

Inquadramento clinico dell'incontinenza urinaria

Edoardo Ostardo

Urologo
AO Santa Maria degli Angeli
Pordenone

L'inquadramento di una patologia complessa come l'incontinenza urinaria può essere fatta con indagini tradizionali e strumenti semplici e facilmente disponibili. La rilevanza del quadro clinico si accentua in relazione al sesso, alla presenza di eventuali comorbidità, a terapie farmacologiche in atto, a fattori legati all'attività lavorativa, ad abitudini di vita, oltre ad altre variabili che il medico di medicina generale - più spesso rispetto allo specialista - conosce a proposito del suo paziente

L'inquadramento generale di una patologia come l'incontinenza urinaria, tanto complessa quanto ancora poco esplorata nell'ambito sanitario generale, può essere fatta con metodi tradizionali e con strumenti semplici e facilmente disponibili, tenendo però ben presente tutte quelle sfaccettature che possono sembrare irrilevanti, ma che condizionano inevitabilmente il vissuto del paziente e la desiderabilità di un trattamento. Igienicamente, psicologicamente e socialmente, la rilevanza del quadro clinico si accentua in relazione alla

co-morbidità, alle terapie in atto, ai fattori lavorativi, ad abitudini di vita, oltre che all'età, al sesso e a molte altre variabili che il medico di famiglia - più spesso che lo specialista - conosce a proposito del suo paziente. Il medico di medicina generale riveste dunque un ruolo chiave nella comprensione della patologia e nell'inquadramento clinico e sanitario di tipo olistico. Molte sono le classificazioni dell'incontinenza urinaria adottate e tutte valide: sotto il profilo fisiopatologico, eziologico, anagrafico, assistenziale o specialistico (urologico, ginecologico, fisiatrico, neurologico), eccetera.

In generale si fa riferimento a:

- **incontinenza urinaria da sforzo**, riferendosi allo sforzo fisico più o meno intenso, evitando la definizione di incontinenza da "stress", fonte di equivoci e di fraintendimenti anche umilianti, data l'ambigua interpretazione di stress emotivo o psicosomatico;
 - **incontinenza urinaria da urgenza**, riferita alla percezione dell'urgenza minzionale, o dell'impellenza insopprimibile dello stimolo a urinare;
 - **incontinenza urinaria mista**, ovvero combinazione delle due condizioni predisponenti sopra indicate e variamente combinate fra loro, con maggiore preponderanza dell'una o dell'altra. Un altro aspetto, sia pure peculiare, usa distinguere fra:
 - **incontinenza urinaria congenita**, su base malformativa del basso apparato urinario o per patologia neurologica congenita, palese od occulta, e presente già all'epoca del conseguimento del controllo vescicale, in età pediatrica;
 - **incontinenza urinaria acquisita**, la più comune, la più frequente, la più ovvia in riferimento allo sviluppo biologico dell'organismo; e ancora, in riferimento alla fisiopatologia ma anche e soprattutto in base alla definizione della malattia che veniamo a considerare:
 - **incontinenza urinaria propriamente detta**;
 - **pseudo-incontinenza urinaria**.
- Vi sono infine condizioni cliniche peculiari che inquadrano una manifestazione di incontinenza urinaria particolare quale l'enuresi (solitamente in età pediatrica, ma anche nell'adul-

Un problema antico, ma ancora moderno

"There is no more distressing lesion than urinary incontinence - a constant dribbling of the repulsive urine soaking the clothes which cling wet and cold to the thighs making the patient offensive to herself and her family and ostracising her from society". Così Howard Kelly, nel 1928, introduceva l'argomento dell'incontinenza urinaria nella donna, egli, ginecologo, sottolineando la preponderanza degli aspetti sociali (famiglia e società), degli aspetti igienici (imbrattamento degli abiti), psicologici (umiliazione, emotività).

Il papiro scoperto dall'archeologo Georg Ebers nella regione di Tebe, nel 1872 (ora conservato a Lipsia) fatto risalire all'epoca della XVIII dinastia (1500 a.C.), contiene informazioni per "fare cessare la perdita di urine", per "trattenere le urine", per "regolarizzare una minzione eccessiva" come il ricorso alla terapia vegetale con le radici di una pianta denominata qadet, l'uva, il miele, le bacche di ginepro e la birra dolce. Problema antico e moderno quello dell'incontinenza urinaria, multifattoriale nelle sue dimensioni mediche, psicologiche e sociali, di non facile trattazione per il rischio di banalizzare un disagio vissuto da moltissime persone o di dilungarsi in una moltitudine di aspetti clinici specialistici.

Che essa venga percepita come una malattia, lo testimonia il fatto che, in una comunità di specie animali diverse, viene emarginato dal branco o dal gruppo l'individuo "incontinente", debole e pauroso (Charles Darwin) e anche la società umana percepisce la sporcizia di chi non è in grado di controllare i propri sfinteri per la continenza degli escrementi, da cui deriva derisione, vergogna, inadeguatezza, marchio sociale fino all'emarginazione istituzionalizzata nelle case di riposo. Ma, se è vero che nasciamo tutti incontinenti, è un pregiudizio affermare che moriremo incontinenti (Walter Artibani).

to), o determinano un quadro disfunzionale complesso su base neurogena e con coinvolgimento di più strutture (reni, vescica, uretra, muscolatura pelvica, innervazione periferica), dalla cui valutazione estrarre un bilancio articolato nel senso del compenso o dello scompenso, in analogia al sistema cardiocircolatorio.

■ Definizione

Anche la definizione della patologia è variabile ed è stata diversamente interpretata per scopi epidemiologici, fisiopatologici, clinici, eccetera. Bates (1979) ha definito l'incontinenza urinaria come una perdita involontaria di urina, oggettivamente dimostrabile e di grado tale da indurre un problema igienico, sociale e psicologico; mentre Diokno (1986) l'ha definita come una perdita di urina di qualunque entità al di fuori del controllo volontario. Nel 2002 la società scientifica di riferimento per le patologie disfunzionali del basso apparato urinario (International Continence Society) ha standardizzato la terminologia e ha definito la patologia in termini di sintomo, segno, osservazione, condizione, da cui la definizione scaturisce.

► Sintomo

È l'indicatore soggettivo della patologia in termini di malattia o di cambiamento del proprio stato, così come percepito direttamente dal paziente stesso (ma anche da chi lo assiste, da chi vive a contatto con lui) e lo inducono a chiedere un aiuto in genere sanitario.

Solitamente viene descritto in termini qualitativi ed è bene non usarlo per porre una diagnosi vera e propria.

In tale termine, l'incontinenza urinaria è il disturbo di una qualunque perdita involontaria di urina.

In relazione alla funzione del basso apparato urinario, il sintomo interessa la fase di riempimento del ciclo vescicale.

Il medico ne deve quantificare:

- il tipo,
- la frequenza,
- l'entità (frequenza del sintomo per quantità delle perdite urinarie),
- i fattori determinanti o precipitanti,
- le ripercussioni nelle normali abitu-

dini quotidiane e nello stile di vita,

- le contromisure adottate dal paziente in termini di protezione,
- la motivazione a perseguire la volontà di un trattamento.

► Segno

Rappresenta l'evidenza oggettiva desunta dall'esame fisico del paziente da parte del medico che può adottare anche degli strumenti, in genere semplici, per verificare la presenza del sintomo e per cercare di quantificarlo. Sicché l'incontinenza urinaria è rappresentata dalla fuga urinaria obiettiva nel corso della visita medica, che fondamentalmente dimostra se il segno interessa l'uretra o meno:

- incontinenza urinaria *per uretram*;
- incontinenza urinaria extra-uretrale (attraverso un tramite diverso).

► Osservazione

L'International Continence Society si riferisce all'osservazione in senso urodinamico, cioè fisiopatologico e strumentale, ed è riferita a una serie di possibili meccanismi riscontrati durante l'esecuzione dell'indagine che possono essere alla base del sintomo e del segno.

Infatti, le osservazioni non rappresentano la diagnosi in senso vero e proprio, dal momento che sintomi e segni differenti si possono combinare con i fenomeni fisiopatologici e biomeccanici che vengono indagati mediante lo studio urodinamico.

Dal punto di vista funzionale, gli aspetti principali che caratterizzano l'incontinenza urinaria sono:

■ **iperattività detrusoriale**: contrazioni fasiche o toniche involontarie, durante la fase di riempimento del ciclo vescicale, associate alla fuga di liquido, riproducenti il sintomo abituale;

■ **insufficienza del meccanismo di chiusura uretrale**: responsabile della fuga di liquido in assenza di contrazioni del detrusore, ma correlate a un brusco incremento della pressione addominale (sforzo, esercizio, colpo di tosse, starnuto, ecc);

■ **rilassamento uretrale**: fuga di liquido in assenza sia di contrazioni detrusoriali, sia di incrementi pressori addominali.

► Condizione

Rappresenta il necessario collegamento fra sintomo e segno da un lato e l'osservazione urodinamica o l'evidenza strumentale di una patologia di rilievo.

■ Aspetti particolari

Come accennato sono state poste varie classificazioni per definire la patologia e i termini entro cui il medico si deve muovere per orientare il processo diagnostico.

Allora è bene tenere presente anche quelle condizioni, tutt'altro che rare, che richiedono una diagnosi articolata e un approccio terapeutico multidisciplinare.

Alcuni aspetti peculiari riguardano soprattutto l'età geriatrica (incontinenza urinaria transitoria), altre condizioni sono correlate a fattori extraurologici e in presenza di una relativa integrità dell'apparato urinario (incontinenza urinaria "funzionale"), mentre la già citata pseudo-incontinenza urinaria, è un concetto meno noto, che riconosce meccanismi diversi dalle principali osservazioni urodinamiche descritte.

► Incontinenza urinaria reversibile

In contrapposizione alla maggior parte dei fenomeni responsabili di incontinenza urinaria stabile e persistente, spesso presente da molti anni, vi sono condizioni che possono determinare un'incontinenza urinaria acuta e transitoria.

Il loro elenco è facilmente e didatticamente riportato nell'acronimo inglese "diapers" (pannolini):

- D** Delirio/stato confusionale
- I** Infezioni urinarie
- A** Atrofia uretrale/vaginale
- P** Psicopatie/farmaci
- E** Eccesso di liquidi/di urina
- R** Ridotta motricità/mobilità
- S** Stipsi/intasamento fecale

Spesso nell'anziano tali fattori coesistono: basti pensare a un'infezione urinaria da Gram negativi, che può manifestarsi solo con rallentamento psico-motorio o confusione mentale, oppure ad alcuni farmaci che alterano la capacità cognitiva, l'attenzione, il bilancio idrico, la contrattilità detrusoriale o inducono stipsi.

Anche la poliuria con i vari aspetti correlati (scompenso cardiaco, insufficienza venosa periferica, ipotiroidismo, diabete, assunzione di diuretici, di alcolici, di caffeina) è una condizione responsabile di incontinenza urinaria transitoria.

È evidente che in tutte le situazioni indicate il trattamento principale sarà volto alla cura della condizione patologica determinante e il livello di continenza urinaria dovrà essere rivalutato dopo la rimozione o la terapia della causa correlata.

► Incontinenza funzionale

Senza la percezione di un "bisogno", la continenza non è possibile. Con questa affermazione - e considerando che l'incontinenza urinaria è una sindrome multifattoriale caratterizzata sì da malattie dell'apparato genito-urinario, ma anche da fenomeni biologici correlati all'invecchiamento e dalla comorbilità - dovranno essere valutate tutte quelle condizioni che alterano il controllo della minzione e/o della capacità di utilizzare il gabinetto.

In generale, alla base di tali condizioni vi sono fattori intrinseci determinanti quali:

■ scarsa compromissione dell'integrità funzionale del basso apparato urinario, a fronte di:

- deficit di motricità o di destrezza manuale nell'utilizzo del gabinetto o dei suoi sostituti;
- deterioramento dello stato cognitivo per riconoscere il bisogno e quindi utilizzare il gabinetto o i suoi sostituti;
- scarsa motivazione psicologica, individuale e percepita, a perseguire la continenza urinaria;

o fattori estrinseci, quali la presenza di barriere ambientali (per esempio architettoniche, strutturali) o di barriere iatrogene (indisponibilità di farmaci, di assistenza).

Se il riferimento più immediato è verso la figura di un malato anziano con deterioramento mentale (malattia di Alzheimer) o neurologico (malattia di Parkinson) o di carattere muscoloscheletrico (poliartrosi), non va assolutamente dato per scontato che un soggetto giovane, costretto a una forzata immobilità per un arto inferiore ingessato, non possa avere problemi

con il proprio livello di continenza urinaria.

► Pseudo-incontinenza urinaria

La forma più comune è caratterizzata da un'alterazione dello svuotamento vescicale, per l'indebolimento della potenza contrattile del detrusore (per esempio lesioni midollari sacrali, cistopatia diabetica, effetto di farmaci), per la presenza di ostacoli all'efflusso di urine (ipertrofia prostatica, stenosi uretrale, prolasso pelvico grave) o per la combinazione di queste due condizioni. Il quadro fisiopatologico vero e proprio è rappresentato dalla ritenzione urinaria cronica completa o sub-completa, su base miogena (detrusoriale) od ostruttiva infra-vescicale (uretrale/extrauretrale).

Oltre all'elevato residuo post-minzionale, l'incontinenza è sempre associata a una frequenza minzionale aumentata (pollachiuria diurna e notturna intensa), con emissione di esigui volumi urinari e la fuga urinaria ha le caratteristiche del rigurgito urinario, a volte anche inconscio.

Forme rare di pseudo-incontinenza urinaria sono correlata alla presenza di un ureterocele ectopico (forma congenita), di una fistola vescico-vaginale o una fistola uretero-vaginale (forma acquisita), di un diverticolo uretrale.

La definizione di pseudo-incontinenza è dovuta perciò all'incongruenza con i criteri di definizione se la fuga urinaria non avviene attraverso l'uretra o se non ha rapporto con la fase di

riempimento del ciclo vescicale o se non è sottesa dalle osservazioni urodinamiche che definiscono la fisiopatologia del sintomo vero e proprio.

► Livelli della continenza urinaria

Fanno riferimento alla classificazione fisiatrica e geriatrica di Fonda (1998) che distingue, in relazione al tipo di intervento terapeutico da pianificare, tre ambiti di gestione:

- continenza urinaria indipendente;
- continenza urinaria dipendente;
- continenza urinaria sociale.

Si tratta di un insieme di fattori (tabella 1) che condizionano il trattamento e per i quali la determinazione viene attribuita, nel paziente anziano, attraverso scale di valutazione quali il "Barthel Index sub-score" (trasferimento letto-poltrona-carrozzina-water/deambulazione), la scala della disabilità comunicativa e di quella cognitiva (Mini Mental State).

Questa diversa interpretazione tiene comunque conto, nell'ambito indipendente (soggetto autonomo e autosufficiente), delle forme classiche di definizione dell'incontinenza: da sforzo, da urgenza, da rigurgito, funzionale. Negli ambiti della continenza urinaria dipendente (da un aiuto in termini di assistenza) o di quella "sociale" (compensatoria di un trattamento impossibile), la classificazione si basa invece sull'assenza o sulla presenza del residuo urinario vescicale, che a sua volta viene discriminato dal valore cut-off di 200 ml.

Figura 1

