



Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Incontinenza urinaria femminile
Data 19 maggio 2006 alle 20:52:00
Autore R. Rossi

Ressa:
Ma non abbiamo già parlato della incontinenza urinaria nel capitolo sugli anziani?

Rossi:
Sì, da un punto di vista più generale. Qui trattiamo specificamente quella femminile. In effetti l'incontinenza urinaria è una patologia essenzialmente delle donne; la sua frequenza cresce con l'età tanto che dopo i 65 anni si ritiene che circa una donna su tre soffra di questo problema e una su dieci lamenti episodi giornalieri di incontinenza urinaria [1]. Purtroppo ad una frequenza così elevata corrisponde una sottovalutazione del problema da parte delle stesse pazienti che spesso lo ritengono un normale riflesso dell'invecchiamento e non lo riferiscono al medico.

Ressa:
Come comportarsi di fronte ad una paziente che lamenta incontinenza urinaria?

Rossi:
La prima cosa da fare è una anamnesi e un esame obiettivo attenti oltre ad un esame delle urine e una urinocoltura.

Ressa:
Con quali finalità?

Rossi:
Anzitutto per escludere delle condizioni che richiedono ulteriori accertamenti: per esempio un prolasso uterovaginale richiede una consulenza ginecologica, una storia di pregressa irradiazione della pelvi o di chirurgia pelvica possono rendere necessaria una valutazione uroginecologica. In presenza di ematuria o di infezioni urinarie recidivanti può essere necessario far eseguire accertamenti radiologici e/o ecografici dei reni e delle vie urinarie. Vi sono poi alcune situazioni in cui più che ad una vera e propria incontinenza urinaria siamo di fronte ad un eccesso di diuresi causato da farmaci (per esempio diuretici) o malattie (per esempio diabete).

Ressa:
Una volta escluse le situazioni che ci hai appena elencato cosa conviene fare?

Rossi:
Bisogna escludere quello che gli anglosassoni chiamano "overflow bladder", vale a dire un eccessivo ristagno vescicale causato o da un'ostruzione alla minzione oppure da una insufficiente contrazione vescicale. Per determinarlo basta eseguire una ecografia post-minzionale: normalmente non vi è un ristagno superiore ai 50 mL, un ristagno di 200 mL o più indica la presenza di una condizione di "overflow" e la necessità di inviare la paziente da un urologo per eseguire test urodinamici onde determinarne la causa.

Ressa:
Qual è il passo successivo?

Rossi:
Una volta escluse le cause appena menzionate bisogna distinguere fra incontinenza da sforzo oppure da urgenza. L'incontinenza da sforzo è dovuta ad una azione contentiva insufficiente dello sfintere vescicale mentre quella da urgenza è causata da una iperattività della vescica con contrazioni incontrollate del muscolo detrusore.

Ressa:
Come facciamo a distinguere la incontinenza da sforzo da quella da urgenza?

Rossi:
Di solito basta l'anamnesi. Nella incontinenza da sforzo la perdita di urina si verifica in occasione di sforzi o attività fisica, tosse, stertuti, ecc. e la perdita di urina è modesta.

Nella incontinenza da urgenza compare il bisogno improvviso di mingere tanto da costringere la paziente a cercare in fretta una toilette. Inoltre si ha spesso il bisogno di urinare spesso, talora anche pochi minuti dopo aver svuotato la vescica, vi è nicturia (tanto da costringere ad alzarsi più volte la notte) e la perdita di urina è maggiore che nella incontinenza da sforzo perchè una volta che si è instaurata la contrazione incontrollata dal muscolo detrusore si perdono volumi maggiori di urina.

Nel 25%-35% delle pazienti però si ritrova un quadro "misto" in cui possono predominare ora l'incontinenza da sforzo ora quella da urgenza. Non è raro per esempio vedere donne con vescica iperattiva e incontinenza da urgenza che perdono urina in occasione di fattori scatenanti come i ripetuti colpi di tosse o stertuti.



Ressa:

E' necessario ricorrere a test urodinamici come la cistourografia?

Rossi:

In genere no, basta la storia clinica per distinguere le due forme di incontinenza [2]. Nei casi in cui la storia non sia chiara oppure se i trattamenti falliscono conviene inviare la paziente presso uno specialista dedicato per eseguire test urodinamici.

Ressa:

Come si tratta l'incontinenza urinaria da urgenza?

Rossi:

La cosiddetta "terapia comportamentale" dovrebbe essere il trattamento di prima scelta. Essa consiste in esercizi di training della vescica e dei muscoli del pavimento pelvico. Il training vescicale consiste nell'allenarsi a trattenere le minzione più a lungo e nel prolungare l'intervallo tra una minzione e l'altra. Questi esercizi si sono dimostrati più efficaci del trattamento farmacologico e possono migliorare l'incontinenza in circa una donna su due. Anche gli esercizi di rinforzo della muscolatura del pavimento pelvico, eseguiti secondo la tecnica di Kegel, si sono dimostrati più efficaci della terapia medica e possono ottenere miglioramenti in oltre l'80% dei casi [3]. Ovviamente l'efficacia di tali esercizi dipende anche dalla tipologia della paziente che deve essere adeguatamente motivata e in grado di eseguire gli esercizi consigliati.

Ressa:

Qual è il ruolo dei farmaci?

Rossi:

Possono essere usati in aggiunta alla terapia comportamentale in modo da migliorare la percentuale di soggetti che rispondono al trattamento [4]. I due farmaci più usati sono due anticolinergici, l'ossibutinina e la tolterodina, di solito usati sotto forma di preparati ritardo.

Ressa:

Qual è più efficace?

Rossi:

Uno studio su più di 800 donne li ha paragonati tra loro [5] e sono risultati all'incirca simili come efficacia anche se i soggetti privi di episodi di incontinenza furono di più nel gruppo ossibutinina (23% vs 17%) a scapito di una maggior frequenza di effetti collaterali (soprattutto secchezza delle fauci). Recentemente si è resa disponibile anche una preparazione transdermica di ossibutinina ma probabilmente la sua efficacia è inferiore ai prodotti per os [6]. Ovviamente questi farmaci sono controindicati nelle pazienti con glaucoma ad angolo chiuso, se vi è un'ostruzione delle vie urinarie e vanno usati con cautela nei pazienti con demenza. Nei casi refrattuari e con grave incontinenza da urgenza si usa la terapia elettrica che consiste nel posizionare un elettrodo nel tessuto sottocutaneo sacrale in maniera tale da stimolare la radice S3 così da ridurre le contrazioni del muscolo detrusore.

Ressa:

Come si cura l'incontinenza da sforzo?

Rossi:

Vengono proposti numerosi trattamenti di tipo non farmacologico, ma esistono pochi studi che li abbiano paragonati tra loro per cui non è semplice decidere quali siano più efficaci.

Ressa:

Quali sono?

Rossi:

Anzitutto esercizi di rinforzo del pavimento pelvico secondo la tecnica di Kegel, associati o meno a bio-feedback, in modo da migliorare l'abilità della paziente a contrarre la muscolatura pelvica. Esistono poi dei "devices" intravaginali di supporto che però richiedono una certa abilità per essere inseriti e possono essere usati temporaneamente dalle donne che lamentano incontinenza durante attività fisica. Sono stati proposti anche dei pessari temporanei o definitivi da usare nei non responders ad altre terapie ma che possono causare infezioni o ulcerazioni vaginali.

Sono stati proposti anche dei "plugs" cioè una specie di tamponi uretrali usati in occasione di attività fisiche; anche questi richiedono una certa abilità manuale...

Ressa:

Bah, non mi sembrano strumenti molto pratici...

Rossi:

In effetti non sono il massimo. Pensa che è stata proposta anche una sedia, approvata dalla FDA, che emette un campo magnetico a bassa intensità, sulla quale il paziente si accomoda per circa 20 minuti. Il ciclo è di 2 sedute alla settimana per 8 settimane. Si usa nei casi di incontinenza da sforzo lieve e non complicata e che non sia mai stata trattata chirurgicamente.

Ressa:



Farmaci?

Rossi:

Non ci sono farmaci attualmente raccomandati per l'incontinenza da sforzo. Gli anticolinergici non sono efficaci. Gli agonisti alfa adrenergici non possiedono buone evidenze di efficacia. Gli estrogeni non si sono dimostrati utili in una meta-analisi peraltro non recente.

La FDA sta attualmente valutando la duloxetina, un inibitore del reuptake della serotonina e della norepinefrina e così aumenta la disponibilità di questi due mediatori a livello del midollo spinale aumentando l'attività dei nervi pudendi. In alcuni studi ha dimostrato di ridurre gli episodi di incontinenza da sforzo più del placebo (54-64% vs 40%). Staremo a vedere. Alcuni pazienti potrebbero giovare della pseudoefedrina, ma anche in questo caso di tratta di un trattamento non approvato per questa indicazione.

Ressa:
Terapie chirurgiche?

Rossi:

Il trattamento più efficace è l'intervento di colposospensione che trova la sua indicazione elettiva nelle pazienti in cui l'incontinenza si associa a prollasso uterino. Altre volte l'intervento consiste nel cosiddetto "tension-free vaginal tape": viene creata una specie di imbragatura uretrale in genere in anestesia locale; sembra avere una efficacia simile a quella della colposospensione.

Infine si può ricorrere alla iniezione periuretrale di collagene, la cui efficacia però sembra diminuire con il passare del tempo.

Ressa:

Ma cosa dice la nostra cara Clinical Evidence?

Rossi:

Per l'incontinenza da sforzo l'unico farmaco considerato utile è la duloxetina. Probabilmente utili però sono anche i farmaci adrenergici, gli esercizi per il pavimento pelvico, l'elettrostimolazione e i coni vaginali.

Ressa:

Coni vaginali? Mai sentiti.

Rossi:

Utili sono pure i trattamenti chirurgici con banderelle vaginali senza tensione e la colposospensione. Da valutare caso per caso le fionde suburetrali.

Comunque un aggiornamento sulla incontinenza urinaria da sforzo, con qualche variazione rispetto a quanto abbiamo appena detto, la trovi a questo link:

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/newsall.asp?id=4236>

BIBLIOGRAFIA

1. Nygaard I et al. Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women. *Obstet Gynecol* 2003;101:149-56
 2. Brown JS et al. for Diagnostic Aspects of Incontinence Study (DAISy) Research Group. The Sensitivity and Specificity of a Simple Test To Distinguish between Urge and Stress Urinary Incontinence. *Ann Intern Med* 2006 May 16; 144: 715-723
 3. Burgio KL et al. Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280:1995-2000
 4. Burgio KL et al. Combined behavioral and drug therapy for urge incontinence in older women. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:370-4
 5. Diokno AC et al. Prospective, randomized, double-blind study of the efficacy and tolerability of the extended-release formulations of oxybutynin and tolterodine for overactive bladder: results of the OPERA trial. *Mayo Clin Proc* 2003;78:687-95.
 6. Oxybutynin transdermal (Oxytrol) for overactive bladder. *Med Lett Drugs Ther* 2003;45:38-9.
 7. Fantl JA et al. Estrogen therapy in the management of urinary incontinence in postmenopausal women: a meta-analysis. First report of the Hormones and Urogenital Therapy Committee. *Obstet Gynecol* 1994;83:12-8.
- Click 13
Valido True