



Fondazione italiana
continenza

International Consultation on Incontinence (ICI)

Linee Guida
sull'Incontinenza Urinaria
Raccomandazioni ICI 2005

Traduzione a cura della
Fondazione italiana continenza



fondazione italiana
continenza

Prefazione

Milano, marzo 2008

In questa pubblicazione vengono presentati in lingua italiana gli Algoritmi Diagnostico-Terapeutici, e le relative note esplicative, che rappresentano la sintesi delle Raccomandazioni emerse nella 3° consultazione internazionale in tema di incontinenza del giugno 2004 e che sono contenute nei due corposi volumi "Incontinence" pubblicati nel 2005.

Walter Artibani
Presidente
Fondazione italiana continenza

Roberto Carone
Presidente comitato scientifico
Fondazione italiana continenza

Il testo è stato curato da Roberto Carone, Presidente del Comitato Scientifico della Fondazione, con la collaborazione di:

***Walter Artibani
Antonella Biroli
Mario De Gennaro
Claudio Simeone
Michele Spinelli***



Introduzione

Descrizione secondo la Medicina Basata sull' Evidenza dei passi principali per sviluppare ed attribuire un grado alle Raccomandazioni delle Linee Guida

L'**International Consultation on Urological Diseases (ICUD)** è un'organizzazione non governativa registrata presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO).

In questi ultimi dieci anni da parte della ICUD sono state organizzate *Consultazioni* sui seguenti temi: Ipertrofia Prostatica Benigna, Cancro Prostatico, Calcolosi Urinaria, Infezioni Ospedaliere, Disfunzione Erettile, Incontinenza Urinaria.

Queste Consultazioni, basandosi sull'evidenza scientifica, producono **Raccomandazioni** di quattro livelli: *altamente raccomandate, raccomandate, facoltative e non raccomandate*. Tale metodo si è rivelato molto utile, ma la ICUD ritiene che ci dovrebbero essere formulazioni più esplicite dei **Livelli di Evidenza** che generano conseguenti **Gradi di Raccomandazione**.

La "Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)" ha usato specifici livelli di evidenza per sostenere raccomandazioni nella diagnosi e terapia di varie patologie.

Il Centro di Oxford ("Oxford Centre For Evidence Based Medicine") ha prodotto una versione adattata, largamente accettata, del lavoro della "Agency for Health Care Policy and Research" (5 giugno 2001 <http://minerva.minervation.com/cebm/docs/levels.html>).

La ICUD ha esaminato le linee guida del Centro di Oxford ed ha valutato, con il gruppo di lavoro dello stesso Centro, la loro applicabilità alle Consultazioni organizzate dalla ICUD.

È altamente auspicabile che le raccomandazioni prodotte dalle Consultazioni seguano un sistema di "grading" accettato e supportato da espliciti livelli di evidenza.

La ICUD propone che le future consultazioni usino una versione modificata del sistema di Oxford che possa essere direttamente riprodotta sul sistema di Oxford.



1. I° passo: definire le specifiche domande ed asserzioni cui si suppone che le raccomandazioni siano rivolte.

2. II° passo: analizzare e valutare (Livello di Evidenza) i lavori scientifici rilevanti pubblicati in letteratura.

L'analisi della letteratura è un passo importante nella preparazione delle raccomandazioni e per la loro garanzia di qualità.

2.1 Quali lavori dovrebbero essere inclusi nell'analisi?

- Lavori pubblicati o accettati per la pubblicazione su riviste "peer reviewed".
- Il comitato dovrebbe fare del suo meglio per cercare lavori accettati per la pubblicazione su riviste "peer reviewed" sull'argomento specifico ma non ancora pubblicati
- Gli abstract pubblicati su riviste "peer reviewed" dovrebbero essere valutati. Se tali abstract sono di sufficiente interesse gli autori dovrebbero essere invitati a fornire maggiori dettagli sulla metodologia e sui risultati. I membri del comitato possono quindi sottoporre i dati al "peer review" e se i dati confermano quanto riportato nell'abstract, questo può essere incluso con una nota esplicativa.
- I lavori pubblicati su supplementi "non peer reviewed" non vengono inclusi.

Una lista esaustiva dovrebbe essere ottenuta mediante:

a. Le **maggiori fonti** che coprano gli ultimi dieci anni (es. Medline, Embase, Cochrane Library, Biosis, Science Citation Index)

b. Gli **indici** delle più importanti riviste di Urologia e di altre riviste ritenute importanti, degli ultimi tre mesi, per tenere conto del possibile ritardo nella indicizzazione dei lavori pubblicati.

L'esperienza dei membri del comitato rappresenta un'ulteriore garanzia che non vengano tralasciati importanti studi in questo processo di revisione.

2.2 Come sono analizzati gli articoli?

I lavori scientifici pubblicati su riviste "peer reviewed" presentano qualità e livelli di evidenza variabili.

Ogni comitato dovrà classificare i lavori scientifici sulla base dei livelli di evidenza (vedi sotto).

Il livello (forza) di evidenza di ogni singolo lavoro dipende dalla capacità del disegno dello studio di minimizzare il rischio di errori da preconcetto.

Il livello di evidenza è influenzato da:



- **Tipologia dello studio**

La gerarchia della tipologia di studio è:

- Revisioni sistematiche e meta-analisi di trials randomizzati controllati
- Trials randomizzati controllati
- Studi di coorte non randomizzati
- Studi caso-controllo
- "Case series"
- Opinione degli esperti

- **Qualità del disegno dello studio e della metodologia**

La mancata attenzione ad aspetti chiave della metodologia dello studio aumenta il rischio di "bias" o di fattori confondenti e riduce così l'affidabilità dello studio.

L'uso di check list standardizzate viene raccomandato per garantire che siano considerati tutti gli aspetti importanti e che venga utilizzato un approccio coerente nella valutazione metodologica dell'evidenza.

L'obiettivo della check list è di fornire una valutazione quantitativa ai singoli studi.

- **Qualità della stesura dello studio**

La ICUD ha adottato i criteri della CONSORT e la sua check list largamente accettato, che sono disponibili sul sito <http://www.consort-statement.org>

2.3 Come sono valutati gli articoli?

Gli articoli sono valutati seguendo una "**scala di livelli di evidenza**".

La ICUD ha modificato i livelli di evidenza dell'"Oxford Center for Evidence Based Medicine"

(<http://minerva.mirvation.com/cebm/dox/levels.html>).

Le scale dei livelli di evidenza sono differenti a seconda del tipo di studio (per esempio: terapia, diagnosi, diagnosi differenziale).

3. III° passo: Sintesi dell'evidenza

Dopo avere selezionato gli articoli e valutato il livello di evidenza di ogni studio, il passo successivo è fornire una sintesi degli studi e dell'orientamento dell'evidenza in una "**Evidence Table**".

4. IV° passo: Giudizio ponderato (integrazione dell'esperienza clinica individuale)

Dopo avere completato una rigorosa ed obiettiva sintesi delle evidenze il comitato deve allora fornire un giudizio sul grado di raccomandazione basato su questa evidenza. Ciò richiede un giudizio basato sull'esperienza



clinica così come sulla conoscenza dell'evidenza e sui metodi utilizzati per ottenerla. La medicina basata sull'evidenza richiede l'integrazione dell'esperienza clinica individuale con la migliore evidenza clinica disponibile dalla ricerca sistematica, senza la prima la pratica diverrebbe ingiustamente soggiogata dall'evidenza, dato che anche evidenze forti potrebbero essere inapplicabili o inappropriate sul singolo individuo; senza l'evidenza la pratica diventerebbe rapidamente obsoleta. Sebbene non sia facile applicare le nostre regole per elaborare un giudizio, i gruppi per la creazione di linee guida dovrebbero considerare l'evidenza in termini di qualità, quantità, consistenza, applicabilità, generalizzabilità ed impatto clinico.

5. V° passo: Grading finale

Il grado di raccomandazione è concepito per ottenere un equilibrio appropriato tra la complessità del tipo e della qualità dell'evidenza e il mantenimento di una chiarezza per gli utilizzatori delle linee guida.

Le raccomandazioni seguono il sistema del Centro di Oxford.

I **Livelli di Evidenza** descritti più avanti sono stati nuovamente modificati alla luce delle precedenti consultazioni. Ci sono ora quattro livelli di evidenza anziché cinque.

I **Gradi di Raccomandazione** invece non sono stati ridotti ed è stato aggiunto il grado "non possibile la raccomandazione".

6. Livelli di Evidenza e Gradi di Raccomandazione per gli interventi terapeutici

Tutti gli interventi terapeutici dovrebbero essere giudicati dall'insieme delle evidenze sulla loro efficacia, tollerabilità, sicurezza, rapporto rischi/benefici e costi/benefici. Attualmente per la maggior parte delle terapie esistono pochi dati sul rapporto costi/benefici.

6.1 Livelli di Evidenza

In primo luogo ogni Livello di Evidenza può essere positivo (la terapia funziona) o negativo (la terapia non funziona). Ad ogni studio viene attribuito un Livello di Evidenza.

- **Livello 1 di Evidenza** (comprende Oxford 1a,1b): generalmente include meta-analisi di trial randomizzati controllati (RCT) oppure un RCT di buona qualità oppure studi "all or none" nei quali non è possibile il non trattamento, (per esempio nelle fistole vescico-vaginali).
- **Livello 2 di Evidenza** (comprende Oxford 2a, 2b, 2c): include RCT di bassa qualità (per esempio < 80% follow up) oppure meta-analisi di studi di coorte prospettici omogenei di buona



qualità. Questi possono includere un singolo gruppo quando gli individui che sviluppano il problema vengono comparati con altri che provengono dal gruppo coorte originale. Ci possono essere coorti parallele dove i pazienti nel primo gruppo vengono comparati con quelli del secondo gruppo.

- **Livello 3 di Evidenza** (comprende Oxford 3a, 3b, 4): include Studi caso-controllo retrospettivi di buona qualità dove un gruppo di pazienti è confrontato appropriatamente (per età, sesso, ecc.) con individui sani che costituiscono il controllo.
"Case series" di buona qualità dove un gruppo di pazienti, tutti con la stessa patologia e stessa terapia, viene descritto senza gruppo di controllo.
- **Livello 4 di Evidenza** (comprende Oxford 4): include l'Opinione degli esperti basata non sull'evidenza ma su principi primi (fisiologici o anatomici) o sulla ricerca di base. Il procedimento Delphi può essere utilizzato per dare maggiore autorità all'opinione degli esperti: vengono poste una serie di domande a una commissione; le risposte vengono raccolte in una serie di opzioni; le opzioni sono classificate in serie; se viene raggiunto un 75% di concordanza allora può essere fatta una conferenza di consenso.

6.2 Gradi di raccomandazione

La ICUD utilizzerà i quattro gradi del sistema di Oxford. Così come per i Livelli di Evidenza, i Gradi di Raccomandazione possono essere impiegati sia in positivo (effettuare la procedura) sia in negativo (non effettuare la procedura). Laddove vi sia disomogeneità nell'evidenza, per esempio se ci fossero tre RCT ben condotti che indicano che il farmaco A è superiore al placebo, ma un RCT i cui risultati mostrano che non vi è differenza, allora vi deve essere un giudizio ad hoc riguardo al grado di raccomandazione e ne va spiegato il razionale.

- **Grado A di Raccomandazione.** Generalmente deriva da una consistente Evidenza di Livello 1 e spesso significa che la raccomandazione è di fatto obbligatoria ed inserita in un percorso clinico di cura. Comunque, ci sono occasioni in cui un'eccellente evidenza (Livello 1) non porta ad un Grado A di Raccomandazione, per esempio, se la terapia è costosa in modo proibitivo, pericolosa o non etica. Il Grado A di Raccomandazione può conseguire ad un Livello 2 di Evidenza. Comunque, un Grado A di Raccomandazione necessita di una maggiore corposità di



evidenze qualora sia basato su qualsiasi altra cosa che non sia il Livello 1 di Evidenza.

- **Grado B di Raccomandazione.** Generalmente si basa su studi consistenti di Livello 2 e/o 3 o su una "maggioranza delle evidenze" proveniente da RCT.
- **Grado C di Raccomandazione.** Generalmente si basa su studi di Livello 4 o su una "maggioranza delle evidenze" da studi di Livello 2/3 o sull'opinione degli esperti secondo il procedimento Delphi.
- **Grado D "non è possibile alcuna raccomandazione".** Dovrebbe essere utilizzato laddove l'evidenza sia inadeguata o controversa e quando l'opinione degli esperti sia trasmessa senza essere sottoposta a un processo analitico-formale come il procedimento Delphi.

7. Livelli di Evidenza e Gradi di Raccomandazione per i metodi di valutazione e indagine

Dalle discussioni iniziali con il gruppo di Oxford risulta chiaro che l'applicazione dei Livelli di Evidenza e Gradi di Raccomandazione per le tecniche diagnostiche risulta molto più complesso che per gli interventi terapeutici. La ICUD raccomanda che qualsiasi test sia soggetto, come minimo, a tre domande:

1. Il test ha una buona performance sotto il profilo tecnico, per esempio, tre parti dello stesso campione di urina danno lo stesso risultato allo stix test ?
2. Il test ha una buona performance sotto il profilo diagnostico, in maniera ideale verso una misura "gold standard"?
3. Il test ha una buona performance sotto il profilo terapeutico, cioè, l'uso del test cambia la gestione clinica, l'uso del test migliora l'outcome?

Per la terza parte (performance sotto il profilo terapeutico) può essere utilizzato lo stesso approccio della sezione 6.

8. Livelli di Evidenza e Gradi di Raccomandazione per le Scienze di Base e gli Studi Epidemiologici

Il sistema proposto dalla ICUD non si adatta bene a queste aree della scienza. E' necessario portare avanti ulteriori ricerche per sviluppare espliciti Livelli di Evidenza che possano portare a raccomandazioni riguardo alla validità dei dati in questi importanti aspetti della medicina.



CONCLUSIONI

La ICUD ritiene che le proprie consultazioni debbano seguire il sistema ICUD di Livelli di Evidenza e Gradi di Raccomandazione quando possibile. Questo sistema può essere riportato al sistema di Oxford.

Ci sono aree del sistema ICUD che richiedono ulteriori ricerche e sviluppi, in particolar modo le prestazioni diagnostiche e il rapporto costo-efficacia oltre che aspetti come quello della preferenza del paziente.



INCONTINENZA URINARIA MASCHILE - Gestione Iniziale

1. Valutazione

Questa fase dovrebbe identificare: gli uomini con incontinenza "**complicata**" associata con **ematuria, dolore, infezioni ricorrenti**, o gli uomini con un evidente o sospetto **alterato svuotamento vescicale**, per esempio dovuto ad ostruzione cervico-uretrale, per i quali si raccomanda una **gestione specialistica**.

Un **alterato svuotamento vescicale** si può sospettare in base ai sintomi, all'esame obiettivo o mediante imaging condotto con radiografia o ecografia post-minzionali.

La **valutazione iniziale** ha come scopo **l'identificazione di 3 gruppi di uomini** passibili di **trattamento iniziale**:

- a. Quelli con **gocciolamento post-minzionale** come unico sintomo
- b. Quelli con sintomi di **urgenza**, con o senza incontinenza da urgenza, associati a pollachiuria e nicturia (vescica iperattiva)
- c. Quelli con **incontinenza post-prostatectomia**

2. Trattamento

a. Il **gocciolamento post-minzionale non** richiede una **valutazione** e solitamente può essere efficacemente trattato con esercizi del pavimento pelvico e compressione manuale dell'uretra bulbare alla fine della minzione (grado A).

b. **L'incontinenza da urgenza** e gli altri sintomi di vescica iperattiva dovrebbero essere trattati inizialmente in modo **non invasivo** (grado C):

- Modificazioni dello stile di vita (grado C).
- Esercizi del pavimento pelvico (grado C).
- Ginnastica vescicale (grado C).
- Farmaci antimuscarinici, se si sospetta un'iperattività detrusoriale come causa dei sintomi di vescica iperattiva.
- I farmaci alfa-litici possono essere considerati se si crede che possa esserci una condizione di ostruzione allo svuotamento vescicale.

c. **L'incontinenza da sforzo post-prostatectomia** dovrebbe essere trattata inizialmente con esercizi del pavimento pelvico (grado A), integrati con modificazioni dello stile di vita (grado B) o rieducazione vescicale (grado C).



3. Valutazione del risultato

Se il **trattamento iniziale** dovesse rivelarsi **inefficace**, dopo un ragionevole lasso di tempo (8-12 settimane), il paziente dovrebbe essere inviato ad una **consulenza specialistica**.

Nota: per il Paziente potrebbe essere necessario utilizzare **dispositivi per l'incontinenza** in attesa del trattamento definitivo.



Algoritmo n.1 Gestione Iniziale dell'IU nell'Uomo





INCONTINENZA URINARIA MASCHILE - Gestione Specialistica

Lo specialista dovrebbe, dapprima, **reimpostare la gestione iniziale** se ha l'impressione che le terapie precedenti siano state condotte in maniera inadeguata.

1. Valutazione

I **Pazienti inviati direttamente ad una gestione specialistica** richiedono con tutta probabilità indagini addizionali quali esami citologici, uretrocistoscopia e imaging dell'apparato urinario.

Se tali indagini risultano nella norma, allora queste persone possono essere trattate per l'incontinenza tramite la gestione iniziale o specialistica.

Se persistono sintomi suggestivi di iperattività detrusoriale o di deficit sfinterico, allora lo studio urodinamico è altamente raccomandato al fine di giungere ad una diagnosi di certezza.

2. Trattamento

Nel caso in cui la gestione di base abbia fallito, e a condizione di una incontinenza che incida **pesantemente sulla qualità di vita** della persona, allora bisognerebbe considerare **terapie invasive**.

Per il **deficit sfinterico** l'opzione raccomandata è lo **sfintere urinario artificiale** (grado B).

Per l'**iperattività detrusoriale idiopatica** (con sintomi intrattabili di vescica iperattiva), le terapie raccomandate sono la cistoplastica di ampliamento (grado C), l'autoampliamento (grado D), la neuromodulazione e la derivazione urinaria (grado B).

Se l'**incontinenza** urinaria è associata ad una **alterazione dello svuotamento vescicale** e ad una ipoattività detrusoriale, è raccomandato che siano utilizzati metodi per assicurare lo svuotamento vescicale, come ad esempio il cateterismo ad intermittenza (Grado B/C)



Se l'incontinenza urinaria è associata ad **ostruzione cervico-uretrale**, allora bisogna considerare trattamenti chirurgici per eliminare l'ostruzione (grado B/C). I farmaci alfa-litici e gli inibitori della 5-alfa-reduttasi dovrebbero essere un trattamento opzionale (grado C/D).

Nota:

Al momento della stesura:

La **tossina botulinica** appare **promettente** nel trattamento dell'**iperattività** detrusoriale sintomatica, non responsiva ad altre terapie. Emergono alcune evidenze in relazione alla sicurezza dell'uso dei farmaci **antimuscarinici** per i sintomi della vescica iperattiva negli **uomini**, principalmente in combinazione con gli **alfa-litici**.



Algoritmo n. 2 Gestione Specialistica dell'IU nell'Uomo





INCONTINENZA URINARIA FEMMINILE - Gestione Iniziale

1. Valutazione

In questa fase si dovrebbe identificare:

- **I gruppi di incontinenza "complicata".**

Un tipo di incontinenza molto grave origina da danni di natura ostetrica e da **fistole urinarie** in certe zone dei Paesi in via di sviluppo. Questi danni devastanti colpiscono milioni di donne nell'Africa sub-Sahariana. Queste donne costituiscono un gruppo speciale di pazienti che necessitano di essere identificate nella valutazione iniziale e che richiedono una gestione specialistica.

Altri gruppi includono le donne che hanno **dolore o ematuria, infezioni ricorrenti**, sospette o documentate disfunzioni della fase di svuotamento, **prolasso genito-urinario significativo** o che hanno incontinenza persistente o ricorrente dopo **precedenti terapie chirurgiche**, così come dopo **irradiazione pelvica, chirurgia pelvica radicale, o precedente chirurgia per l'incontinenza.**

- Durante la valutazione iniziale occorre identificare **altri tre principali gruppi**:
 - a. Le donne con **incontinenza da sforzo** durante l'attività fisica.
 - b. Le donne con **urgenza, frequenza ed incontinenza da urgenza** (vescica iperattiva).
 - c. Le donne con **incontinenza mista** da urgenza e da sforzo.

Nelle donne, l'**esame obiettivo dell'addome, della pelvi e del perineo** dovrebbe essere una parte routinaria della valutazione fisica.

Alle donne viene chiesto di effettuare uno "**stress test**" (tossire e ponzare, per individuare una perdita di urina dovuta verosimilmente ad un'incompetenza sfinterica).

Occorre valutare le alterazioni della statica pelvica (**prolasso**) o l'**atrofia uro-genitale.**

L'**esplorazione rettale o vaginale** permette la valutazione della contrazione muscolare volontaria del pavimento pelvico, passo importante prima dell'insegnamento degli esercizi per la muscolatura pelvi-perineale.



2. **Trattamento**

- Il **trattamento iniziale** dovrebbe includere interventi sullo stile di vita, esercizi per la muscolatura del pavimento pelvico eseguiti sotto supervisione, ginnastica vescicale eseguita sotto supervisione, per le donne con incontinenza urinaria da sforzo, incontinenza da urgenza o incontinenza urinaria mista (grado A).
- Gli **interventi sullo stile di vita** includono la perdita di peso, l'eliminazione dell'abitudine al fumo, e modificazioni dell'assunzione di cibo e di liquidi (inclusa la caffeina) (grado A).
- Se si individua una **deficienza di estrogeni** e/o un'**infezione urinaria**, la paziente dovrebbe essere trattata e quindi rivalutata dopo un adeguato lasso di tempo (grado B).
- I trattamenti conservativi possono essere integrati con un'adeguata **terapia farmacologica**. **Antimuscarinici** per la vescica iperattiva, **inibitori della ricaptazione di serotonina e noradrenalina** per l'incontinenza urinaria da sforzo (grado A).
- Nelle donne con **incontinenza urinaria mista**, dovrebbe essere trattato **prima il sintomo predominante** (grado C).

Alcune donne con **prolasso significativo** coesistente possono essere trattate con il pessario.

Il trattamento iniziale dovrebbe essere **protratto per 8-12 settimane** prima di una rivalutazione e di un eventuale invio alla gestione successiva specialistica.

Nota: Può essere necessario per le donne ricorrere all'uso di **ausili per incontinenza** in attesa del trattamento definitivo.

Per alcune donne con **importante prolasso** possono essere utilizzati **dispositivi vaginali**, che trattano sia l'incontinenza sia il prolasso.



Algoritmo n.3 Gestione Iniziale dell'IU nella Donna





INCONTINENZA URINARIA FEMMINILE - Gestione Specialistica

1. Valutazione

Le donne che hanno un'**incontinenza "complicata"** (vedi algoritmo iniziale) potrebbero necessitare di esami diagnostici addizionali come gli esami citologici, uretrocistoscopia, o imaging dell'apparato urinario. **Se questi esami diagnostici sono nella norma**, allora la donna con incontinenza dovrebbe essere trattata secondo le appropriate opzioni della gestione iniziale o specialistica.

- **le donne per le quali la gestione iniziale ha fallito**, e quelle con **qualità di vita compromessa**, richiedono evidentemente un trattamento ulteriore. Nel caso in cui la gestione iniziale sia stata condotta adeguatamente potrebbe essere opportuno ricorrere ad **una terapia interventistica**. Prima di questa **si raccomanda vivamente** di eseguire una **valutazione urodinamica** al fine di diagnosticare il tipo di incontinenza e scegliere la strategia terapeutica da seguire. Durante l'esame urodinamico **è opzionale valutare la funzione uretrale tramite il profilo pressorio dell'uretra (UPP) e l'identificazione della pressione al punto di fuga (LPP)**.
- È vivamente raccomandata una sistematica valutazione del **prolasso vaginale**, ed è consigliato l'utilizzo del metodo ICS negli studi di ricerca. Le donne con **prolasso vaginale associato** ad incontinenza dovrebbero essere appropriatamente trattate per il loro prolasso.
- Le donne in Paesi in via di sviluppo con fistole causate da **danni ostetrici** non richiedono una valutazione urodinamica e sono trattate al meglio in centri specializzati nel trattamento delle fistole.

2. Trattamento

- **Se si conferma la diagnosi di incontinenza da sforzo urodinamica** le opzioni di trattamento che sono raccomandate, per le pazienti con un **certo grado di mobilità uretrale o del collo vescicale**, includono tutto il panorama dei trattamenti non chirurgici, e le varie procedure chirurgiche di sospensione retropubica e di sling sotto-cervicali e sotto-uretrali. Può eventualmente essere opportuna una correzione simultanea del prolasso vaginale.



Per le pazienti con **deficit sfinterico intrinseco** e limitata mobilità del collo vescicale, si possono considerare le procedure con sling, le infiltrazioni con agenti volumizzanti (bulking therapy) e lo sfintere urinario artificiale.

- L'**incontinenza da urgenza sostenuta da una iperattività detrusoriale** (vescica iperattiva) può essere trattata con la neuromodulazione o l'intervento di cistoplastica di ampliamento. La miomectomia detrusoriale è una procedura opzionale (autoampliamento).
- Le pazienti con **disfunzioni della fase di svuotamento con significativo residuo post-minzionale** (ad esempio maggiore del 30% della capacità vescicale totale) possono presentare una condizione di **ostruzione o un'ipocontrattilità detrusoriale**. Il prolasso è una comune causa di alterata funzione di svuotamento.

Nota: al momento della stesura:

-la tossina botulinica si mostra promettente nel trattamento dell'iperattività detrusoriale sintomatica non responsiva ad altre terapie.



Algoritmo n. 4 Gestione Specialistica dell'IU nella Donna





INCONTINENZA URINARIA NEUROGENA - Gestione iniziale

1. Valutazione

Nella valutazione del paziente con disfunzione vescico-sfinterica su base neurogena la gestione è correlata alla **definizione del verosimile meccanismo con il quale si viene a determinare l'incontinenza**, che a sua volta dipende dalla **sede di lesione del sistema nervoso**. Ne consegue che i pazienti con incontinenza neurogena possono essere distinti in gruppi differenti (dei quali i primi due dovrebbero essere gestiti da specialisti con particolare interesse e formazione nel trattamento delle disfunzioni neurogene vescico-sfinteriche):

a. Lesioni periferiche

Includono le **lesioni dei nervi periferici**, ad esempio legate a chirurgia pelvica allargata come per il trattamento del cancro del retto e della cervice. Sono inoltre comprese le lesioni che coinvolgono la **parte più distale del midollo spinale** (cono e cauda equina) ad esempio per compressioni discali a livello lombare.

b. Lesioni centrali al di sotto del ponte

Le lesioni midollari sovrasacrali e sottopontine, ad esempio da lesione traumatica del midollo spinale, vanno gestite da specialisti con particolare interesse e formazione nel trattamento delle disfunzioni neurogene vescico-sfinteriche e vanno trattate in relazione al quadro urodinamico: il trattamento iniziale va mantenuto per 8-12 settimane prima di una rivalutazione ed una possibile gestione specialistica.

c. Lesioni centrali sovrapontine

Le lesioni centrali sovrapontine includono per esempio gli esiti di accidenti cerebro-vascolari, ictus, morbo di Parkinson e sclerosi multipla.

Durante la gestione iniziale

- un **esame obiettivo** è importante al fine di cercare di differenziare i 3 gruppi ed un semplice **esame neurologico** dovrebbe costituire la routine.
- una valutazione del **residuo post-svuotamento** (preferibilmente ecografico) è vivamente raccomandata. In presenza di residuo significativo è d'obbligo una diagnostica per immagini dell'alta via escretrice urinaria.



2. Trattamento

Un **trattamento iniziale** è indicato per il numeroso gruppo di pazienti con incontinenza da lesione sovrapiombata come nell'ictus cerebrale. I pazienti vanno inizialmente valutati rispetto al grado di **mobilità** e di **collaborazione**, in quanto questi due fattori sono determinanti nella scelta terapeutica

I trattamenti raccomandati sono: **terapia comportamentale** (incluso lo svuotamento programmato) e l'utilizzo di **farmaci miorilassanti del detrusore** per la presenza di presunta iperattività.

L'utilizzo di dispositivi esterni o di cateterizzazione a permanenza possono essere necessari nei pazienti con completo deficit motorio o non collaboranti.



Algoritmo n. 5 Gestione Iniziale dell'IU Neurogena





INCONTINENZA URINARIA NEUROGENA - Gestione specialistica

1. Valutazione

La maggior parte dei pazienti con **lesioni periferiche o centrali sottopontine** necessitano di una gestione specialistica.

Gli **studi urodinamici** sono altamente raccomandati in questi pazienti al fine di definire la disfunzione vescico-uretrale. La **valutazione morfologica dell'alto tratto urinario** è necessaria nella maggior parte dei pazienti e studi più dettagliati sia morfologici che **funzionali renali** sono suggeriti in alcuni casi.

L'urodinamica definisce la funzione di riempimento, con valutazione dell'iperattività del detrusore e dell'incontinenza da sforzo secondaria a denervazione periferica, che sono le situazioni disfunzionali più comuni. Durante la fase di svuotamento l'iperattività sfinterica e l'ipoattività detrusoriale risultano le situazioni principali di alterato o mancato svuotamento.

2. Trattamento

Il trattamento è concettualmente lineare, tuttavia le opzioni terapeutiche sono molteplici.

L'algoritmo definisce le opzioni raccomandate.

In presenza di **incompetenza sfinterica** le opzioni raccomandate sono lo sfintere artificiale, le procedure di sling (nella donna) e, in pazienti selezionati, l'utilizzo di materiali iniettabili.

La **coesistenza di disfunzioni** è comune (ad esempio nel mielomeningocele).

L'incontinenza può essere ricondotta ad una combinazione di iperattività detrusoriale e deficit sfinterico da causa neurogena periferica.

Il residuo post-minzionale può essere causato da una ipoattività del detrusore così come da una ostruzione funzionale dei meccanismi di chiusura. Ogni elemento della disfunzione necessita di essere trattato. Occorre comunque ricordare che **la preservazione della funzione dell'alto apparato urinario** risulta l'elemento di primaria importanza



Algoritmo n. 6 Gestione Specialistica dell'IU Neurogena





INCONTINENZA URINARIA NEL BAMBINO - Gestione Iniziale

1. Valutazione

Questa fase dovrebbe identificare:

- Un gruppo di bambini con **incontinenza complicata** associata a:
 - infezioni urinarie ricorrenti
 - sintomi minzionali o evidenza di incompleto svuotamento vescicale
 - malformazioni dell'apparato urinario
 - precedente chirurgia pelvica
 - neuropatia

Questo gruppo di condizioni dovrebbe prevedere una **gestione specialistica** fin dall'inizio.

Due altri gruppi principali di bambini dovrebbero essere identificabili per mezzo della valutazione iniziale:

- a) **enuresi notturna** senza altri sintomi (monosintomatica)
- b) **sintomi diurni** di frequenza, urgenza, incontinenza da urgenza con o senza incontinenza notturna

I bambini pongono **specifici problemi di gestione** per numerose ragioni: la valutazione richiede **aiuto dai genitori** e dai tutori; **il consenso al trattamento può essere problematico** e ottenere la **collaborazione** nel processo di valutazione e di trattamento **può essere difficile**.

Nei bambini, la **storia clinica** e la **valutazione generale** richiedono attenzione particolare non soltanto nel raccogliere accuratamente ogni dettaglio relativo alle caratteristiche dell'incontinenza ma anche nel valutare eventuali disturbi dell'alvo, l'ambiente sociale e lo sviluppo comportamentale in generale; ognuna di queste voci dovrebbe essere rigorosamente valutata e annotata.

L'**esame obiettivo** dovrebbe essere volto a riconoscere una vescica palpabile, ogni eventuale anomalia dei genitali esterni, segni di incontinenza ed evidenza di anomalie nell'area gluteo-sacrale (es. fossetta glutea) o dei piedi. Se possibile, il bambino dovrebbe essere osservato mentre mingia.



2. Trattamento

Il trattamento iniziale dovrebbe essere instaurato per i soggetti con enuresi notturna "non complicata" e/o con sintomi diurni.

- a. **L'enuresi notturna monosintomatica** dovrebbe essere inizialmente trattata con **l'allarme notturno** (Grado A). Altre opzioni terapeutiche comprendono **modifiche comportamentali**, diari per annotare gli episodi enuretici e **analoghi dell'ormone antidiuretico**.
- b. **L'incontinenza diurna** dovrebbe essere trattata con "training" minzionale (minzioni a orario) associata o meno a **terapia antimuscarinica** (Grado B).

In caso di fallimento del trattamento iniziale sia per l'enuresi che per l'incontinenza diurna dopo un ragionevole periodo di tempo (8-12 settimane), è fortemente raccomandato un consulto specialistico

Altre condizioni tipiche dell'adulto **possono essere presenti nei bambini**, ad esempio l'incontinenza urinaria da sforzo.



Algoritmo n.7 Gestione Iniziale dell'IU nel Bambino





INCONTINENZA URINARIA NEL BAMBINO - Gestione Specialistica

Il **gruppo** di bambini con incontinenza "**complicata**" dovrebbero essere trattati dallo specialista fin dall'inizio.

Tre altri gruppi di bambini con incontinenza dovrebbero essere trattati in maniera specialistica:

- quelli in cui **il trattamento di base non ha avuto successo**
- i bambini la cui incontinenza è dovuta, o associata, a **malformazioni del tratto urinario**
- i bambini senza malformazioni dell'apparato urinario, ma con **infezioni urinarie ricorrenti** e **minzione disfunzionale** accertata o sospetta

1. Valutazione

Nell'ambito di un ulteriore approfondimento, è **fortemente raccomandata** la misurazione del flusso urinario (in bambini di età adeguata), associata a valutazione ecografica del **residuo urinario** e del tratto urinario superiore.

E' altresì necessario considerare l'opportunità di ulteriori '**imaging**' renali (scintigrafia, urografia) e del **basso tratto urinario** e/o **uretrocistoscopia**. L'indicazione a quest'ultima è tuttavia rara.

Studi urodinamici sono **fortemente raccomandati** se:

- Sono considerate **procedure invasive**, ad esempio un trattamento chirurgico dell'incontinenza da sforzo, se è presente una incompetenza sfinterica o un ampliamento vescicale, se è presente iperattività del detrusore.
- se vi è **dilatazione del tratto urinario superiore** che si ritiene secondaria a disfunzione vescicale

Studi urodinamici non sono indicati: se il paziente ha '**imaging**' del **tratto urinario superiore normale** e deve essere trattato con metodi non invasivi, ad esempio bio-feedback (con o senza elettromiografia) per disfunzione minzionale.

Imaging vetrebo-midollare (Ecografia, Rx, RM) si possono rendere necessari in caso di sospetto di **malformazione ossea** o di **condizioni neurologiche**.



2. Trattamento

Il trattamento dell'incontinenza associata a **malformazioni dell'apparato urinario** è complesso e non può essere ricondotto ad un algoritmo.

I **bambini con disturbi dell'alvo** dovrebbero essere trattati di conseguenza.

Il trattamento dell'**incontinenza da sforzo** e dell'**incontinenza da urgenza**, in assenza di disfunzioni minzionali è di tipo **non-invasivo** ed è raro che procedure invasive siano necessarie; questi bambini dovrebbero essere esclusivamente gestiti da medici con elevato grado di esperienza nel campo dell'incontinenza pediatrica.

Se l'incontinenza è associata a **disfunzione minzionale**, che comporta residuo post-minzionale significativo (>30 % della capacità vescicale totale) il trattamento iniziale dovrebbe essere volto ad ottenere un miglior svuotamento vescicale mediante **biofeedback** e **cateterismo intermittente** (Grado B/C); questo trattamento dovrebbe essere impartito da personale altamente specializzato nella gestione e nella cura dei bambini.



Algoritmo n. 8 Gestione Specialistica dell'IU nel Bambino





INCONTINENZA URINARIA NEGLI ANZIANI FRAGILI

In generale, gli anziani dovrebbero ricevere **le stesse possibilità di cura** delle persone più giovani.

Tuttavia, gli anziani **presentano problemi peculiari** e le terapie vanno di conseguenza adattate. E' inoltre implicito nel termine "fragile" che queste persone possono anche **non desiderare, né essere sufficientemente proponibili** per tutte le possibili terapie che sono a disposizione per persone più sane o più giovani. **L'estensione delle indagini e dei trattamenti** negli anziani fragili dovrebbe prendere in considerazione **il grado di fastidio** (accettazione) per il paziente e/o la persona che si prende cura di loro, le loro **motivazioni** ed il livello di **collaborazione** (compliance), come pure occorre considerare **la prognosi globale e l'aspettativa di vita**. Allo stesso tempo, va detto che un trattamento efficace che raggiunga gli obiettivi è possibile per molti anziani fragili (C).

ANAMNESI E VALUTAZIONE DEI SINTOMI

Questo algoritmo si applica alla valutazione dell'incontinenza urinaria in persone fragili.

Molti degli stessi principi si applicano anche all'incontinenza fecale negli anziani fragili (specialmente quelli che riguardano la valutazione ed il trattamento di condizioni potenzialmente trattabili o modificabili e i farmaci che possono essere causa o peggiorare l'incontinenza).

1. Valutazione

Il primo passo dovrebbe essere quello di valutare ed individuare le condizioni **trattabili** o **potenzialmente reversibili**, in seguito si procede con **l'esame fisico** che deve essere mirato alla individuazione di **comorbilità** ed a una **valutazione funzionale**.

L'acronimo "**DIAPPERS**" memorizza alcune di queste condizioni. La raccolta di sintomi intestinali, l'esame rettale ed un diario intestinale dovrebbero essere presi in considerazione. Sebbene la maggior parte dei casi di incontinenza fecale abbia un'origine multifattoriale, il compito primario della valutazione è quello di distinguere un'incontinenza secondaria ad ampolla rettale troppo piena (over-flow), associata a stipsi, da quella secondaria ad altre cause. Seppure si raccomanda la misurazione del **residuo post-minzionale**, perché potrebbe influenzare la scelta del trattamento, si riconosce che spesso questa non è praticabile, ed in molti casi può non modificare il trattamento globale. Uno svuotamento vescicale inadeguato può essere presente sia nei maschi che



nelle donne anziane per varie ragioni tra cui l'**ostruzione** e l'**ipocontrattilità del detrusore**. Il trattamento di condizioni coesistenti può ridurre il residuo post-minzionale, come per esempio, il trattamento della stipsi e l'interruzione di farmaci ad azione antimuscarinica. Non esiste in questa popolazione una quantità di residuo definita, ma un residuo superiore a 100 ml nei maschi e 200 ml nelle donne è da considerarsi elevato ed un residuo inferiore non esclude un'ostruzione.

DIAGNOSI CLINICA

L'incontinenza urinaria mista (incontinenza urinaria da sforzo e sintomi da incontinenza da urgenza) è comune nelle donne anziane. Un test da sforzo con colpo di tosse va considerato se la diagnosi può influenzare la scelta di trattamento (ad esempio possibilità di chirurgia). L'incontinenza da urgenza associata ad elevato residuo (senza ostruzione), conosciuta come iperattività detrusoriale con deficit di contrattilità (DHIC) è anch'essa comune negli anziani fragili.

2. Gestione Iniziale

Il trattamento iniziale dovrebbe essere individualizzato e influenzato dalla diagnosi clinica più probabile.

La terapia conservativa e comportamentale per l'incontinenza urinaria e fecale include modifiche nello stile di vita (C), il training vescicale nei pazienti più adatti e attenti (B), lo svuotamento vescicale assistito per i pazienti più disabili (C), e svuotamenti incoraggiati per i pazienti più fragili e con maggiori problemi cognitivi. Per persone fragili selezionate, con facoltà cognitive integre, possono essere presi in considerazione gli esercizi di ginnastica perineale, ma tale terapia non è stata ancora ben valutata in studi controllati in questa popolazione (C). Un tentativo prudente di utilizzare **farmaci antimuscarinici** può essere preso in considerazione in aggiunta al trattamento conservativo nell'**incontinenza da urgenza** (C). Lo stesso dicasi per gli **alfa-bloccanti** che possono essere con cautela presi in considerazione per facilitare lo svuotamento vescicale nei maschi con **elevato residuo** (C) e così pure una terapia estrogenica locale può essere presa in considerazione per le donne con atrofia vaginale/uretrale (C). In **tutti i trattamenti farmacologici**, è importante **iniziare con un basso dosaggio** e aumentare le dosi con controlli seriati dell'efficacia e tollerabilità sino al raggiungimento dell'effetto desiderato od al subentro di



effetti collaterali indesiderati. Per l'incontinenza fecale secondaria ad ampolla troppo piena, si raccomanda la pulizia intestinale con perette, supposte, enteroclistmi e lassativi (C). La loperamide può essere utilizzata per l'incontinenza fecale in assenza di stipsi (B).

3. Gestione Specialistica

Se dopo la valutazione iniziale degli anziani fragili con incontinenza urinaria emergono **altri fattori significativi** (ad esempio dolore, ematuria, rettorragia, diarrea persistente), devono essere prese in considerazione **indagini specialistiche**. L'invio a specialisti può inoltre essere appropriato per coloro che non hanno risposto adeguatamente al trattamento iniziale e si desiderino ulteriori indagini/ trattamenti per migliorare la continenza e la qualità di vita.

L'età di per sé non è una controindicazione per un trattamento chirurgico dell'incontinenza (C), ma prima del trattamento chirurgico:

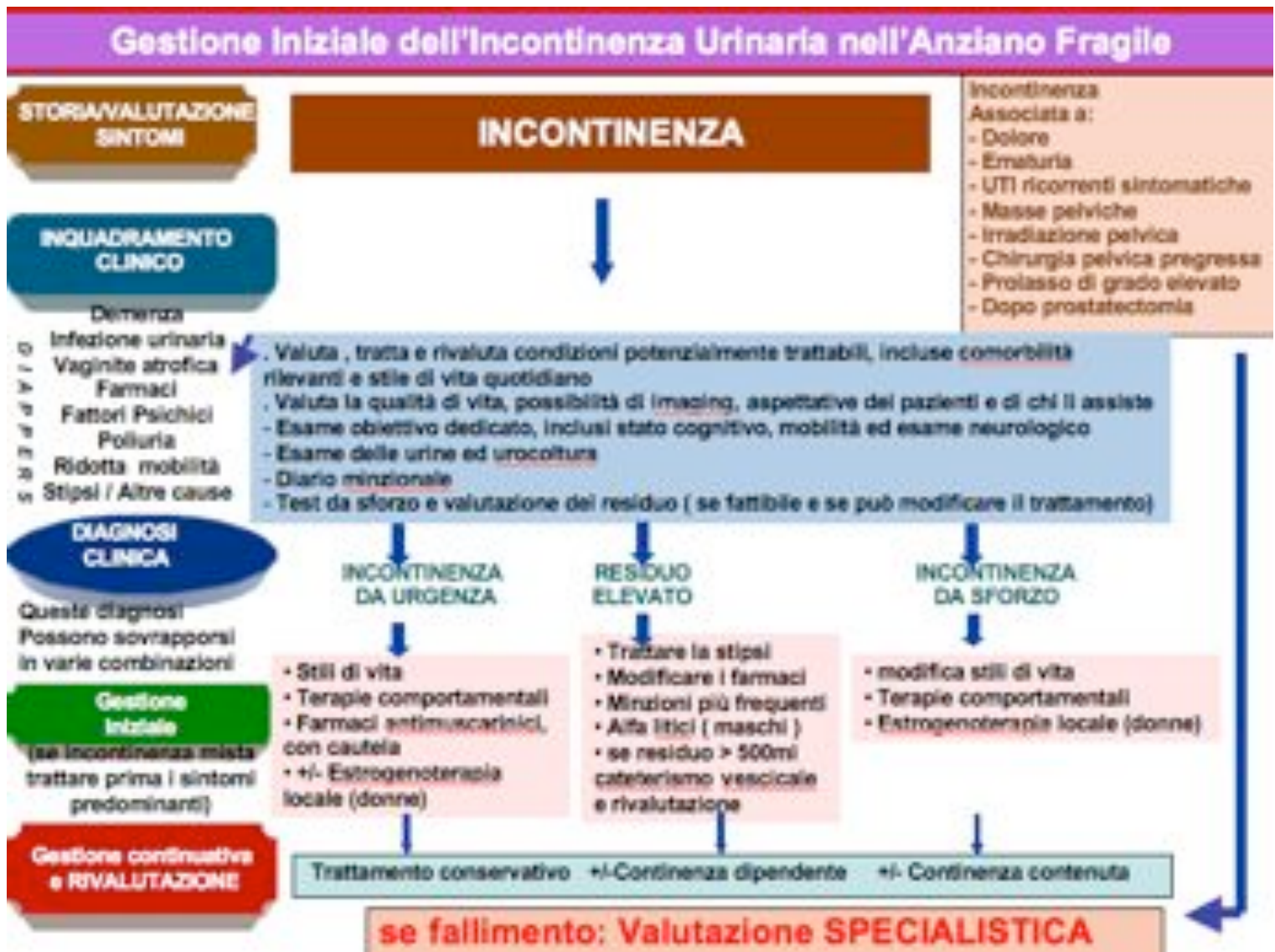
- dovrebbero essere trattate tutte le comorbidità modificabili (C)
- un trial adeguato di trattamento conservativo dovrebbe essere seguito dalla rivalutazione sulla necessità di chirurgia (C)
- uno studio urodinamico dovrebbe essere eseguito perché la diagnosi clinica potrebbe essere inaccurata (A)
- la valutazione pre-operatoria associata ad un'attenta gestione perioperatoria è fondamentale per ridurre le complicazioni tipiche dell'età, quali il delirio, l'infezione, la disidratazione e le cadute (A)

4. GESTIONE CONTINUATIVA E RIVALUTAZIONE

Se il paziente non può raggiungere una **Continenza Indipendente** (asciutto, non dipendente dal trattamento continuativo) o una **Continenza Dipendente** (asciutto con assistenza, terapia comportamentale, e/o farmaci) allora una **Incontinenza Contenuta** (con appropriati aiuti e/o ausili) dovrebbe essere l'obiettivo del trattamento. E' importante sottolineare che un risultato ottimale può essere raggiunto con l'associazione degli approcci di trattamento prima descritti.



Algoritmo n. 9 Gestione Iniziale dell'IU nell'Anziano Fragile





SOMMARIO

PREFAZIONE	2
INTRODUZIONE	3
INCONTINENZA URINARIA MASCHILE - GESTIONE INIZIALE	10
1. VALUTAZIONE	10
2. TRATTAMENTO.....	10
INCONTINENZA URINARIA MASCHILE - GESTIONE SPECIALISTICA	13
1. VALUTAZIONE.....	13
2. TRATTAMENTO.....	13
INCONTINENZA URINARIA FEMMINILE - GESTIONE INIZIALE	16
1. VALUTAZIONE.....	16
2. TRATTAMENTO.....	17
INCONTINENZA URINARIA FEMMINILE - GESTIONE SPECIALISTICA	19
1. VALUTAZIONE.....	19
2. TRATTAMENTO.....	19
INCONTINENZA URINARIA NEUROGENA - GESTIONE INIZIALE	22
1. VALUTAZIONE.....	22
2. TRATTAMENTO.....	23
INCONTINENZA URINARIA NEUROGENA - GESTIONE SPECIALISTICA	25
1. VALUTAZIONE.....	25
2. TRATTAMENTO.....	25
INCONTINENZA URINARIA NEL BAMBINO - GESTIONE INIZIALE	27
1. VALUTAZIONE.....	27
2. TRATTAMENTO.....	28
INCONTINENZA URINARIA NEL BAMBINO - GESTIONE SPECIALISTICA	30
1. VALUTAZIONE.....	30
2. TRATTAMENTO.....	31
INCONTINENZA URINARIA NEGLI ANZIANI FRAGILI	33
1. VALUTAZIONE.....	33
2. GESTIONE INIZIALE	34
3. GESTIONE SPECIALISTICA	35
SOMMARIO	37
TAVOLE A COLORI DEGLI ALGORITMI	38

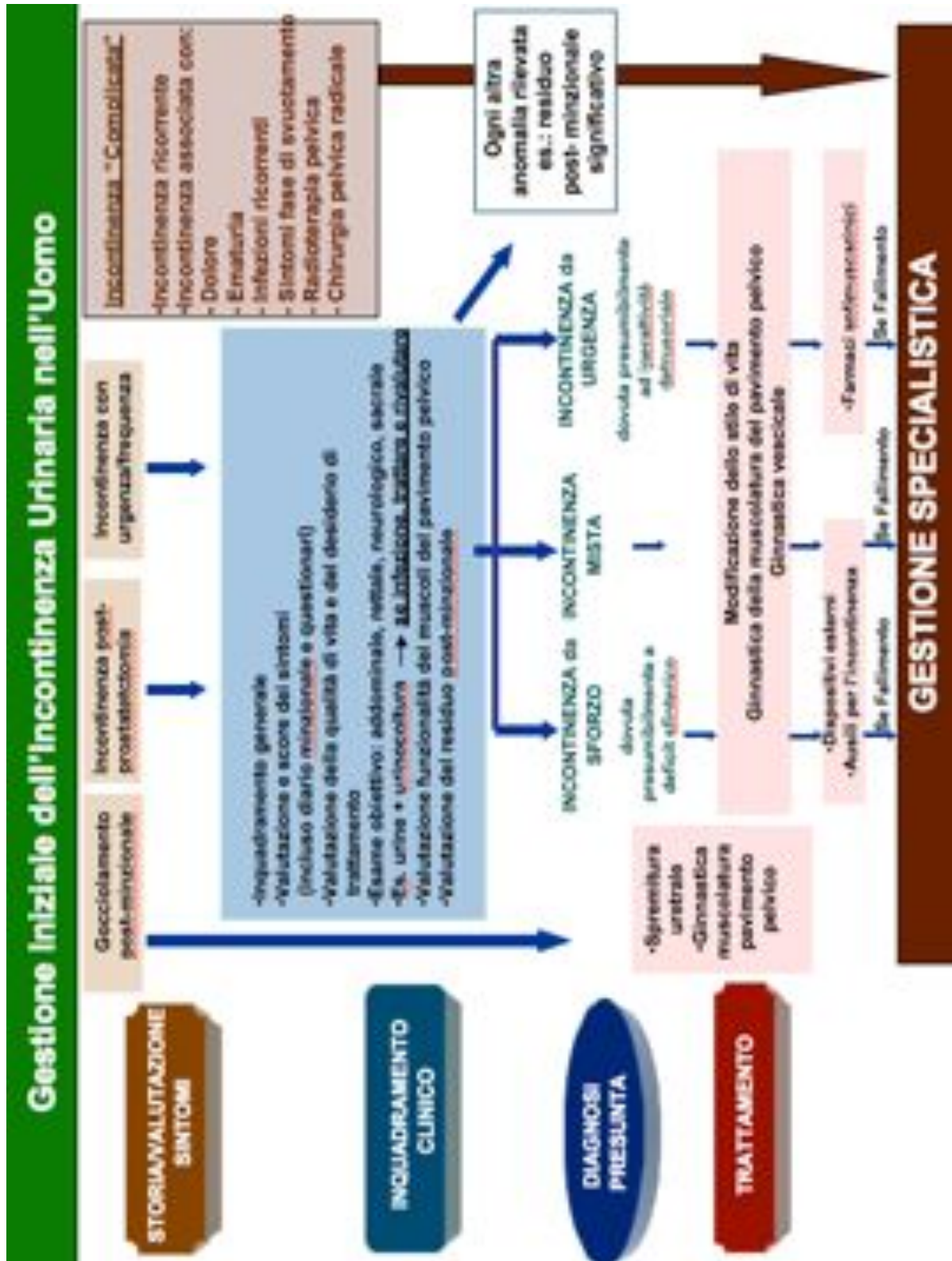


fondazione italiana
continenza

Tavole a colori degli Algoritmi

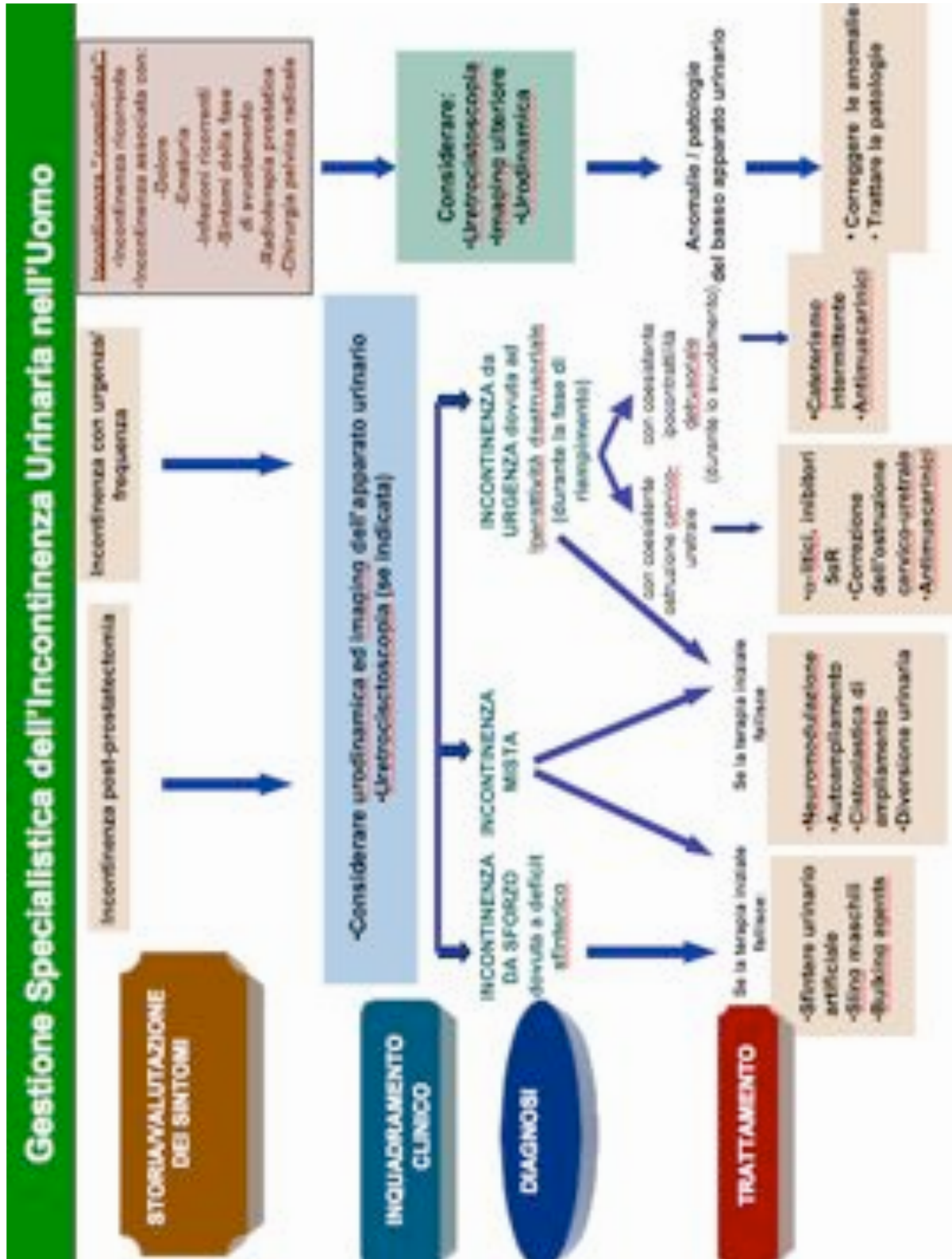


Algoritmo n. 1 Gestione Iniziale dell'IU nell'Uomo



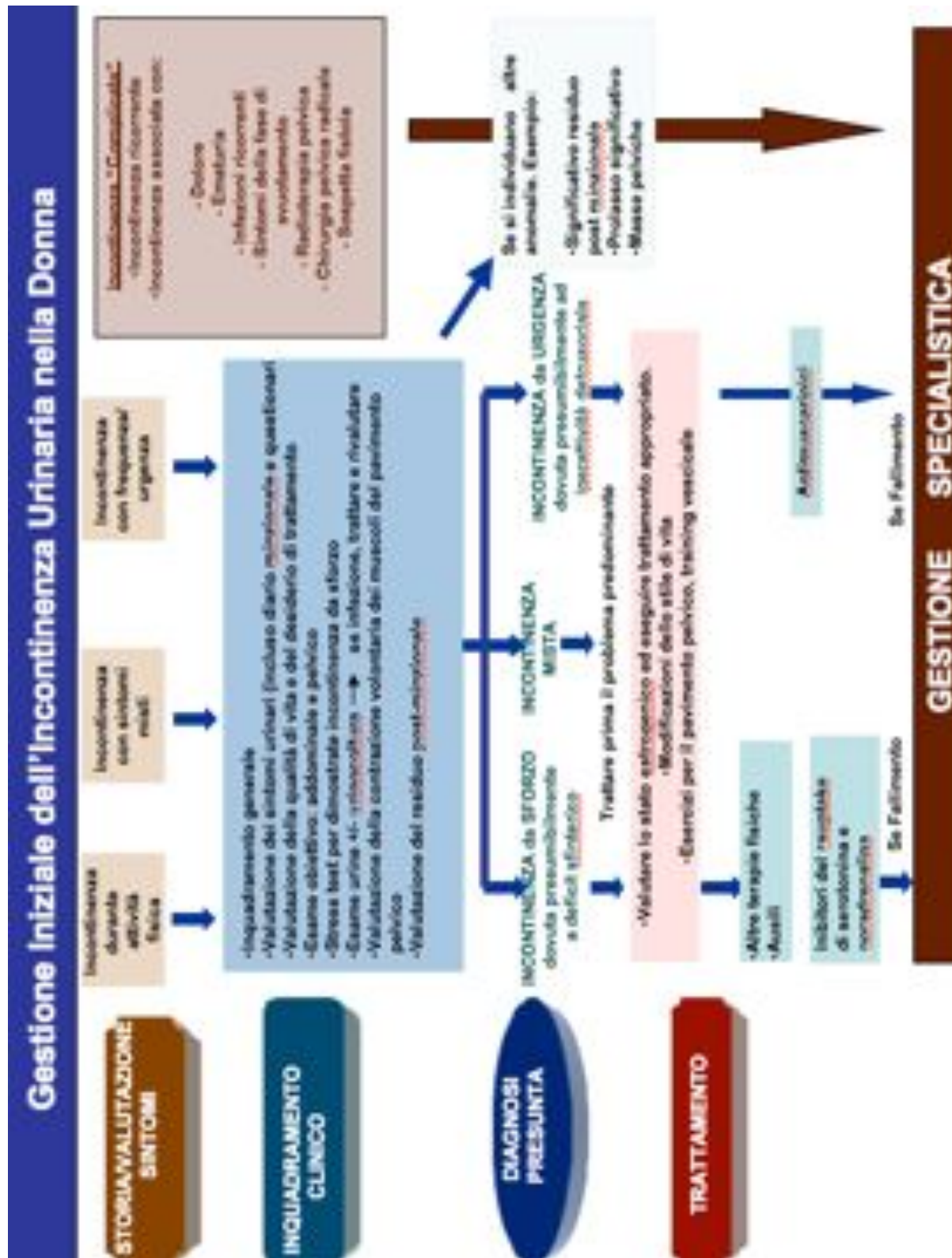


Algoritmo n. 2 Gestione Specialistica dell'IU nell'Uomo



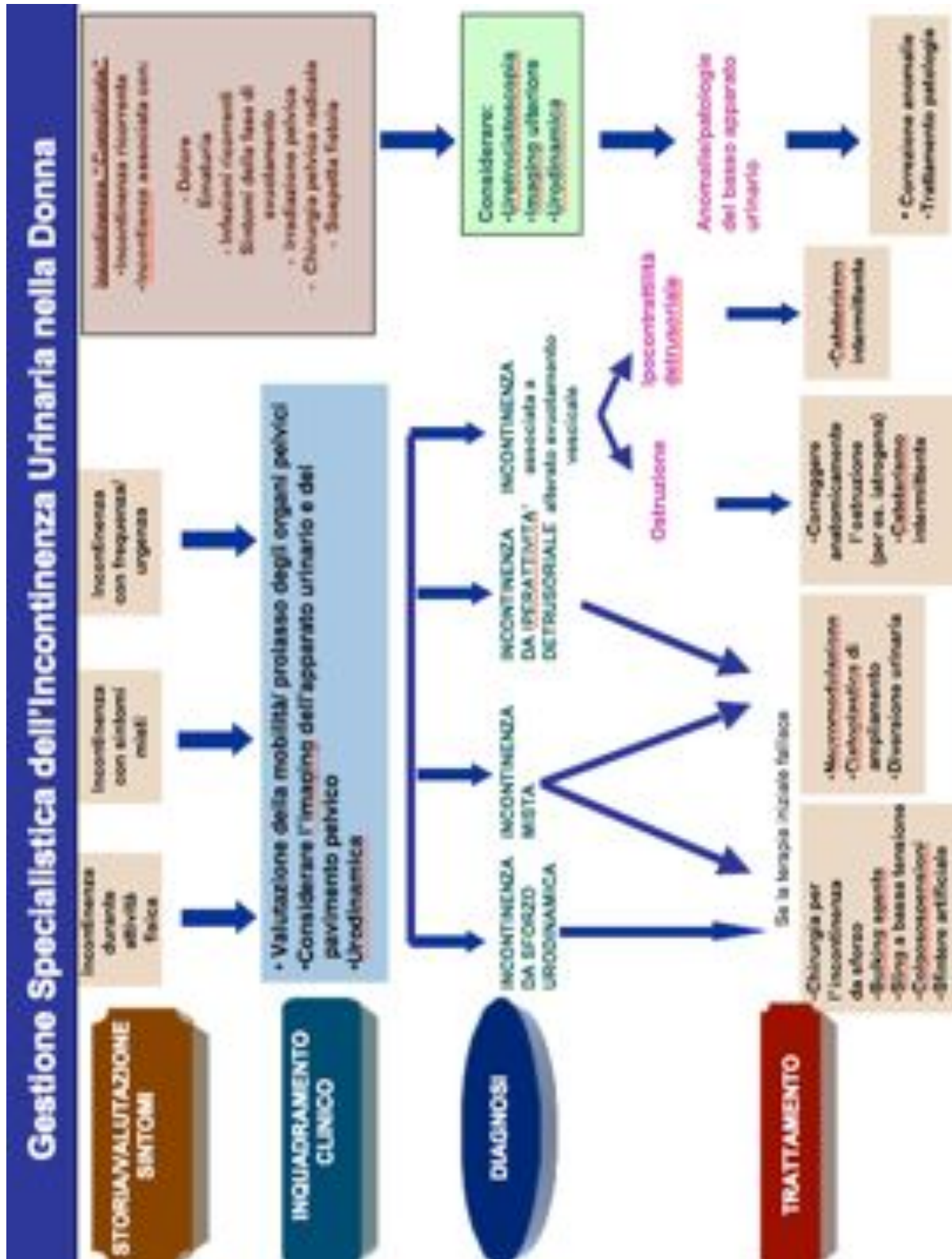


Algoritmo n. 3 Gestione Iniziale dell'IU nella Donna



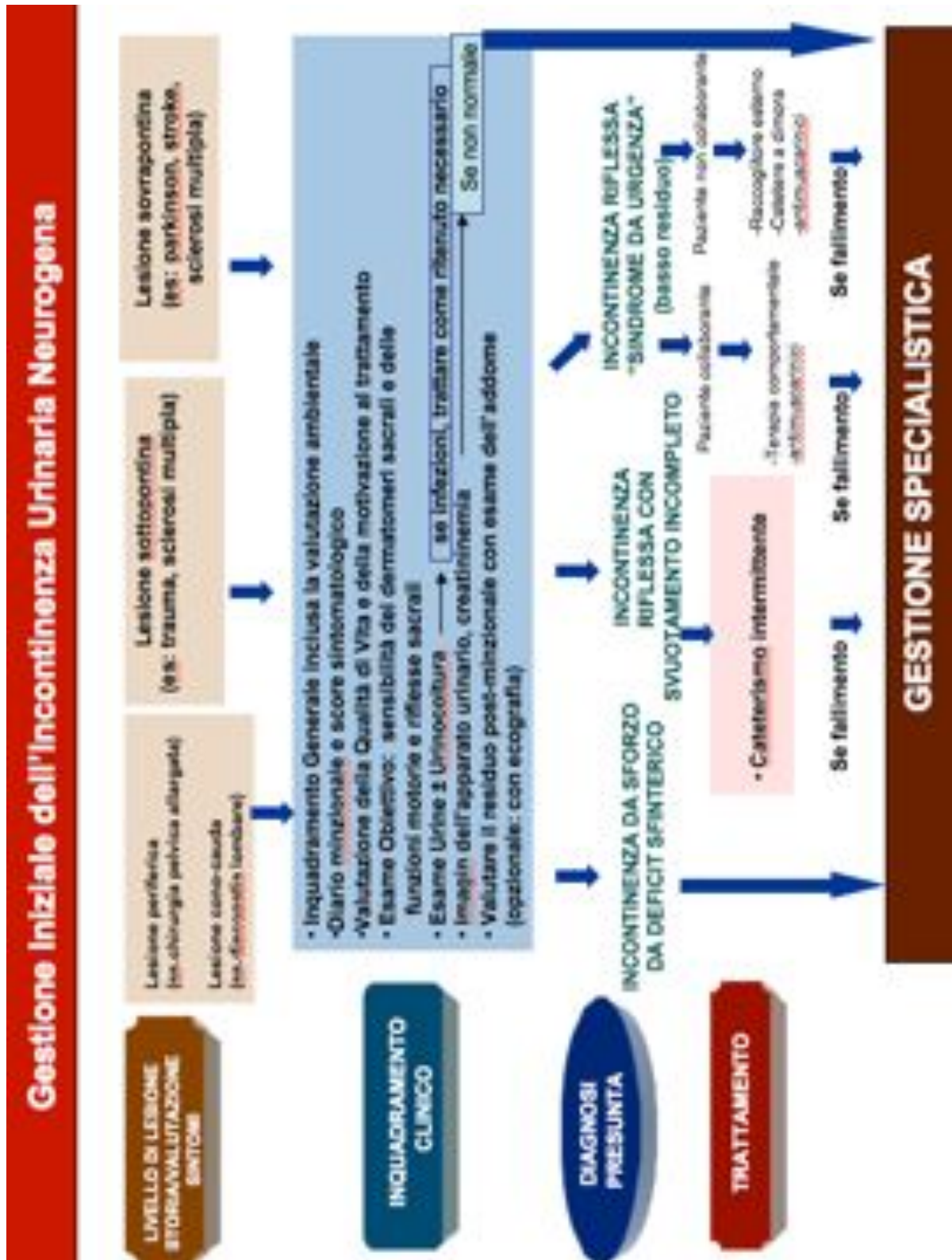


Algoritmo n. 4 Gestione Specialistica dell'IU nella Donna



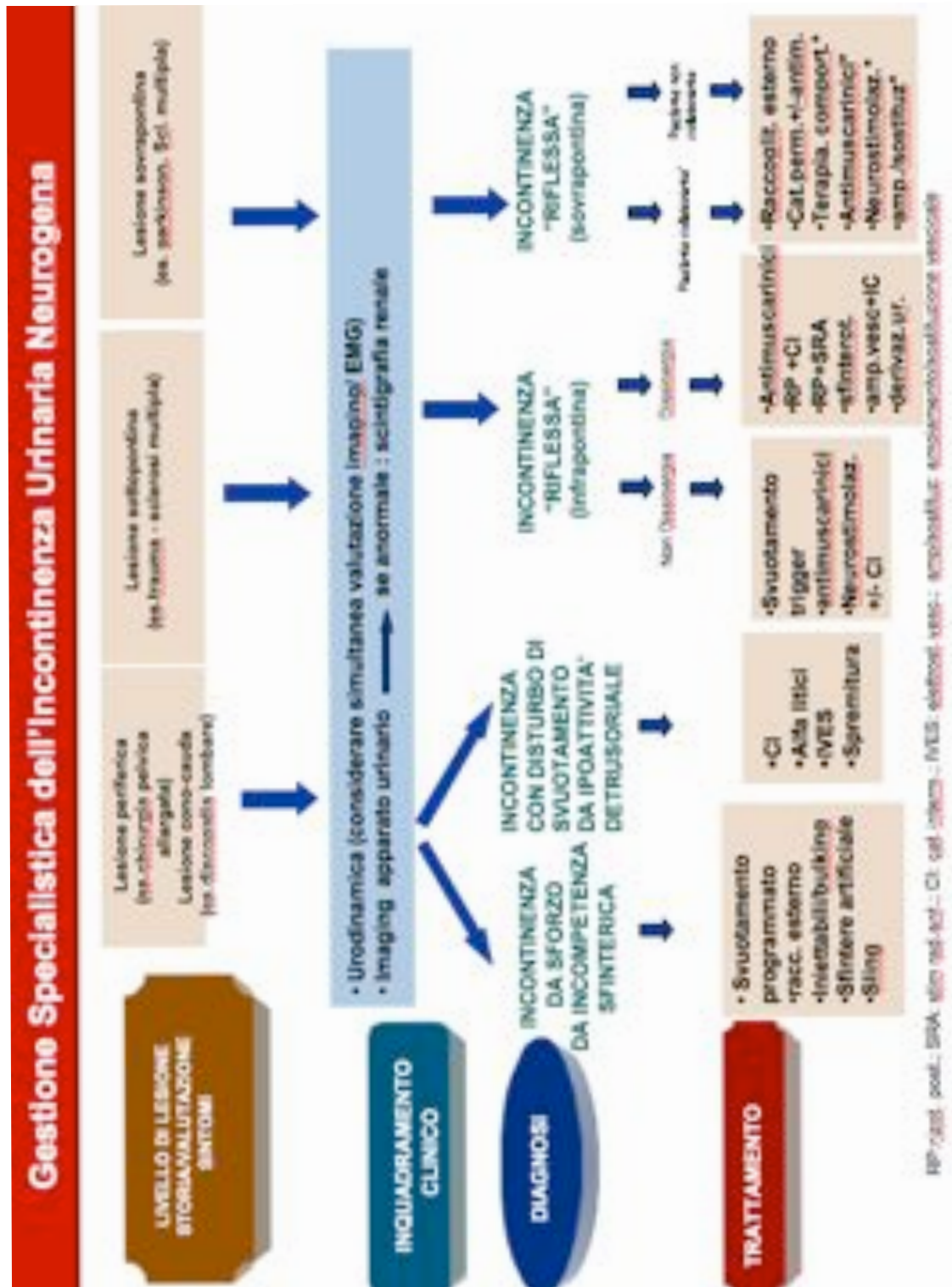


Algoritmo n. 5 Gestione Iniziale dell'IU Neurogena



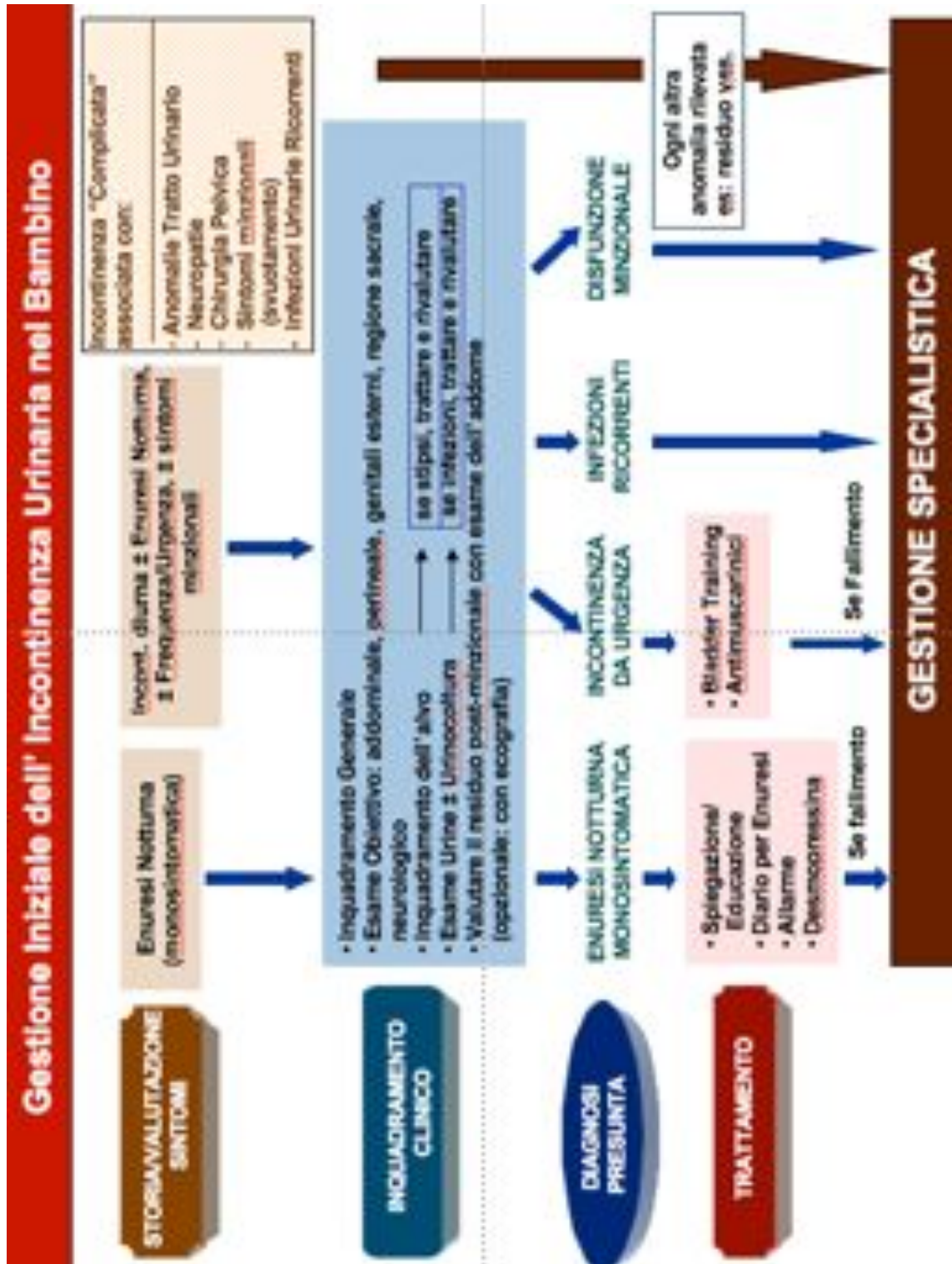


Algoritmo n. 6 Gestione Specialistica dell'IU Neurogena

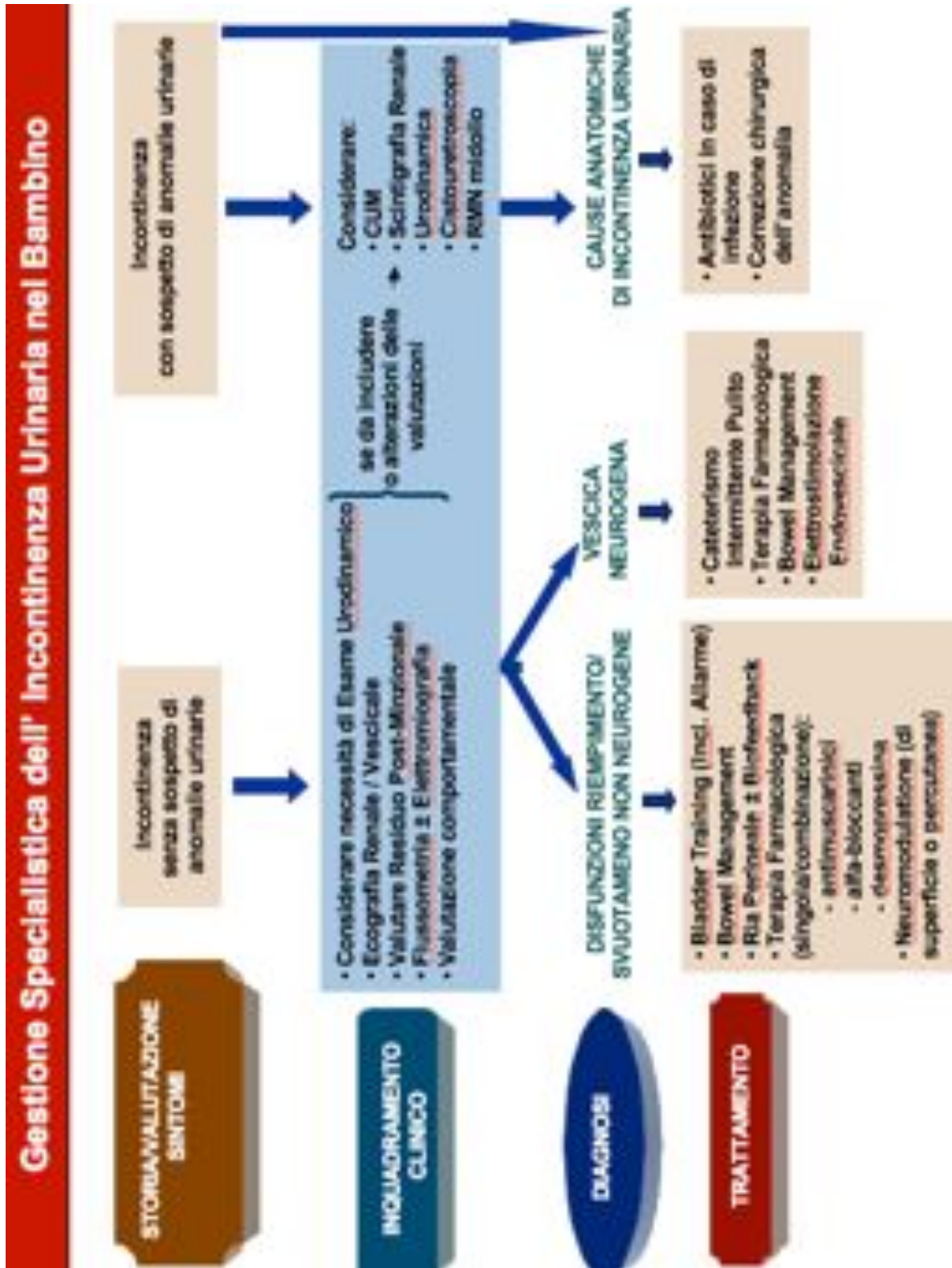




Algoritmo n. 7 Gestione Iniziale dell'IU nel Bambino



Algoritmo n. 8 Gestione Specialistica dell'IU nel Bambino





Algoritmo n. 9 Gestione Iniziale dell'IU nell'Anziano Fragile

