

## Incontinenza urinaria femminile nella pratica della medicina di famiglia

**Edoardo Ostardo**

Urologo  
AO "Santa Maria degli Angeli"  
Pordenone

*L'incidenza dell'incontinenza urinaria nella donna è generalmente doppia rispetto all'uomo e la sua prevalenza aumenta con il progredire dell'età. Molti sono i fattori coinvolti e in medicina generale gli strumenti per inquadrare la patologia sono tradizionalmente la raccolta della storia clinica generale, l'anamnesi specifica, il diario minzionale e il pad test. Altre indagini di primo livello porteranno alla diagnosi presuntiva di incontinenza urinaria nelle sue varie forme*

**A**l pari di altre patologie comuni, anche l'incontinenza urinaria nella donna subisce l'influenza di alcuni pregiudizi quali l'ineluttabile conseguenza dell'età, la relazione ovvia con il sesso e la ripercussione di eventi della sfera ginecologica (parto, menopausa). A ciò si aggiunge spesso il convincimento che non vi siano rimedi efficaci, che gli ausili protettivi - i pannolini - siano la soluzione idonea e che la vergogna sia tale da sottacere il disturbo. Tali affermazioni hanno uno sfondo di verità, tuttavia la loro interpretazione deve seguire un diverso percorso. In genere il meccanismo di riferimento è attribuito a quelle condizioni che generano l'incontinenza urinaria da sforzo e ciò in dipendenza dei fattori anatomici costituiti dallo jato genitale e dalle strutture anatomiche di sostegno per gli organi pelvici, in particolare quelle coinvolte nel supporto del basso apparato urinario e la muscolatura del diaframma pelvico.

### Epidemiologia

L'incidenza della patologia è generalmente doppia rispetto al sesso maschile e la sua prevalenza aumenta con il progredire dell'invecchiamento. I dati che si desumono dalle casistiche sono però molto variabili, in conseguenza della variabilità delle accezioni per la definizione e l'inquadramento clinico-statistico del problema, ma anche in

base al tipo di indagine condotta. Inoltre, anche la prevalenza della patologia secondo le fasce di età presenta alcune variabilità statistiche che evidenziano la presenza di due picchi di massima prevalenza, uno fra i 40 e i 49 anni (20-30%) e l'altro fra i 50 e i 59 anni (30-50%), mentre oltre i 60 anni la prevalenza ha una tendenza a rimanere costante e ad attestarsi su valori di prevalenza pari al 30-60%.

In base alle caratteristiche cliniche del sintomo, almeno il 50% delle forme di incontinenza urinaria nella donna viene attribuita alla varietà "da sforzo" anche se tende a diminuire con l'invecchiamento per l'aumentare della forma "da urgenza" (figura 1), in cui il fattore età sembra

giocare un ruolo, benché non possa essere strettamente considerata una conseguenza dell'invecchiamento di per sé. Il più recente studio epidemiologico su vasta scala, condotto in Norvegia su 27.936 donne ha dimostrato una prevalenza globale di incontinenza urinaria pari al 25% e con suddivisione clinica delle sue varietà:

- da sforzo 50%;
- da urgenza 11%;
- mista 36%.

### Eziologia

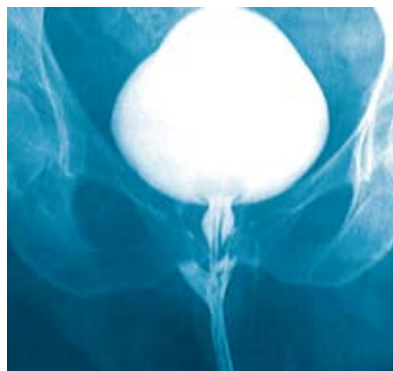
Le cause che inducono la comparsa di incontinenza urinaria nella donna sono molteplici e solitamente variamente associate fra loro come insieme di fattori di rischio più o meno determinanti in misura variabile (tabella 1).

### > Gravidanza

L'incontinenza urinaria è molto comune in gravidanza, verosimilmente in relazione con il volume uterino, ma il sintomo, nella maggior parte dei casi, è reversibile dopo il parto. Dal punto di vista prognostico, tuttavia, una donna incontinente in gravidanza assume una percentuale di rischio maggiore di diventare incontinente con il passare degli anni (il 42% sembra diventare incontinente a 5 anni dal parto, rispetto al 19% che non soffriva di incontinenza in gravidanza), mentre le donne con incontinenza persistente a 3 mesi dal parto, rimanevano incontinenti nel 92% a 5 anni dal parto.

**Figura 1**

### Cistografia



*Evidenza di fuga di mdc attraverso l'uretra, in fase di riempimento (è visibile il catetere in uretra), come episodio di incontinenza urinaria da urgenza*

► **Parto**

Nella sua fase espulsiva, il parto può danneggiare le strutture muscolo-fasciali del pavimento pelvico indebolendole se non addirittura lacerandole. Spesso anche l'innervazione periferica viene interessata nella sua componente periferica, che si distribuisce allo sfintere striato dell'uretra. Il parto strumentale con l'applicazione del forcipe o della ventosa e l'episiotomia possono aumentare il rischio di un danno anatomico. Il parto cesareo può avere un sia pur limitato effetto preventivo, ma solo nei confronti di una donna primipara, mentre la pluriparità rappresenta una condizione coinvolta sicuramente dal punto di vista eziologico, anche se l'impatto dei parti successivi al primo sembra essere meno determinante nel definire la gravità dell'incontinenza anche per il sopravvenire del fattore età. Altri studi negano il ruolo eziologico fra le due modalità del parto vaginale o cesareo.

► **Chirurgia pelvica**

Vari tipi di intervento chirurgico sono stati valutati (isterectomia semplice, isterectomia radicale, chirurgia rettale o vaginale) nei meccanismi più significativi quali la denervazione vescicale, la disfunzione muscolare del diaframma pelvico, il cedimento del complesso cardino-utero-sacrale, la dissezione più o meno estesa della fascia endopelvica, ma rimangono tuttavia aspetti questionabili. Più note sono le condizioni patologiche correlate all'incremento del vettore pressorio destinato a scaricarsi sul basso tratto urinario e sul pavimento pelvico in generale, sollecitando le strutture anatomiche destinate a opporvisi per garantire il sostegno dei visceri pelvici nel loro ambito topografico.

► **Sovrappeso e obesità**

Il cedimento di tali meccanismi di supporto può comunemente avvenire in funzione del sovrappeso corporeo per la tensione che conduce allo stiramento e all'indeboli-

**Tabella 1**

**Fattori coinvolti nell'incontinenza urinaria femminile**

Fattori predisponenti
• Predisposizione familiare
• Genere
• Razza
• Anomalie anatomiche
• Anomalie neurologiche
• Anomalie muscolari
Fattori determinanti
• Gravidanza
• Parto
• Parità
Fattori promuoventi
• Obesità
• Stipsi
• Broncopneumopatie
• Fumo (tosse cronica)
• Neuropatie
• Farmaci
Fattori scompensanti
• Età
• Demenza
• Disabilità
• Comorbidità
• Barriere ambientali

mento della muscolatura (nel cui spessore decorrono i fasci nervosi del nervo pudendo) e dei tessuti connettivo-fasciali e legamentosi. Le donne obese hanno un rischio di 4.2 volte superiore a sviluppare incontinenza urinaria da sforzo e 2.2 volte maggiore per l'incontinenza urinaria da urgenza, se confrontate con i soggetti aventi un Body Mass Index nella norma.

► **Stipsi**

La stipsi grave interviene nei meccanismi della continenza urinaria con varie modalità: l'intasamento fecale dell'ampolla rettale, la defecazione ostruita all'uscita, la tensione esercitata sulle strutture muscolari adiacenti che porta all'inerzia contrattile. Gli sforzi defecatori eccessivi determinano lo stiramento

dei tronchi nervosi del nervo pudendo fino alla cronica lacerazione delle sue fibre e creando il presupposto per un danno neurogeno di tutta la pelvi, che viene coinvolta in una disfunzione complessa che porta all'incontinenza urinaria o alla doppia incontinenza (urinaria e fecale).

► **Broncopneumopatie e fumo**

Tramite il meccanismo della tosse cronica le broncopneumopatie determinano l'incremento della pressione endoaddominale e patologie diffuse come la bronchite cronica o l'enfisema spesso si associano all'incontinenza urinaria. Altre patologie delle alte vie respiratorie, di carattere allergopatico, possono indurre una ricorrenza anche stagionale dell'incontinenza urinaria mediante le salve di starnuti. Inoltre, le donne fumatrici hanno una probabilità di incontinenza urinaria da 2 a 3 volte superiore rispetto alle non fumatrici.

► **Infezioni urinarie**

Le infezioni urinarie, esperienza comune nella vita di una donna, possono indurre un'incontinenza urinaria transitoria, reversibile, quasi sempre con le caratteristiche dell'incontinenza urinaria da urgenza e facilmente riconosciuta come tale in riferimento ai frequenti sintomi di accompagnamento della cistite acuta infettiva.

► **Patologie della sfera neurologica**

Le patologie della sfera neurologica sono di più complesso inquadramento, visto che inevitabilmente ci si deve confrontare con la compromissione dei meccanismi centrali e periferici di controllo del basso apparato urinario, senza considerare che patologie degenerative come il morbo di Parkinson o la sclerosi multipla presentano andamenti variabili, ricorrenti, evolutivi o silenti, spesso a poussée. L'argomento viene posto sì come incontinenza urinaria su base neurogena, nelle sue varie forme, ma viene a collocarsi in un capitolo più ampio e complesso, che è quello della "neurovescica" o

“vescica neurologica/neuropatica”. Non a caso la famosa neurologa inglese Claire Fowler ha affermato che il soggetto che presenta un normale livello di continenza urinaria ha già superato “un severo test di integrità neurologica” e, a nostro avviso, molti altri aspetti disfunzionali a carico del basso apparato urinario e del sistema muscolare pelvico vanno ad aggiungersi, in particolare modo per la fase di svuotamento.

#### ► **Aspetti occupazionali e attività fisica**

Altri aspetti comuni di interesse del medico di famiglia sono quelli di carattere occupazionale, per gli sforzi che costringono la donna nel sovraccarico di vettori di forza, che vanno a distribuirsi sul cingolo pelvico, sulla cerniera lombo-sacrale e sul pavimento pelvico. Dovranno essere considerati come fattori predisponenti il tipo di lavoro svolto, ma anche l'attività fisica e sportiva, in particolar modo per le giovani donne che possono essere disturbate nella pratica sportiva, anche agonistica, da fughe urinarie magari esigue ma sicuramente imbarazzanti dal punto di vista psicologico e relazionale.

#### ► **Menopausa**

La menopausa rimane, anche sotto il profilo urologico, il momento critico per la donna che in fase di presia climaterica comincia a manifestare segni di atrofia e modificazioni strutturali dei tessuti della sfera genitale, che si manifestano con una maggiore suscettibilità alle infezioni vaginali e urinarie, con sintomi del basso apparato urinario relativi alla funzione di riempimento, disuria, secchezza vaginale e dispareunia. Importante è considerare che l'uretra presenta recettori per gli estrogeni e lo stato carenziale di questi ormoni si ripercuote sulla sofficià ed elasticità dei tessuti uretrali e periuretrali. Malgrado queste evidenze, non sono però chiare le ripercussioni della menopausa sul livello di continenza urinaria e questo fattore non può essere disgiunto dall'età.

#### ► **Farmaci**

Alcuni farmaci posseggono proprietà neuroattive sul basso apparato urinario, nella donna. Vanno ricordati gli alfa-litici per l'azione rilassante sulla muscolatura liscia periuretrale (incontinenza da sforzo), anche se non nella stessa misura che per l'uretra maschile. I diuretici inducono nicturia nei soggetti con insufficienza cardiocircolatoria o ipertensione arteriosa per il meccanismo della poliuria che induce il sovraccarico urinario a livello vescicale (incontinenza da urgenza volume-dipendente). Gli ACE-inibitori possono indurre tosse cronica e i FANS generare stipsi e quindi, entrambi, un cronico incremento della pressione endoaddominale. I farmaci ad azione psicotropa inducono sedazione marcata, con conseguente difficoltà al riconoscimento dello stimolo minzionale abituale fino alla ritenzione urinaria (incontinenza da rigurgito).

Anche gli alcolici e il caffè ad azione rispettivamente diuretica e neurotossica sono talvolta in causa nell'incontinenza urinaria da urgenza.

#### ► **Fattori scompensanti**

Va ricordato che i fattori scompensanti da soli non possono determinare la comparsa di incontinenza urinaria e sono variabilmente associati ad altre condizioni patologiche o altri fattori di rischio. La demenza altera le capacità cognitive di riconoscimento dei propri bisogni, mentre la ridotta motricità interferisce con le capacità del soggetto di servirsi del gabinetto o dei suoi sostituti e in questo anche le barriere architettoniche contribuiscono a determinare le forme di incontinenza urinaria funzionale.

#### ► **Alterazioni della statica pelvica**

Tra i fattori predisponenti, un ruolo chiave è dato dalle alterazioni della statica pelvica, in funzione di patologie anatomo-strutturali del pavimento pelvico che conducono alla formazione del prolasso genitale (figura 2) di varia espressione

**Figura 2**

#### **Cistocele di 2° grado, a riposo**



nei compartimenti pelvici anteriore, centrale o posteriore, a tal punto che quest'ultimo spesso si associa ai quadri di incontinenza urinaria (da sforzo, da urgenza, mista), con meccanismi fisiopatologici diversi fra loro, ma connessi alla dislocazione viscerale o alla perdita di supporto anatomico estrinseco dei visceri stessi.

#### ■ **Incontinenza urinaria da sforzo: fisiopatologia**

La continenza urinaria nella donna viene determinata da vari meccanismi, il più importante fra i quali è rappresentato da una pressione di chiusura uretrale che eccede quella intravesicale a monte. Ogni incremento della pressione endoaddominale finisce con lo scaricarsi anche sulla vescica: alcuni vettori di forza si distribuiscono sul collo vescicale e sull'uretra prossimale e finiscono con l'elidersi per il mantenimento del gradiente che chiude la via urinaria infravesicale. L'incontinenza da sforzo si manifesta allorché questo temporaneo innalzamento pressorio si trasmette in modo completo sulla vescica e in maniera incompleta nel segmento cervico-uretrale, cosicché la pressione a monte sopravanza il regime tensivo in uretra a valle portando alla fuga urinaria *per uretram* (deficit del meccanismo di trasmissione pressoria vescica-uretrale).

Le condizioni fisiopatologiche più importanti sono perciò rappresentate da:

- ipermobilità uretrale per deficit del meccanismo estrinseco di supporto anatomico;
- deficit sfinterico-uretrale intrinseco a genesi neuro-muscolare.

L'ipermobilità uretrale riconosce prevalentemente la causa determinata dal cedimento del supporto uretrale fasciale o legamentoso (fascia endopelvica e sue emanazioni) o dalla debolezza del diaframma muscolare pelvico (elevatore dell'ano), che porta all'incompetenza dell'organo e alla sua discesa verso l'in-

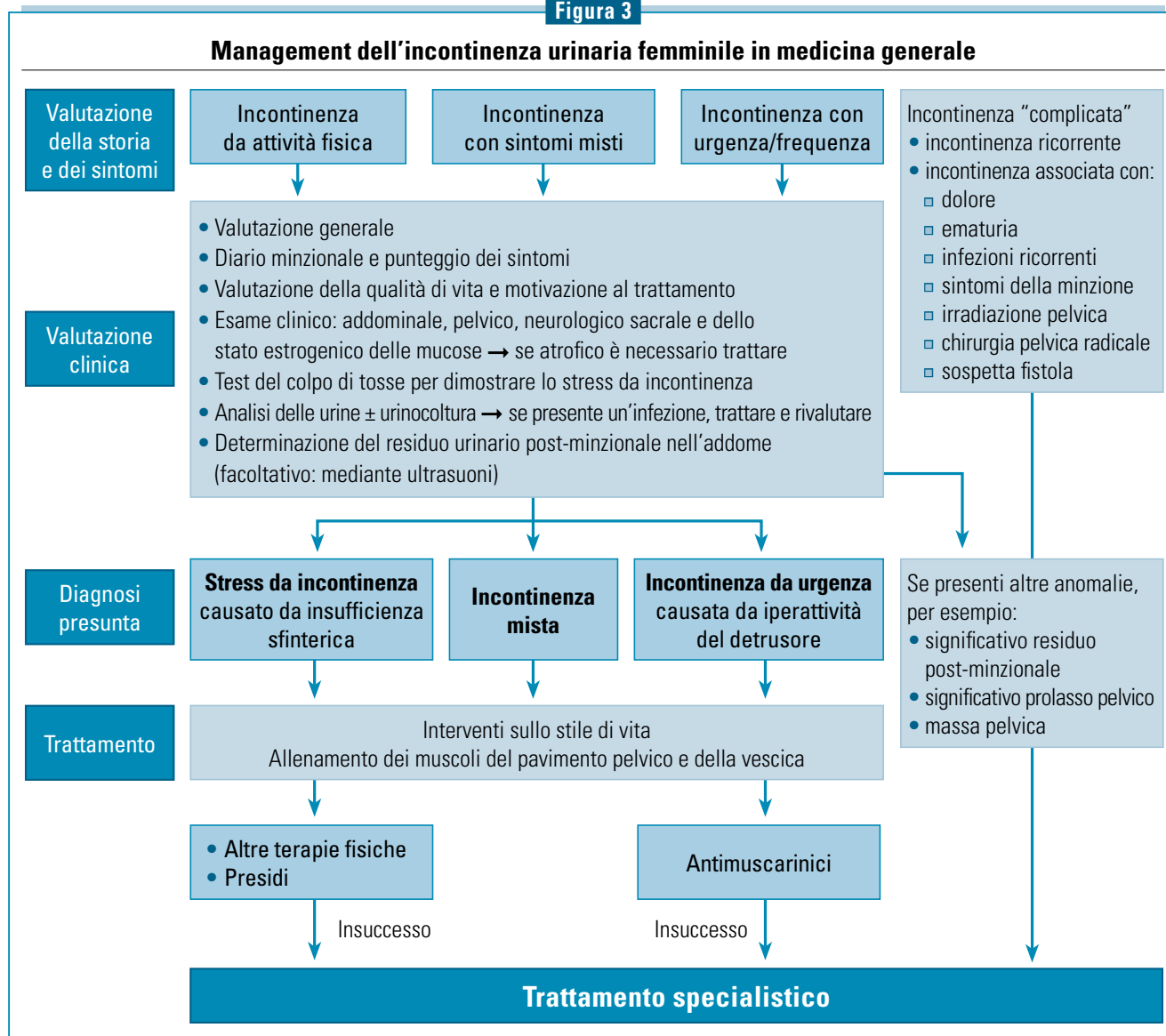
troito vaginale, in concomitanza con lo sforzo.

L'incontinenza urinaria da deficit sfinterico invece è generata prevalentemente da un danno neuromuscolare, chirurgico o neurologico anche occulto, che porta a una perdita progressiva del tono della parete uretrale. L'uretra diventa così insufficiente e beante e questa condizione si associa alle forme più gravi e marcate di incontinenza urinaria per sforzi anche minimi (per esempio la deambulazione - incontinenza "da marcia") o addirittura nulli (per esempio la postura in clinostasi - incontinenza "inconsia").

## Aspetti clinici e diagnostici

Per il medico di famiglia, l'inquadramento della patologia (figura 3) procede tradizionalmente con la raccolta della storia clinica generale della paziente e l'anamnesi specifica per definire le modalità di manifestazione degli episodi di incontinenza urinaria: la relazione con eventi scatenanti o condizioni predisponenti e, se possibile, la quantificazione del sintomo in ter-

Figura 3





mini di frequenza ed entità delle fughe, le protezioni adottate (cambi di biancheria, numero e tipo di pannolini) e le inevitabili ripercussioni nella quotidianità e nello stile di vita. In particolare gli aspetti della sfera ostetrica e ginecologica e la comorbilità con le terapie concomitanti dovranno essere annotate, così come le domande semplici e mirate per l'ambito proctologico (stipsi, incontinenza fecale, dischizia, eccetera).

### ■ Esame obiettivo

L'esame obiettivo semplificato dovrà essere condotto per l'ispezione dell'addome (globo vescicale) e del perineo (frequenti lesioni macerative vulvo-vaginali per la dermatite "da pannolino"), possibilmente senza trascurare l'esame fisico pelvico (vaginale), per definire la coesistenza di prolasso genitale, lo stato estrogenico delle mucose e altri fattori, quali il grado di mobilità uretrale e lo stress test a vescica moderatamente repleta per appalesare il segno della fuga urinaria.

Possono completare la valutazione obiettiva, l'esame rettale e un esame neurologico semplificato dell'area perineale (sensibilità, "stretch reflex", riflessi sfinterico-anali superficiale e profondo, ricerca di eventuali punti dolenti).

Un momento importante dell'esame pelvico è rappresentato dalla valutazione della funzionalità e dell'integrità del diaframma muscolare pelvico, maggiormente rappresentato dal piatto del muscolo elevatore dell'ano, fondamentale nella statica e dinamica pelvica non solo per il basso apparato urinario, ma anche per quello ano-rettale: si valuterà tono, trofismo, contrattilità fasica ed *endurance*, come affaticabilità e grado di tenuta nel tempo (test del muscolo pubo-coccigeo o PC test fasico-tonico, attribuendo un punteggio in base al grado di contrazione) e l'eventuale concomitanza di sinergie (co-contrazioni) muscolari agoniste (glutei, adduttori) o antagoniste (addominali).

### ■ Diario minzionale e *pad test*

Due strumenti diagnostici semplici e validi sotto il profilo diagnostico sono rappresentati dal diario minzionale e dal *pad test*, eseguibili dal paziente dopo essere stato edotto sul da farsi.

Il diario minzionale consiste nella registrazione, giorno per giorno e per almeno tre giorni consecutivi (meglio una settimana) della quantità di liquidi introdotti volta per volta e della quantità di urine emesse a ogni singolo atto minzionale, nelle ore diurne e nelle ore notturne, continuativamente.

Insieme agli orari di introito idrico e di minzione, verranno registrati gli episodi di incontinenza urinaria e le condizioni scatenanti (colpo di tosse, starnuto, variazione posturale, sforzo, semplici manovre quali alzarsi, sedersi, correre, fare le scale, camminare, ecc) o situazioni particolari (rumore d'acqua che scorre, doccia, bagnarsi le mani con l'acqua fredda, coito).

Altre informazioni utili da raccogliere sono la percezione dell'urgenza o dell'impellenza dello stimolo, la quantificazione semplificata dell'entità della fuga urinaria (gocce, spruzzo, fiotto abbondante come minzione incoercibile), il numero di assorbenti usati giornalmente o dei cambi di biancheria effettuati.

La quantificazione dell'entità delle fughe urinarie può essere fatto con il test del pannolino (*pad test*), pesandolo asciutto e ripensandolo dopo il suo uso e calcolando la differenza dei pesi per estrapolare la quantità di urina persa. Può essere condotto in modo spontaneo (pur con i limiti rappresentati dall'evaporazione di una quota di urine o della precisione della bilancia) oppure in modo strutturato (1 ora), facendo eseguire alcuni esercizi fisici come quelli indicati e in presenza di un grado di replezione vescicale standardizzato.

Tali strumenti acquisiscono ulteriore valore per verificare l'efficacia di un trattamento o l'evoluzione dei sintomi nel tempo.

### ■ Indagini di primo livello

Va ricordato di valutare la qualità delle urine, il sedimento urinario e, possibilmente, la sterilità urinaria (urinocoltura). Fondamentale per giudicare il "bilancio" vescicale è la determinazione dell'eventuale residuo urinario post-minzionale, che può essere ottenuto con diverse modalità, anche se quella ecografica è la migliore per potere sfruttare tutte le informazioni di una diagnostica per immagini semplice, ripetibile, economica e limitatamente invasiva, da estendere eventualmente a tutto l'apparato urinario e genitale femminile. La citologia urinaria può essere riservata ai soli casi di incontinenza urinaria da urgenza ed eventualmente ai quadri clinici complicati da dolore o ematuria, mentre una base di esami ematochimici per la valutazione della funzionalità renale (ionemia, creatinemia, azotemia) è sempre opportuna. Opzionale è il ricorso a questionari strutturati al fine di ottenere uno score di gravità e di impatto nella qualità di vita: ve ne sono disponibili molti, validati dalle società scientifiche di settore, alcuni generici (SF-36: questionario sullo stato di salute), altri specifici (UDI: Urogenital Distress Inventory), ribadendo però che una precisa e mirata raccolta di dati anamnestici può delineare il problema in modo accurato.

Altre indagini mirate e specifiche, sia per immagini (cistografia, cistoscopia), sia funzionali (studio urodinamico o video-urodinamico) verranno invece definite per la gestione specialistica o di secondo livello.

Il percorso del medico di famiglia porterà quindi alla diagnosi presuntiva di incontinenza urinaria nelle forme di:

- incontinenza da rigurgito;
- incontinenza da sforzo, pura;
- incontinenza da urgenza;
- incontinenza mista (con maggiore o minore prevalenza di una componente);
- incontinenza urinaria con prolasso genitale associato;
- incontinenza urinaria neurogena.

**Bibliografia disponibile a richiesta**