fisico, psicologico, suscitando sentimenti di imbarazzo e di vergogna.



... una vita da vivere

Chi è affetto da incontinenza urinaria tende sempre più ad evitare le situazioni imbarazzanti, i luoghi non abituali (dove è difficile trovare un bagno in fretta!) e i contatti sociali. Tutto ciò può creare disagio anche nell'attività lavorativa e nella vita sessuale.

Si alimenta così un circolo vizioso, in cui la difficoltà a comunicare il proprio disturbo può aggravare il senso di frustrazione.

Indicativamente si può inquadrare la gravità dell'incontinenza urinaria in quattro gradi:

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

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

Discreta, allorché l'impiego degli ausili assorbenti è praticamente costante e le occasioni d'incontro con gli altri cominciano a diventare problematiche.

Grave, quando pannolini o condom (un contenitore esterno collegato ad una sacca) sono una compagnia costante, le attività sociali e lavorative subiscono pesanti restrizioni ed è necessario ricorrere all'aiuto di altre persone.

Cosa fare? Parlarne con il medico!

Parlare della propria incontinenza è importante.

Con l'aiuto dei medici, infatti, sarà possibile valutare il suo caso ed escludere alcune situazioni in cui l'incontinenza è il segno di un'altra patologia più o meno grave, che va affrontata diversamente dalle situazioni in cui la perdita di urina è un problema isolato.

Il medico inoltre potrà indicarle le soluzioni per la cura della sua incontinenza.

*... devo parlarne
con il medico*



Il test

Provi a rispondere a queste domande, perché sono quelle che si sentirà rivolgere dal medico:

1. Quante volte fa pipì durante le 24 ore? Quante volte durante il giorno? Quante volte si sveglia durante la notte per urinare?
2. Quante volte sente un forte ed improvviso bisogno di urinare, che ha paura di non controllare o che controlla con molta difficoltà (urgenza di urinare)?
3. Le capita di avere perdite di urina durante un colpo di tosse, uno starnuto, un salto, una corsa, sollevando un peso, stando in piedi o alzandosi o camminando?
4. Quando non riesce a trattenersi, quanta urina perde? Quanto spesso?
5. Le capita di perdere urina dopo aver finito di urinare?
6. Da quanto tempo soffre di questi sintomi?
7. Attualmente sta prendendo dei medicinali legati a questi problemi (incluse sostanze e prodotti che non richiedono ricetta medica)?
8. Utilizza salvaslip, assorbenti, pannolini o altro mezzo? Quante volte lo sostituisce durante la giornata?

LA DIAGNOSI



Lo Specialista e gli esami

La scelta migliore è rivolgersi al medico di famiglia, che può giocare un ruolo chiave nell'accertare i disturbi dell'incontinenza urinaria.

Ma l'ambulatorio del nostro medico è anche un crocevia nevralgico.

Da qui potremo essere indirizzati ed affidati alle mani di medici specializzati, coinvolti nella cura e gestione dell'incontinenza urinaria: **Urologi**, sicuramente esperti di questo problema, ma anche **Fisiatri**, esperti nell'insegnare norme di comportamento e a utilizzare meglio il proprio corpo per mantenere la continenza ed ancora **Geriatri**, nella terza età.

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

Una **visita** accurata in cui il medico raccolga dati sul sintomo ed esamini l'addome, il perineo, i genitali e la prostata, 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 il primo passo per la valutazione della persona con incontinenza.

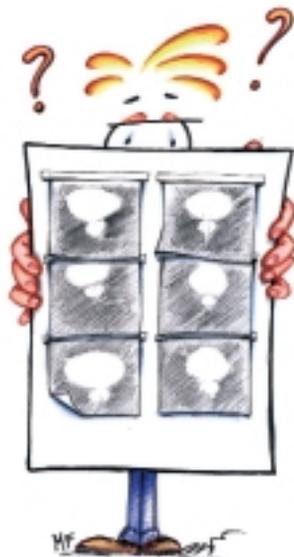
Se poi è opportuno procedere ad accertamenti, i primi esami cui sottoporsi sono un'**analisi delle urine con un'urinocoltura**. Una semplice analisi dell'urina consente al medico di scartare alcuni problemi, quali l'infezione urinaria, che può generare nella persona il bisogno impellente di urinare e 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, che vanno indagati, così come i cambiamenti del colore delle urine, specie per presenza di sangue (ematuria).

In questi casi, l'**ecografia** diviene un'indagine molto utile alla ricerca di alcune malattie della vescica, quali i calcoli o i tumori, che, anche se molto più raramente, possono provocare incontinenza e che dovranno essere curati con trattamenti specifici.

L'ecografia è un esame capace di valutare soprattutto la morfologia, cioè la forma, della vescica e degli altri organi addominali quali i reni ed eventualmente la prostata. Grazie a questo esame è possibile anche accertare se rimane una quantità significativa di urina nella vescica dopo aver urinato, il cosiddetto **residuo o ristagno d'urina** dopo minzione.



... la mia agenda



Il **diario minzionale** è uno strumento di valuta-

zione molto utile per il medico e per il paziente stesso. È la registrazione del comportamento della vescica durante la giornata, compilata accuratamente dalla stessa persona incontinente.

In pratica si deve annotare, per alcuni giorni, l'ora in cui si va a fare pipì e la quantità di urina emessa, nonché gli episodi di perdita di urina. Il risultato finale è una tabella attendibile delle abitudini minzionali, che può essere

arricchita segnalando anche la possibile causa degli episodi di perdita (esempio tosse, cammino o urgenza), la loro entità e la necessità di cambio di eventuali assorbenti utilizzati.

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

La pesatura del pannolino bagnato in confronto allo stesso asciutto, dopo aver fatto eseguire alla persona delle attività che possono originare delle perdite, o durante le 24 ore di una giornata tipo, è un test che consente di quantificare, soprattutto se ripetuto nei giorni per le 24 ore, la incontinenza e il suo andamento nel tempo (**test del pannolino o pad-test**).



Nel caso in cui il medico ritenga opportuno, in alcuni casi selezionati, richiedere esami specifici, potrebbero esserle prescritte alcune indagini per valutare da un punto di vista anatomico le basse vie urinarie, cioè vescica ed uretra:

- **Cistouretrografia minzionale**

Questo termine indica un'esame radiologico delle vie urinarie inferiori: nella vescica viene introdotto, tramite una catetere, un liquido, definito "mezzo di contrasto". Durante l'esame una serie di "scatti" fotografano la vescica durante il suo riempimento e durante lo svuotamento tramite la minzione. L'indagine delinea al meglio la silhouette dell'uretra, oltre ad evidenziare possibili rigurgiti ("reflussi") di urina dal serbatoio vescicale verso i soprastanti ureteri, cioè i canali che collegano la vescica ai reni.

- **Uretrocistoscopia**

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

*Altri esami consentono invece di valutare il funzionamento della vescica e dell'uretra: fanno parte degli **esami urodinamici**.*



- **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 in un recipiente di raccolta..

- **Cistometria**

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

La cistometria permette di evidenziare contrazioni anomale della vescica che si verificano mentre si riempie di urina e che inducono un aumento, talora brusco, della pressione all'interno della vescica stessa.

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 di urina.

- **Studio pressione-flusso**

Con lo studio pressione-flusso è possibile registrare le pressioni, che si sviluppano all'interno della vescica durante la minzione, evidenziando situazioni di ostacolo al transito dell'urina, a volte secondario all'ingrossamento della prostata.

- **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.

Il paziente viene invitato 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 eventuale 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.

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



È importante che sia la persona con incontinenza sia i medici cui si rivolge, anche se non specialisti della incontinenza, sappiano alcune cose:

- **le terapie per la incontinenza urinaria esistono;**
- le terapie sono diverse a seconda del tipo di incontinenza;
- le prime terapie possono essere la riabilitazione e/o i farmaci;
- vi sono interventi chirurgici che possono aiutare in caso di mancato miglioramento;
- l'uso degli ausili (tipo pannolini o condom), adeguati alle diverse situazioni, può migliorare la Qualità di Vita anche nelle persone ancora incontinenti;
- gli interventi per il tumore della prostata, meno frequentemente quelli per l'ipertrofia della prostata, possono provocare incontinenza: spesso migliora nei mesi successivi, ma le terapie possono aiutare a migliorare più in fretta.

Parlane con il suo medico, la aiuterà a indirizzarsi verso la terapia più opportuna e verso gli specialisti della incontinenza che la aiuteranno.

Ma vediamo meglio cosa si può fare..

Qualche consiglio in generale...

Provi a controllare quante volte urina al giorno e quanto urina ogni volta:

- se urina spesso (intervalli tra le pipì meno di due ore) piccole quantità (meno di 150 cc per volta), cerchi di rimandare di qualche minuto il momento in cui fare pipì ogni volta;

- se al contrario urina troppo poco (meno di una volta ogni 3-4 ore) e negli intervalli perde l'urina, cerchi di urinare un po' più spesso, anche se non ha lo stimolo.

Alcune cose possono peggiorare la sua incontinenza, cerchi di evitarle:

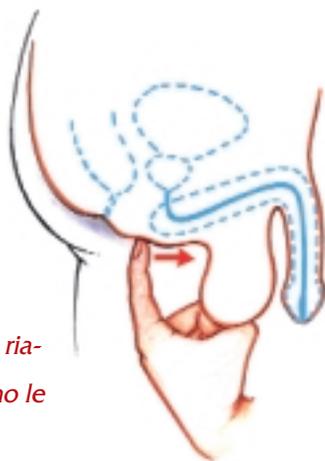
- cerchi di non ingrassare: l'aumento della pressione nell'addome potrebbe peggiorare la sua incontinenza dopo chirurgia della prostata;
- cerchi di non esagerare con i liquidi se non prescritto dal medico: un litro e mezzo di acqua al giorno è generalmente sufficiente;
- eviti la birra e gli alcolici, che aumentano i liquidi introdotti e riducono la sua attenzione.

Parli con il suo medico dei farmaci che sta assumendo:

- la revisione di alcune terapie assunte per altri motivi quali, per esempio, antiipertensivi, diuretici, antidepressivi ed altri, potrebbe influire sulla gestione della sua continenza.

Se presenta uno sgocciolamento di urina dopo aver terminato la minzione, provi a "spremere" l'uretra passando un dito sulla regione davanti all'ano fino alla base dello scroto per terminare lo svuotamento del canale uretrale.

Questi sono semplici consigli in attesa della terapia riabilitativa; il medico e la sua équipe che la seguiranno le daranno consigli più specifici per la sua situazione.



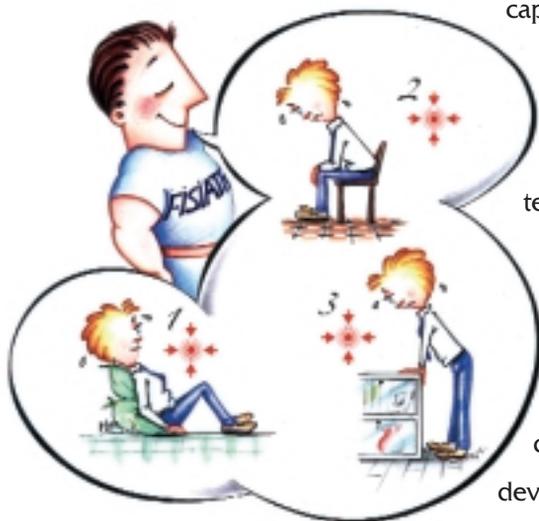
La terapia di riabilitazione

Attraverso la riabilitazione è possibile cercare di migliorare quei meccanismi che compensano la perdita della attività dello sfintere uretrale, cioè di quel muscolo circolare che chiude il canale che porta l'urina dalla vescica verso l'esterno. Tali meccanismi di compenso sono i "**muscoli pelvici**" che stanno intorno allo sfintere e che chiudono dal basso, come un pavimento, il nostro addome.

Il meccanismo sfinterico può essere meno efficiente sia per l'invecchiamento sia per la presenza di problemi neurologici, ma più spesso come conseguenza di interventi chirurgici sulla prostata o sulla vescica. La conseguenza può essere una **incontinenza da sforzo o di tipo continuo**, ma anche lo **sgocciolamento postminzionale** (vedi paragrafo sui tipi di incontinenza). In tal caso è possibile cercare di rendere più efficienti i muscoli pelvici attraverso un trattamento riabilitativo da eseguirsi presso Centri specializzati nella riabilitazione della incontinenza urinaria dopo adeguata valutazione della situazione.

- Il trattamento riabilitativo prevede l'insegnamento di esercizi specifici per questi muscoli pelvici (**chinesiterapia**). Il fisioterapista le insegnerà dapprima a riconoscerli, poi a migliorarne la forza e la capacità di usarli. Questa

capacità verrà sfruttata in diverse posizioni e in diverse situazioni quali la tosse, camminando o piegandosi o subito dopo aver terminato la minzione. Il trattamento personalizzato consentirà ad ogni persona di imparare ciò che è più utile per la sua incontinenza. Gli esercizi appresi durante le sedute di riabilitazione devono venire eseguiti quotidiana-



mente anche a domicilio con costanza anche per mesi, in quanto si tratta di migliorare alcuni movimenti, come quando si impara un nuovo sport.

- A parere del medico, è possibile associare una **elettrostimolazione**, cioè l'applicazione di uno stimolo assolutamente non doloroso né fastidioso che fa contrarre i muscoli del pavimento pelvico attraverso una sonda a livello anale o, in alternativa, attraverso piccole placche (elettrodi) posti sulla cute della regione perineale (la regione tra la base del pene e l'ano).
- Talora può venire utilizzata la tecnica del **biofeedback**, cioè uno strumento che consente di visualizzare su uno schermo o con dei segnali luminosi quanto la persona sta contraendo i muscoli del pavimento pelvico, attraverso una sonda anale o dei rilevatori sulla cute della regione interessata.

Anche nel caso della **incontinenza urinaria da urgenza** il trattamento riabilitativo può essere utilizzato. In questo caso molta attenzione va posta, oltre agli esercizi di **chinesiterapia** ed alla **elettrostimolazione** sopra descritti, alla rieducazione del comportamento vescicale (training vescicale).

- Il **training vescicale** consiste nell'abituare la vescica a trattenere sempre un poco di più, rimandando di tempi crescenti il momento di fare pipì man mano che la rieducazione procede. Si abitua così la vescica a trattenere volumi maggiori di urina anche grazie ad alcuni "trucchi", come la contrazione dei muscoli pelvici o situazioni che distraggano l'attenzione dallo stimolo.
- La elettrostimolazione può essere condotta come descritto nel paragrafo precedente, ma può anche essere effettuata con l'uso di un piccolissimo ago da agopuntura posizionato, durante le sedute, al di sopra della caviglia, metodica però attualmente in fase di studio, così come l'applicazione di stimoli magnetici a livello perineale al posto di stimoli elettrici.

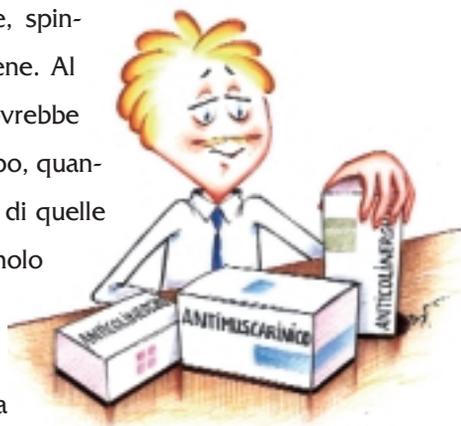
Lo specialista di riferimento della riabilitazione è il fisiatra esperto in incontinenza, che potrà programmare il trattamento riabilitativo personalizzato adatto

a lei, ma anche in alcuni Centri di urologia potrà effettuare esercizi per migliorare il suo disturbo.

Nell'attesa è possibile seguire alcuni consigli su semplici esercizi, come illustrato nelle ultime pagine di questo libretto, tenendo conto però che gli esercizi eseguiti da soli sono meno efficaci di quelli eseguiti nei Centri specializzati.

La terapia con farmaci

Quando uriniamo, la vescica si contrae, spingendo verso l'esterno l'urina che contiene. Al di fuori di questi momenti la vescica dovrebbe "riposarsi". Talora invece si contrae troppo, quando non dovrebbe: ciò può essere causa di quelle perdite di urina precedute da uno stimolo urinario che non consente di arrivare fino in bagno o anche di alcune perdite a riposo, cioè in assenza di qualsivoglia sforzo, anche da seduti o dormendo.



In questo caso possono essere utili alcuni farmaci che appartengono alla famiglia degli **"antimuscarinici o anticolinergici"**. Questi medicinali agiscono sulla vescica riducendo le contrazioni in momenti non opportuni, ma anche riducendo la sensibilità per volumi di urina troppo ridotti. Le conseguenze positive sono:

- una riduzione o la scomparsa della incontinenza da urgenza;
- un aumento della capacità della vescica di contenere urina e quindi un aumento degli intervalli tra uno stimolo urinario e l'altro;
- un miglioramento della urgenza, cioè di quello stimolo impellente, improvviso e di urinare anche se la vescica non è completamente piena.

In questa famiglia di farmaci esistono diversi prodotti; sarà il medico a scegliere quelli più adeguati per la sua situazione e a decidere se vanno bene per il suo tipo di incontinenza. Tutti sono farmaci utili ed efficaci, ma come sempre bisogna tenere conto di alcune controindicazioni ed effetti collaterali, che il suo medico le illustrerà.

Per ciò che concerne invece la incontinenza urinaria da sforzo maschile, ad oggi non esistono in commercio farmaci specifici.

In alcuni casi il disturbo creato dall'incontinenza può essere in parte peggiorato da un incremento della produzione di urina da parte dei reni. In casi selezionati, in cui l'adeguamento dei liquidi assunti e dei farmaci non è sufficiente a risolvere questo problema, è possibile valutare la possibilità di ricorrere a farmaci, che riducano la produzione di urina come la vasopressina.

Prenda i farmaci solo se prescritti dal medico.

La scelta e la gestione del pannolino

Gli ausili assorbenti per l'incontinenza **non sono una soluzione per il problema**, che deve essere affrontato con delle terapie adeguate.

Quando però si è in attesa della soluzione o quando le terapie non sono efficaci o quando la scelta della persona è di non effettuare alcuna terapia, **la scelta del pannolino è importante**.

I fattori che possono influenzare la scelta sono molti: il grado di attività della persona, la gravità e il tipo di incontinenza, la preferenza individuale.



I pannolini si differenziano per forma, dimensione, modalità di utilizzo e materiale. Caratteristiche importanti possono essere la facilità e comodità di utilizzo, il ridotto ingombro, la stabilità in sede, le caratteristiche assorbenti e di barriera, la capacità di proteggere la cute dal contatto con l'urina, l'azione sull'odore.

Ma quali sono i tipi di pannolini?

- Pannolini rettangolari: i meno adeguati in relazione alla ridotta capacità assorbente ed alla anatomia maschile.
- Pannolini per incontinenza leggera per uomo: sono studiati anatomicamente per l'uomo offrendo una protezione anteriore, si indossano con la propria normale biancheria.
- Pannolini sagomati per incontinenza medio grave: di diversa misura, si possono usare con la propria biancheria o con mutanda elastica di fissaggio che garantisce una maggiore stabilità.
- Mutandine assorbenti elasticizzate: in esse l'assorbenza è integrata in una mutandina monouso che si indossa come normale biancheria.
- Pannoloni a mutandina con chiusura con adesivi laterali: da riservarsi generalmente a soggetti costretti a letto.
- Pannoloni a mutandina con chiusura a cintura a velcro: da riservarsi generalmente a soggetti costretti a letto.

Il pannolino va adeguato alle perdite, scegliendo il pannolino più piccolo possibile, che dia sicurezza per il tipo di perdite del singolo individuo in quel periodo. Vanno invece evitati alcuni errori, quali l'utilizzo di un pannolino tagliato a metà, che ne altera le caratteristiche di sicurezza: meglio usare un pannolino più piccolo.

Esistono inoltre traverse assorbenti utili per una sicurezza aggiuntiva nel proteggere letto o la seduta in caso di incontinenza molto grave.

Una menzione a parte vale per un ausilio per l'incontinenza completamente diverso: il **condom o catetere esterno**. Si tratta di un cappuccio di materiali quali il lattice o il silicone, che aderisce esternamente alla cute del pene grazie a un autoadesivo o a un collante. In punta è presente un punto di raccordo al tubo di una sacca da attaccare alla gamba. In questo modo l'urina persa viene convogliata nella sacca; non vi è necessità di pannolini e la cute perineale rimane asciutta. In caso di perdite di piccola entità, queste possono anche essere raccolte in un piccolo serbatoio attaccato al condom, senza necessità di sacca.

Infine citiamo il **catetere a permanenza** che, sebbene non debba essere considerato una soluzione per la incontinenza (è invece un ausilio per la gestione dei problemi di svuotamento della vescica), può, in alcuni rari casi più gravi e complessi, costituire una scelta, quando tutte le altre possibilità di cura o di gestione con ausili dell'incontinenza siano inefficaci o inapplicabili. Il catetere deve, però, presentare caratteristiche di diametro e materiali adeguati, al fine di assicurare un buon drenaggio delle urine, ma anche di ridurre il rischio di complicanze a livello uretrale e vescicale ed essere ben tollerato. Va sostituito, a seconda della tipologia, a intervalli variabili, che vanno scrupolosamente rispettati. Si collega ad una sacca, che può essere da letto, più grande, per la notte, oppure più piccola e legata alla coscia e nascosta sotto i pantaloni o, infine, a cintura, che non comprime la coscia e riduce il fastidio.

Parlarne con il medico e l'infermiere può esserle utile per scegliere l'ausilio adatto a lei. Inoltre la prescrizione del medico specialista su apposita modulistica consente la fornitura degli ausili scelti attraverso il Servizio Sanitario.

La Terapia Chirurgica

La terapia chirurgica è generalmente volta al recupero della funzione sfinterica dell'uretra e, di conseguenza, al ripristino della continenza urinaria in concomitanza di un aumento della pressione intra-addominale (colpo di tosse, sollevamento di un peso o anche il semplice passaggio alla posizione eretta o il cammino). Non si rivolge alla correzione del malfunzionamento della vescica bensì solo a quello dell'uretra, che costituisce quindi la sua indicazione.

Alcuni casi di iperattività della vescica possono, peraltro, in caso di assenza di risposta al trattamento riabilitativo-farmacologico, essere oggetto di un trattamento chirurgico che costituisce una categoria a parte, la **neuromodulazione sacrale**.

Il quando intervenire e la tipologia di intervento da eseguire variano quindi da caso a caso. Secondo le linee guida internazionali è indicata una soluzione chirurgica nei soggetti che non rispondono alla terapia riabilitativa e/o farmacologica o che non desiderano o non possono effettuarla.

Interventi per il difetto dello sfintere uretrale

L'intervento chirurgico è finalizzato al recupero delle resistenze uretrali alla fuoriuscita di urina durante la fase di continenza.

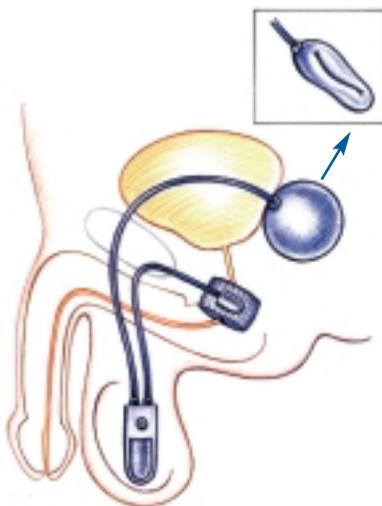
- Questo obiettivo è raggiungibile mediante l'impiego di tecniche mini-invasive endoscopiche, che prevedono l'infiltrazione nella parete sottomucosa uretrale di sostanze che ne aumentano il volume. Ne risulta un incremento della capacità dell'uretra di opporsi alle perdite di urina. Le sostanze in commercio per questo utilizzo sono varie. Purtroppo l'efficacia di questa terapia, che ha il vantaggio di essere molto poco invasiva perché effettuata attraverso un cistoscopio, cioè un piccolo tubo



introdotto attraverso l'uretra, è spesso modesta o addirittura nulla e comunque limitata nel tempo. Tale terapia, che va quindi ripetuta, viene definita come **infiltrazioni intrauretrali** di agenti volumizzanti o **bulking-therapy** ed è più adatta a incontinenza di modesta entità.

- Un'altra modalità per aumentare la tenuta dell'uretra è il posizionamento di due piccoli **palloncini** a lato dell'uretra, che vengono riempiti dal chirurgo ad un volume tale da consentire la continenza senza creare ostacolo alla minzione. L'inserzione degli stessi avviene attraverso una piccola incisione nella regione del perineo, tra l'ano e lo scroto. Il vantaggio rispetto alle tecniche infiltrative è la persistenza dell'effetto nel tempo, ma si tratta di una terapia tuttora in fase di valutazione e non ancora inserita nelle linee guida internazionali.
- Una maggiore durata dei risultati rispetto alle infiltrazioni, ma a prezzo di una invasività chirurgica decisamente maggiore, è anche data dalla chirurgia che prevede il posizionamento di **slings**, o benderelle, che vengono inserite dietro e sotto l'uretra con azione di compressione sulla stessa e quindi di ostacolo alla fuoriuscita di urina. Anche questo tipo di chirurgia è tuttora in fase di valutazione.

- In caso di incontinenze gravi è possibile prendere in considerazione l'impianto di uno **sfintere artificiale**. È un meccanismo protesico in grado di consentire al paziente il ripristino della continenza. Lo sfintere artificiale è costituito da una cuffia posizionata attorno all'uretra bulbare, da un serbatoio localizzato in prossimità della parete laterale della vescica ed infine da



una pompa che viene ubicata nell'emiscroto. L'intervento prevede l'inserimento di una cuffia attorno all'uretra bulbare mediante un'incisione chirurgica del perineo ed un'altra inguinale per il posizionamento delle restanti componenti della protesi. Rispetto alle precedenti metodiche questo intervento si presenta di maggiore complessità e gravato da un maggior numero di complicanze. È però l'intervento che a tutt'oggi comporta una maggiore probabilità di successo sulla incontinenza.

Interventi per la iperattività della vescica

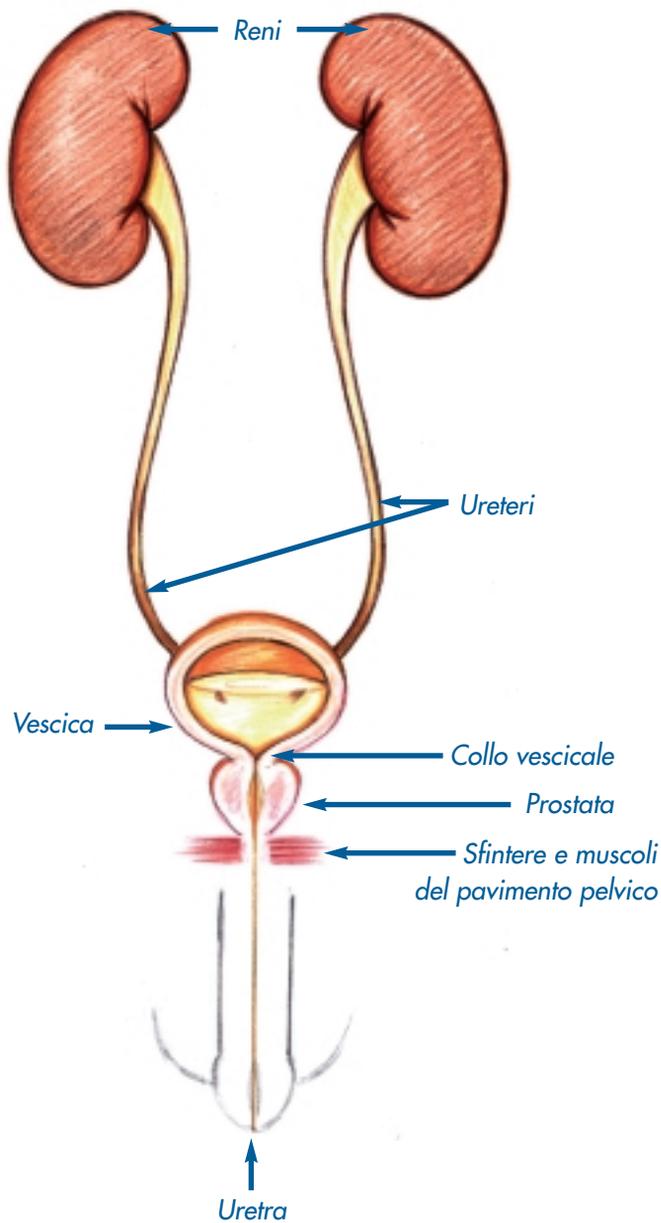
Nel caso in cui la iperattività sia intrattabile con qualsiasi altra terapia conservativa, dopo adeguati accertamenti, è possibile l'impianto sotto la cute dell'addome di un piccolo pace-maker, cioè di uno stimolatore, collegato ad un elettrodo posizionato in corrispondenza di una radice nervosa sacrale. Si tratta della terapia che si definisce **neuromodulazione sacrale**.

Nei casi più gravi, che non rispondono alle altre terapie, è possibile ricorrere ad interventi chirurgici più complessi di ampliamento della vescica con tessuti tratti da anse intestinali (**cistoplastica di ampliamento**) o di derivazione esterna delle urine (**urostomia**).

UNA RISPOSTA ALLE SUE DOMANDE



Ma ... come funziona la vescica?



Riempimento della vescica

È la fase di deposito dell'urina.

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

Questo organo, che è in pratica una sacca vuota costituita, 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 dell'urina.

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

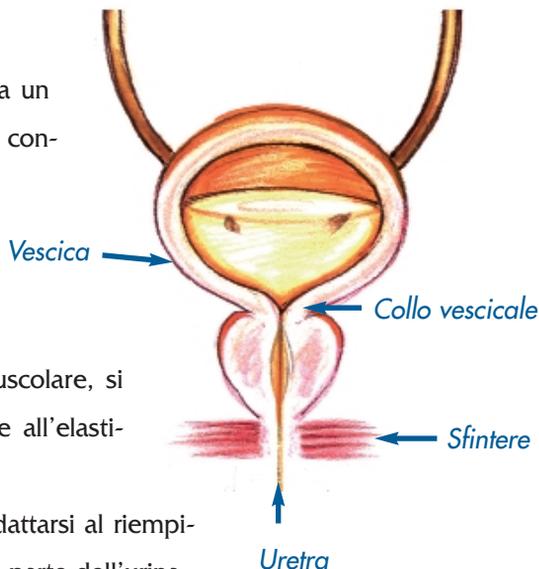
Contemporaneamente, una barriera cerca di opporsi come una diga alla spinta crescente dell'urina, che si va accumulando in vescica.

Questa barriera è costituita dall'uretra, il canale che si estende dalla base della vescica all'esterno e che è, nel suo tratto superiore, avvolto dalla prostata.

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

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

Mentre il serbatoio rappresentato dalla vescica fa il pieno di 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

È l'atto di urinare.

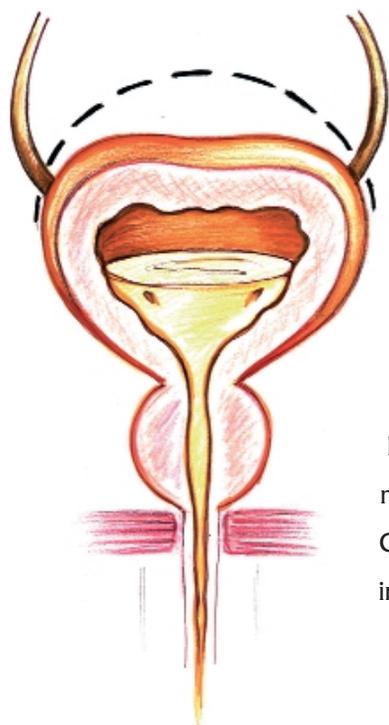
Quando la vescica non ce la fa più ad incamerare altro liquido vengono stimolati alcuni interruttori nervosi collocati nello spessore della parete della vescica. Il messaggio giunge al cervello, interpretato come desiderio e stimolo di fare pipì.

È giunto il momento di urinare!

È 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.

Alcuni esercizi semplificati per il pavimento pelvico



Il pavimento pelvico è l'insieme dei muscoli che chiudono dal basso il bacino, sostenendo i visceri contenuti nell'addome, compresi la vescica e l'intestino. Questi muscoli collaborano nel mantenere la continenza per le urine e per le feci. La contrazione di questi muscoli chiude il canale che porta l'urina dalla vescica all'esterno attraverso il pene (uretra) e chiude l'ano.

La rieducazione del pavimento pelvico può essere effettuata in Centri specialistici che il suo medico può indicarle. Nell'attesa o nella impossibilità ad essere inviato presso uno di questi Centri, può almeno iniziare a fare alcuni semplici esercizi.

Innanzitutto è bene che sappia riconoscere nel suo corpo questi muscoli: in posizione semisdraiata appoggi due dita sulla regione che va dai testicoli all'ano e provi a contrarre i muscoli del pavimento pelvico come per trattenere la pipì o come per far "rientrare" la base del pene. Se effettua il movimento corretto sentirà la contrazione dei muscoli sotto le dita e vedrà un piccolo movimento verso l'interno della base del pene.

Quando è sicuro del movimento, provi a rifarlo senza il controllo delle dita e della vista, cioè provi a "sentire" il movimento di contrazione e a sentire la differenza tra contrarre e rilasciare completamente questi muscoli.

Ora che sa quali sono i muscoli da contrarre, cerchi di contrarli per qualche secondo badando a non trattenere il fiato. Il ritmo del respiro deve continuare regolarmente. Non "spinga" verso il basso durante la contrazione del pavimento pelvico, immagini di "alleggerirlo" e di "attirare" il pene e i testicoli verso l'interno, sempre però continuando a respirare.

Faccia attenzione che tutti gli altri muscoli del corpo devono rimanere rilassati. Non cerchi di "aiutare" la contrazione del pavimento pelvico stringendo i glutei, o facendo rientrare l'addome, o chiudendo le gambe.

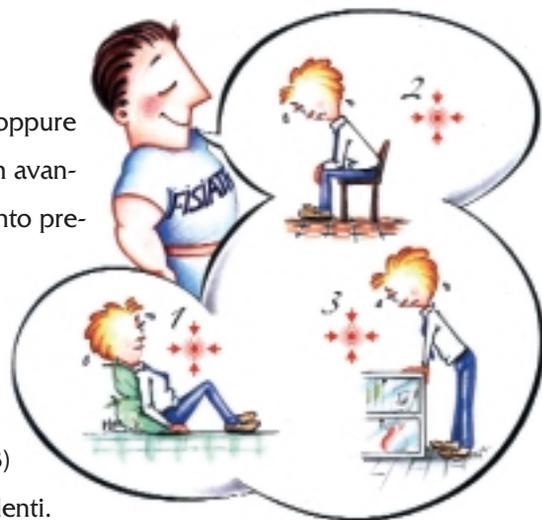
Ora che sa fare il movimento corretto, lo faccia nelle posizioni e con le modalità che elenchiamo:

1) In posizione semiseduta (fig. 1)

- Contragga i muscoli del pavimento pelvico per 1-2 secondi mentre espira (cioè in quella fase del respiro in cui si lascia uscire l'aria), poi rilasci bene e completamente per 4-5 secondi. Ripeta 5 volte.
- Contragga i muscoli del pavimento pelvico per 5 secondi (senza trattenerne il fiato), poi rilasci completamente per 10 secondi. Ripeta 5 volte.

2) In posizione seduta, su una sedia oppure sul water, leggermente inclinato in avanti (fig. 2), ripeta gli esercizi del punto precedente.

3) In piedi, con le anche leggermente piegate, e le mani appoggiate in avanti a un tavolo (fig. 3) ripeta gli esercizi dei punti precedenti.



Ripeta l'intera serie di esercizi 3 volte al giorno.

Si ricordi che il numero degli esercizi cambia in base alla condizione di allenamento dei suoi muscoli: se dopo alcuni esercizi non "sente" più la contrazione, interrompa e riprenda dopo qualche minuto di pausa; se invece esegue gli esercizi con facilità, ne aumenti gradualmente il numero.

Cerchi di usare questa sua nuova capacità di usare i muscoli per prevenire le perdite di urina, nell'attesa di rivolgersi a un Centro specializzato per la riabilitazione dell'incontinenza.

*Questo libretto non può esaurire
tutti gli aspetti
dell'incontinenza urinaria maschile
e tutte le sue domande.*

Per ulteriori informazioni contatti:



Fondazione italiana continenza

La Fondazione italiana continenza nasce nel 2000 dalla volontà di alcuni fra i massimi esperti in Italia in materia di incontinenza, che già da tempo avevano identificato il bisogno di lavorare per l'affermazione della rilevanza socio-sanitaria di una patologia sempre più diffusa.

La Fondazione italiana continenza si propone di combattere i pregiudizi che circondano l'incontinenza per contribuire al superamento del disagio nei confronti di una patologia che, per i pazienti e per i loro familiari, comporta un serio impatto psicologico, spesso aggravato dalla mancanza di informazioni puntali e approfondite.

La Fondazione italiana continenza raggruppa al suo interno rappresentanti di tutte le parti che compongono l'universo incontinenza: medici, associazioni dei pazienti, infermieri, aziende, enti ed organizzazioni, tutti con il comune obiettivo di far sì che i temi chiave di "consapevolezza" ed "educazione" in materia di incontinenza abbiano lo spazio di cui necessitano all'interno del sistema Italia.

Missione

La Fondazione italiana continenza è un ente senza fini di lucro che si propone di essere il principale referente in materia di incontinenza per tutti i pubblici interessati.

Inoltre, la Fondazione italiana continenza lavora per migliorare l'educazione sanitaria dei cittadini, contribuire alla preparazione degli operatori sanitari e sostenere il principio della qualità dei servizi delle strutture sanitarie in termini di prevenzione, riabilitazione e cura.

Oltre a promuovere la ricerca, l'istituzione di figure professionali specifiche e la sperimentazione scientifica, la Fondazione italiana continenza vuole svolgere un ruolo attivo in qualità di interlocutore del Ministero della Salute, delle Regioni e delle altre istituzioni governative e sanitarie, per tutti i temi relativi all'incontinenza.

Obiettivi

- Sensibilizzare sulle tematiche dell'incontinenza;
- identificare i bisogni dei pazienti e le possibili soluzioni;
- aiutare i pazienti a migliorare la qualità di vita e a superare il tabù;
- migliorare l'educazione sanitaria dei cittadini;
- contribuire alla preparazione degli operatori sanitari e all'istituzione di figure professionali specifiche;
- sostenere il principio della qualità dei servizi delle strutture sanitarie in termini di prevenzione, riabilitazione e cura;
- promuovere la ricerca;
- svolgere un ruolo attivo in qualità di interlocutore del Ministero della Salute, delle Regioni e delle altre istituzioni governative, per tutti i temi relativi all'incontinenza.

Pubblici di riferimento

La Fondazione italiana continenza si rivolge e riunisce tutti i soggetti coinvolti nella prevenzione, diagnosi e cura dell'incontinenza:

- Ministero della Salute, Regioni e altre istituzioni governative e sanitarie;
- pazienti e loro associazioni;
- comunità medica (medici di medicina generale, specialisti, infermieri, farmacisti, farmacoeconomisti);
- associazioni scientifiche;
- aziende del settore (produttori di farmaci, presidi chirurgici e dispositivi medici).

Networking

La Fondazione italiana continenza aderisce al **Continence Promotion Committee dell'International Continence Society** (<http://www.continenceworldwide.com>), organismo internazionale che riunisce circa trenta organizzazioni con il comune obiettivo di promuovere la conoscenza e le risposte socio/sanitarie in tema di incontinenza.



Pubblicato da: GPAnet s.r.l.
Corso Sempione, 44 - 20154 Milano

Stampato da: MAGICGRAPH
Via Galvani, 2 bis - Busto Arsizio (VA)

Finito di stampare nel mese di luglio 2006

*I dati, le informazioni e le immagini,
di cui al presente documento,
possono essere trascritte da terzi,
alla condizione che ne venga
espressamente citata la fonte
e data comunicazione scritta
all'Editore.*

