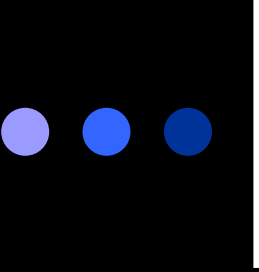


Metodologia diagnostica dell'incontinenza urinaria da sforzo nella donna

DR. CORVASCE TOMMASO



Continenza urinaria e incontinenza urinaria

- La continenza urinaria è la capacità di posporre l'atto minzionale e di espletarlo in condizioni di convenienza igienico-sociale
- L'incontinenza urinaria è espressione della perdita o della mancata acquisizione di tale capacità, definibile come emissione involontaria di urina in luoghi e tempi inappropriati oggettivamente dimostrabile



Classificazione dell'incontinenza

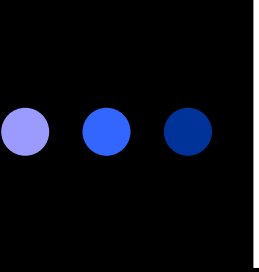
- Incontinenza da sforzo
(stress-incontinence)
- Incontinenza da urgenza
(urge-incontinence)
- Incontinenza urinaria mista
(mixed-incontinence)



Incontinenza da sforzo

Si manifesta in occasione di aumenti della pressione addominale (colpi di tosse, starnuti, sollevamento di pesi, saltelli, esercizi fisici). L'entità dell'emissione di urina può variare da lieve a severa.

Questo tipo di incontinenza è significativamente correlata alla pudendopatia nella gravida, al trauma ostetrico ed alle modificazioni pelviche fasciali dell'età senile.



Fattori predisponenti, favorenti e scatenanti

- Fattori predisponenti
 - ipovalidità muscolare perineale
 - incoordinazione funzionale perineale
- Fattori favorenti
 - parto vaginale
- Fattori scatenanti
 - tosse cronica
 - attività lavorativa pesanti
 - dimagrimento
 - menopausa
 - incremento ponderale



Fattori favorenti: il parto eutocico

- durante un parto apparentemente normale si possono osservare i seguenti fenomeni patologici:
 - *stiramento abnorme delle strutture perineali con microlesioni;*
 - *distorsione e successive riparazioni fibrose dei ventri muscolari degli elevatori con successivo deficit della loro tonicità e contrattilità;*
 - *allungamento patologico delle strutture fibrolegamentose.*

Valutazione clinica

Comprende l'anamnesi, l'esame obiettivo e l'esame urodinamico.





Anamnesi

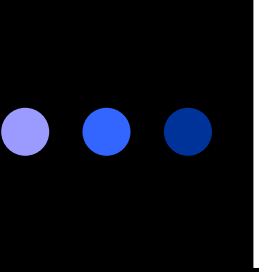
L'anamnesi deve includere i dati anagrafici, la storia medica e chirurgica, l'elenco dei farmaci utilizzati in quel momento, e naturalmente, di notevole importanza, la storia ostetrica e ginecologica.

L'anamnesi viene facilitata da un questionario (King's Health Test), cui la donna risponde prima della visita, che esprime l'importanza soggettiva che viene attribuita all'incontinenza urinaria.



Esame obiettivo

- **Ispezione vulvo-vaginale**
- **Esame pelvico**
- **Valutazione e stadiazione del descensus**
- **Test di mobilità dell'uretra: Q-tip test**
- **Test dei muscoli pubo coccigei: Pc test**
- **Stress test**
- **Pad test**



Ispezione vulvo-vaginale ed esame pelvico

- Con la paziente in posizione litotomica si osserva il colorito ed il trofismo dei genitali esterni, la distanza ano-vulvare, la beanza dell'ostio vaginale, la presenza di cicatrici (esiti di lacerazioni, episiotomia).

Quindi si procede alla determinazione del profilo vaginale totale.

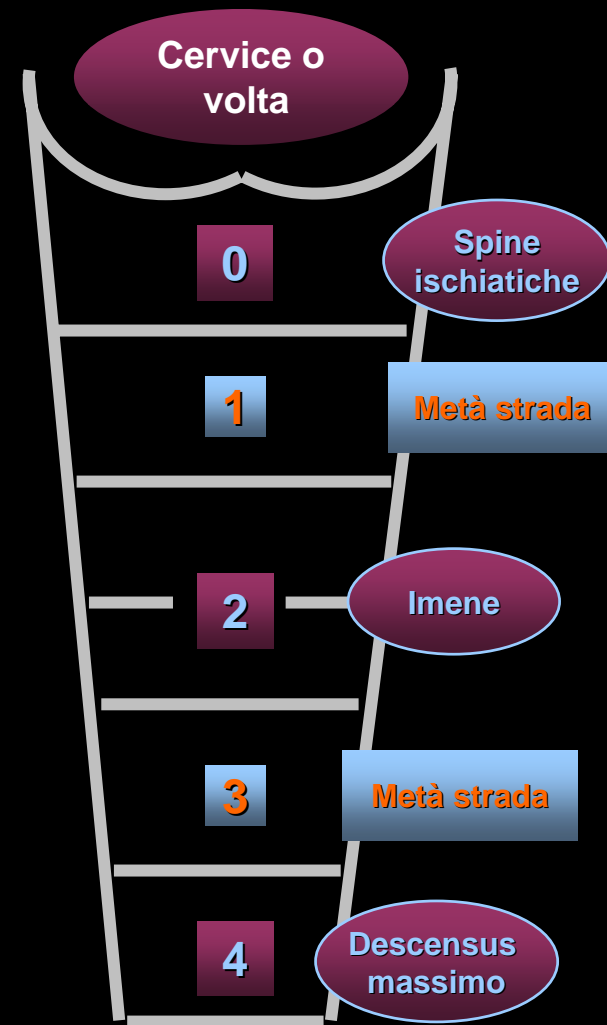
Deprimendo la parte vaginale posteriore si verifica se è presente un cistocele o un prolasso dell'utero, allo stesso modo sollevando la parete vaginale anteriore si verifica la presenza o meno di un rettocele, di un enterocele o di un prolasso della cupola vaginale.

L'esame sarà completato dalla visita ginecologica della donna (fibromi, cisti potrebbero esercitare una compressione sulla vescica).

Valutazione e stadiazione del descensus

CLASSIFICAZIONE “HALFWAY SYSTEM” Sec. Baden e Walker

- **Grado 0:** Normale. La protrusione non arriva a metà vagina
- **Grado 1:** La protrusione è a metà strada tra spine ischiatiche ed imene
- **Grado 2:** La protrusione arriva all'imene
- **Grado 3:** La protrusione è intermedia tra l'imene e il massimo descensus
- **Grado 4:** La protrusione è totale al di là dell'imene



Valutazione tipo descensus

Isterocele di IV grado con cistocele di II grado



Rettocele di III grado

- **difetto anteriore**
 - uretrocele
 - cistocele
- **difetto mediano**
 - isterocele
 - elitrocele o prolasso del cavo del Douglas
- **difetto posteriore**
 - rettocele

Q-tip test

- Attraverso il **Q-tip test** si può valutare la **mobilità uretrale e del collo vescicale** mediante posizionamento di tampone lubrificato in uretra in corrispondenza del passaggio a livello del collo vescicale.
- Durante **Valsalva** il movimento rotatorio del collo vescicale intorno ed al di sotto della sinfisi pubica produce il movimento caudo-craniale del tip del tampone con angolo di $\geq 30^\circ$.



Pc test, stress test e pad test

- **Pc test:** Con la paziente in posizione litotomica verranno introdotte le dita in vagina, guantate e lubrificate, e appoggiate “a piatto” nei 3 cm distali della parete vaginale posteriore. Successivamente verrà richiesto alla stessa di contrarre i muscoli dell’ano come se dovesse trattenere uno stimolo minzionale o defecatorio imperiosi senza però utilizzare i muscoli della parete addominale o i muscoli glutei e delle cosce.
- Lo **stress test** documenta la perdita di urina associata allo sforzo o al colpo di tosse.
- Il **pad test** quantifica la perdita di urina e viene espletato in un tempo di 60 minuti; il peso del pannello determina la gravità della perdita:
 - Nella norma < 2 gr.
 - Perdita moderata > 2 < 10 gr.
 - Perdita media > 10 < 50 gr.
 - Perdita severa > 50 gr.



● ● ● | Esame urodinamico

L'esame urodinamico permette lo studio funzionale del basso tratto urinario, mediante apparecchiature computerizzate.

Un esame urodinamico standard comprende: la flussometria, la cistomanometria e la profilometria.



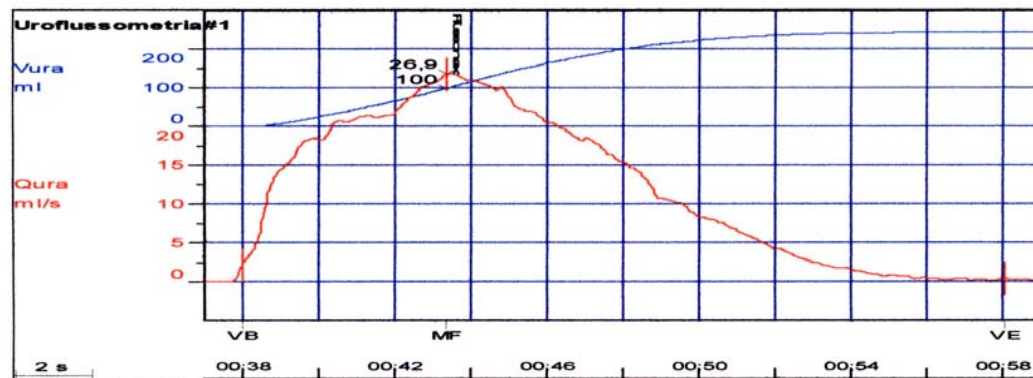
Laboratorio di urodinamica

Uroflussometria

L' uroflussometria consiste nella registrazione grafica del flusso urinario durante la minzione. Fornisce notizie sul funzionamento del detrusore, sulle resistenze dell'uretra e sulla coordinazione tra detrusore e sfintere uretrale. E' un'indagine non invasiva, semplice e rapida che fornisce numerose informazioni sulle modalità della minzione.

Uroflussometria#1

Flusso max.	26,9 ml/s	Tempo di flusso	18 s
Volume espulso	244 ml	Flusso medio	13,6 ml/s
Tempo di svuotamento	20 s	Tempo di raggiungimento del flusso max.	5 s



Cistomanometria

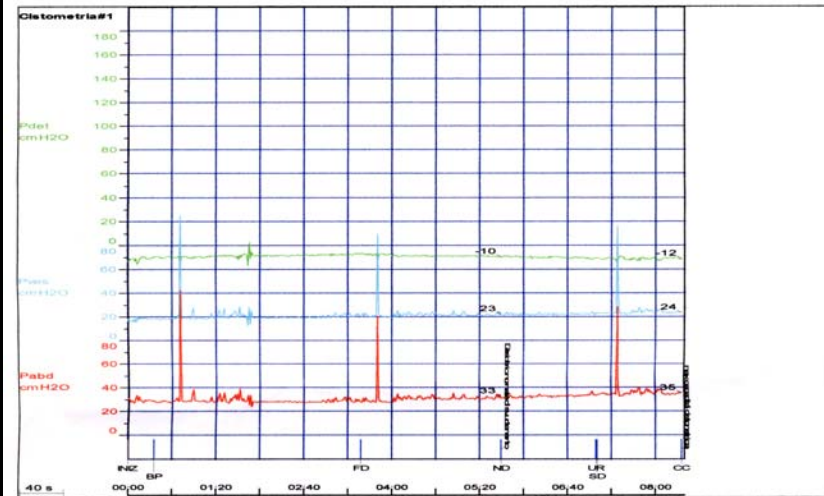
La cistomanometria è la registrazione continua delle variazioni pressorie vescicali durante il riempimento vescicale.

Permette di apprezzare la sensibilità, la capacità, la compliance e la contrattilità della vescica.

E' l'indagine urodinamica più importante nella valutazione di una donna incontinente, perché consente di identificare una instabilità detrusoriale e quindi un'incontinenza da urgenza.

Risultati cistometria

		Primo desiderio di svuotamento	Desiderio normale di svuotamento	Capacità cistometrica max.	Desiderio normale di svuotamento
Vinfus	ml	176	282	418	
Pdet	cmH2O	-8	-10		
Compliance	ml/cmH2O			N.A.	N.A.



Profilometria

La profilometria consente la registrazione grafica della pressione uretrale lungo tutta la lunghezza dell'uretra. Valuta l'entità delle resistenze uretrali. E' l'indagine più discussa, ma anche la più indicata nell'incontinenza da sforzo;

per un orientamento clinico del grado di IUS è importante la determinazione del valore di pressione addominale a cui si registra la perdita di urine durante la manovra di Valsalva definito "Valsalva Leak Point Pressure", effettuata in condizioni di riempimento vescicale standard (200 – 250 ml).

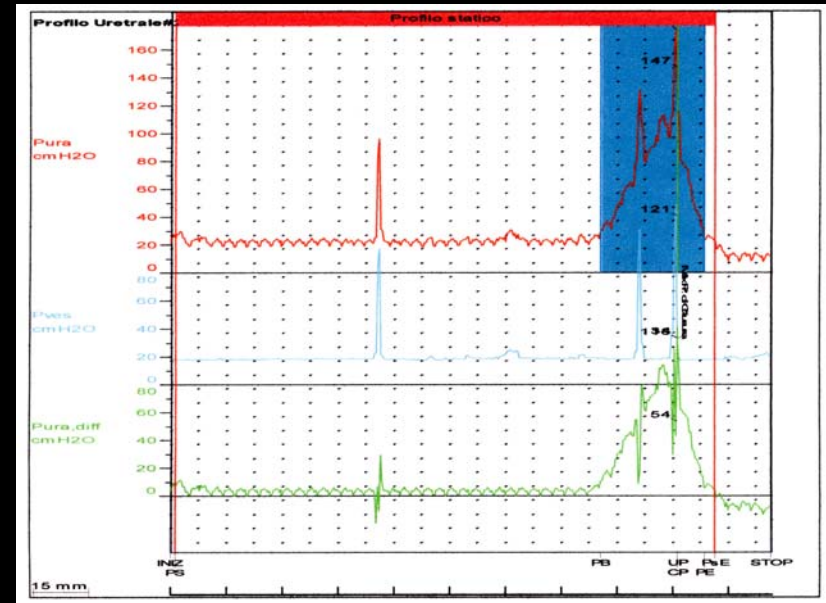
Il più basso Pabd a cui si ha perdita viene registrato come VLPP.

Profilo Uretrale#2

Velocità estrattore 1 mm/s

Profilo statico

		1	Media
Volume all'inizio del profilo statico	ml	-1	
Pressione uretrale max.	cmH2O	174	174
Pressione di chiusura max.	cmH2O	113	113
Pressione di chiusura al 30%	cmH2O		44
Pressione di chiusura al 70%	cmH2O		75
Statico Lunghezza funzionale	mm	28	28
Lunghezza della zona di continenza	mm	21	21
Area funzionale	mm*cmH2O	1401	1401
Area di continenza	mm*cmH2O	1079	1079
Pressione uretrale media	cmH2O	74	74



Materiali e metodi

	R. M.	G. M. A.	S. A.	M. M.	C. R.	B. A.
ETA'	51	68	60	58	60	43
PESO (Kg.)	60	65	67	64	70	65
PARTI	2 (eutocici)	4 (eutocici)	3 (eutocici)	3 (eutocici)	Nullipara	2 (eutocici)
MENOPAUSA	Da 11 anni	Da 15 anni	Da 12 anni	Da 21 anni	Da 10 anni	No
KING'S TEST	Severo	Severo	Lieve	Lieve	Severo	Severo
ALTRI DISTURBI MINZIONALI	No	No	No	Ostruttivi del mitto	Sindrome urgenza- frequenza, urge incontinence	Pollachiuria
STRESS TEST	III	III	I	II	III	II
Q-TIP TEST	> 30°	> 30°	> 30°	> 30°	> 30°	> 30°
PC TEST	1	1	0	1	1	2
PAD TEST (Grammi)	60	70	20	30	40	20
TIPO DI DESCENSUS	Cistocele II	Uretrocele I Cistocele II	Uretrocele I Cistocele III	Cistocele I Rettocele I	Cistocele I	Rettocele I
VLPP (cm/H ₂ O)	38	< 50	75	> 95	< 50	60
FOLLOW UP (MESI) E CONTINENZA	48, si	40, si	31, si	4, si	33, si	2, si



Conclusioni

L'ambulatorio di uro-ginecologia rappresenta il punto di riferimento per le donne nei momenti più delicati della propria vita. Infatti, si rivolge sia alle donne che hanno partorito, sia alle donne che sono in menopausa, come pure alle donne con problemi ginecologici prima e dopo ogni intervento chirurgico.

Ad un mese circa dal parto è opportuno che ogni donna venga valutata con una consultazione uroginecologica volta ad evidenziare eventuali fattori di rischio per l'incontinenza urinaria dopo il parto. Questi fattori di rischio sono rappresentati da: primiparità, eccesso ponderale in gravidanza, comparsa di perdite di urina nel primo e secondo trimestre di gravidanza, parto distocico, lacerazioni vagino-perineali, macrosomia fetale, muscolatura perineale insufficiente.



Conclusioni

Le donne in menopausa rappresentano un gruppo particolare perché solo da pochi anni l'atteggiamento diagnostico e terapeutico nei confronti dei disturbi caratterizzanti la menopausa si è liberato di una certa superficialità. La ragione risiede nel desiderio di migliorare la qualità di vita della donna anziana e nella presa di coscienza della propria condizione. La terapia si differenzia a seconda del tipo di incontinenza diagnosticata. E' pertanto essenziale un'accurata indagine diagnostica per decidere la strategia terapeutica da applicare considerando che un intervento non appropriato, oltre che peggiorare la situazione attuale può slantentizzare altri tipi di difetti.



Conclusioni

E' dunque indispensabile il ruolo dell'ostetrica che con l'urologo raccoglie notizie sull'eventuale disturbo uro-ginecologico, su come viene vissuto dalla donna e sulla colorazione emotiva che essa attribuisce al disturbo. La precisione e l'accuratezza in questa fase non sono mai eccessive, dato che spesso la donna non sa riferire con esattezza i problemi che l'affliggono.

Nella diagnostica dei disturbi uroginecologici l'esame urodinamico è entrato a pieno diritto come elemento indispensabile in grado di selezionare le pazienti, guidare il tipo di trattamento e, cosa non meno importante, per valutare i risultati terapeutici.



Conclusioni

Le donne dopo il parto potranno essere seguite in un'ottica di prevenzione. E' consigliabile una chinesiterapia perineale in quelle donne che all'anamnesi presentano più fattori di rischio per l'incontinenza urinaria, mentre è necessaria in quelle che all'esame obiettivo mostrano già un'incontinenza da sforzo.

La terapia riabilitativa è indicata in associazione alla terapia medica anche nei casi di incontinenza da urgenza. Per i casi di IUS di grado severo, secondaria ad ipermobilità uretrale od a deficit sfinterico intrinseco, la terapia chirurgica in casi selezionati consente, grazie alle più recenti tecniche mini-invasive, il ripristino di una soddisfacente continenza con percentuali di successo a 5 anni del 75-80%.



Grazie per l'attenzione!