

BERGAMO, 13 OTTOBRE 2021

***L' INCONTINENZA E LE DISFUNZIONI
URINARIE***

DOTT. ORESTE RISI
UROLOGO – ANDROLOGO
CLINICHE GAVAZZENI - BERGAMO



DISFUNZIONI VESCICO – SFINTERICHE DEL PAVIMENTO PELVICO E DIAGNOSTICA

I sintomi associati alla disfunzione del pavimento pelvico sono distinti in 5 gruppi:

LUTS

Bowel Symptoms

Sexual functions

Prolapse

Pain

DISFUNZIONI VESCICO_SFINTERICHE E DEL PAVIMENTO PELVICO DIAGNOSTICA

LUTS:

Incontinenza Urinaria

Sindrome urgenza-frequenza

Disturbi di svuotamento

Sensazione di incompleto svuotamento vescicale

LUTS Sintomi correlati a:

Svuotamento Vescicale

- *Flusso debole*
- *Esitazione*
- *Intermittenza*
- *Sgocciolamento*

OSTRUTTIVI

Riempimento Vescicale

- *Nicturia*
- *Pollachiuria*
- *Urgenza*
- *Peso Ipogastrico*

IRRITATIVI

Incontinenza urinaria

A quanti succede-1

- **200.000.000 (duecento milioni!)**
di persone hanno problemi di controllo vescicale nel Mondo (dati OMS – 1998)

- Studio del 2005 in sei Paesi Europei: ne sono affetti
 - quasi il **12%** delle persone tra **40 e 44** anni di età
 - quasi il **15%** delle persone tra **45 e 49** anni di età
 - quasi il **19%** delle persone tra **50 e 54** anni di età
 - circa il **27%** tra le persone tra **55 e 64** anni di età

(Irwin, D., Milsom, I. et al. Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional wellbeing in six European countries. British Journal of Urology International: 2005; 97, 96-100)

- Stime effettuate in Gran Bretagna: ne è affetto
 - il **24%** degli anziani
 - il **30-60%** dei pazienti più anziani curati nelle strutture pubbliche

(dati Royal College of Physicians Inadequate and Incomplete ? Continence Care in the UK. 23.11.2005)

Incontinenza urinaria

A quanti succede -2

- Studio del 2002 tra le donne di alcuni Paesi europei:

- **32%** delle britanniche
- **34%** delle tedesche
- **32%** delle francesi
- **15%** delle spagnole

hanno avuto sintomi di incontinenza urinaria nei precedenti 30 giorni

(Hunskaar, S., Lose, et al. (2003) Prevalence of Stress Urinary Incontinence in Women in Four European Countries, 2002. ICS: UK)

Incontinenza urinaria

A quanti succede - 3

- Le **donne** sono maggiormente predisposte a incontinenza urinaria da sforzo
 - effetti del parto e della menopausa
- Gli **uomini** hanno una maggiore predisposizione alla ritenzione urinaria
 - effetto dell'ingrossamento della ghiandola prostatica

Da un sondaggio condotto negli USA nel 2004

(su incarico della National Association for Continence)

- le donne attendono 6,5 anni
- gli uomini attendono 4,2 anni
prima di farsi visitare

Costi dell'Incontinenza Urinaria

**NEGLI STATI UNITI È STATO
CALCOLATO CHE IL COSTO PER LA
GESTIONE DEI PROBLEMI DA
INCONTINENZA URINARIA È PARI
AL COSTO SOMMATO DELLA
EMODIALISI PIÙ IL COSTO DELLA
CHIRURGIA PER BY-PASS AORTO-
CORONARICO**

LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms)

DISTURBI DI RIEMPIMENTO: **Incontinenza Urinaria**

Prevale nelle donne maggiormente predisposte a incontinenza urinaria da sforzo effetti del parto e della menopausa



DISTURBI DI SVUOTAMENTO: **O.C.U.**

Prevale negli uomini maggiormente predisposti alla ritenzione urinaria



Inquadramento clinico incontinenza urinaria



L'incontinenza da urgenza è la perdita involontaria di urina accompagnata o immediatamente preceduta dalla sensazione di Urgenza

L'incontinenza da sforzo (stress) è la perdita involontaria di urina durante uno sforzo, un esercizio fisico, uno starnuto o un colpo di tosse

L'incontinenza urinaria mista è l'associazione delle due condizioni: perdita involontaria associata ad urgenza, ma anche durante sforzo, esercizio, tosse e simili

Gocciolamento post-minzionale: Incontinenza urinaria di tipo continuo, goccia a goccia.

Iscuria paradossa: rigurgito di urine in uno stato di ritenzione urinaria cronica

Enuresi notturna (perdita involontaria durante il sonno)

INCONTINENZA URINARIA

Come facciamo la diagnosi differenziale?

SULLA BASE:

DEL SINTOMO CLINICO

DEL DATO OBIETTIVO

DEL DATO URODINAMICO



INCONTINENZA DA SFORZO

SINTOMO

Perdita involontaria di urina durante i colpi di tosse, gli starnuti, gli esercizi fisici quali l'attività sportiva



SEGNO

Osservazione della perdita urinaria dall'uretra sincrona con la tosse, lo sforzo, lo starnuto



URODINAMICA

Dimostrazione della perdita involontaria di urina durante la cistometria di riempimento, che avviene durante un aumento della pressione addominale in assenza di contrazione detrusoriale

INCONTINENZA DA SFORZO

Dovremo quindi valutare

MOBILITA' URETRALE

- ❖ Ipermobilità
- ❖ Uretra fissa

FUNZIONE URETRALE

- ❖ Normale
- ❖ Anormale (ISD)



INCONTINENZA DA OVERFLOW (RIGURGITO)

- ❖ **PERDITA DI URINA PARADOSSA**
- ❖ **ESPRESSIONE DI UNA SITUAZIONE DI RITENZIONE URINARIA SUBCOMPLETA O COMPLETA**

ANATOMICA

CAUSE OSTRUTTIVE:

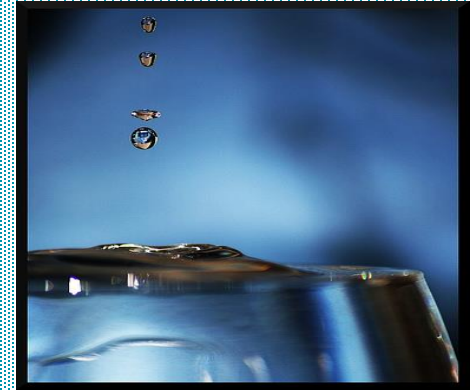
**IPB
STENOSI
TUMORI**

NEUROLOGICA

**DISSINERGIA
SCLEROSI MULTIPLA
TRAUMI VERTEBRO SPINALI**

IATROGENA

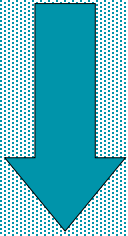
CHIRURGIA PELVICA (Wertheim)



DISFUNZIONI VESCICO-SFINTERICHE -Eziologia

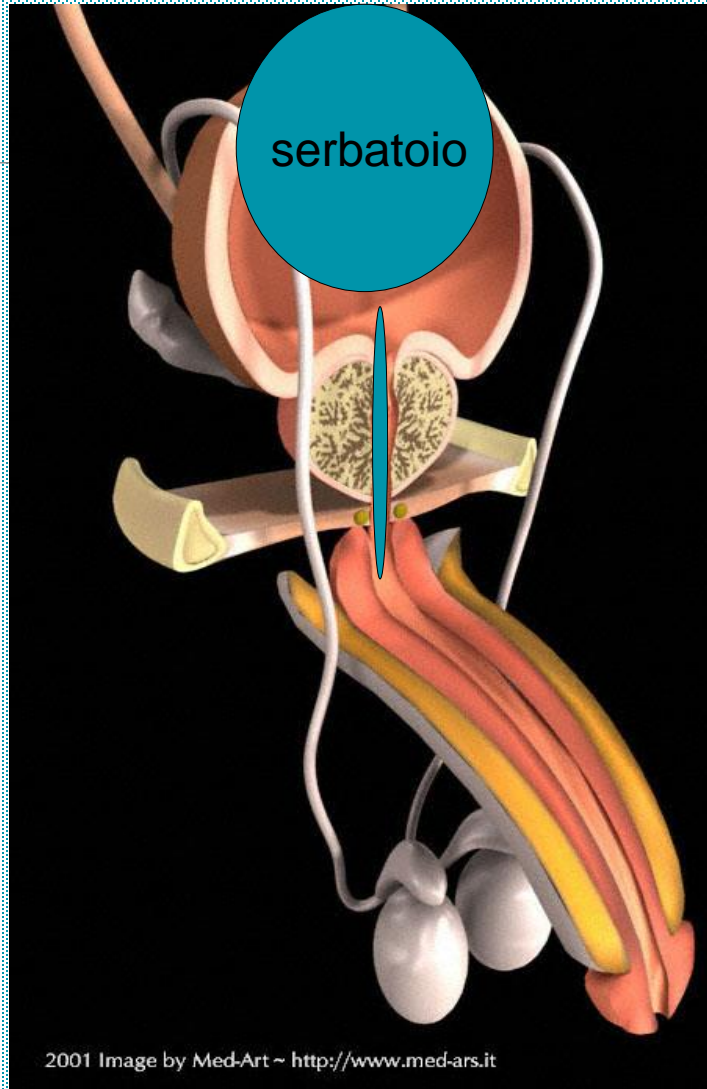
**RIDUZIONE DELLA
CONTRATTILITA'
DETRUSORIALE**

**AUMENTO DELLE
RESISTENZE**



**ALTERAZIONE DI
SVUOTAMENTO**

RITENZIONE



2001 Image by Med-Art ~ <http://www.med-ars.it>

**AUMENTO DELLA
CONTRATTILITA'
DETRUSORIALE**

**RIDUZIONE
DELLE
RESISTENZE**



**ALTERAZIONE DI
RIEMPIMENTO**

INCONTINENZA

DISTURBI DI RIEMPIMENTO

Incontinenza Urinaria

AUMENTO DELLA CONTRATTILITA' DETRUSORIALE

Patologie midollo sacrale
Lesioni iatrogene del plesso pelvico
Neuropatie periferiche
Ostruzione cronica
Cistite attinica
Neoplasie vescicali
Infezione urinaria
Vescica ad elevata sensibilità

DEFICIT SFINTERICO

Patologie midollo sacrale
Lesioni iatrogene del plesso pudendo
Neuropatie periferiche
Uretrite
Prostatiti
Iatrogeno Post TURP, post RRP, Post uretrotomia
Stenosi uretrale



DISTURBI DI SVUOTAMENTO

Ritenzione Urinaria

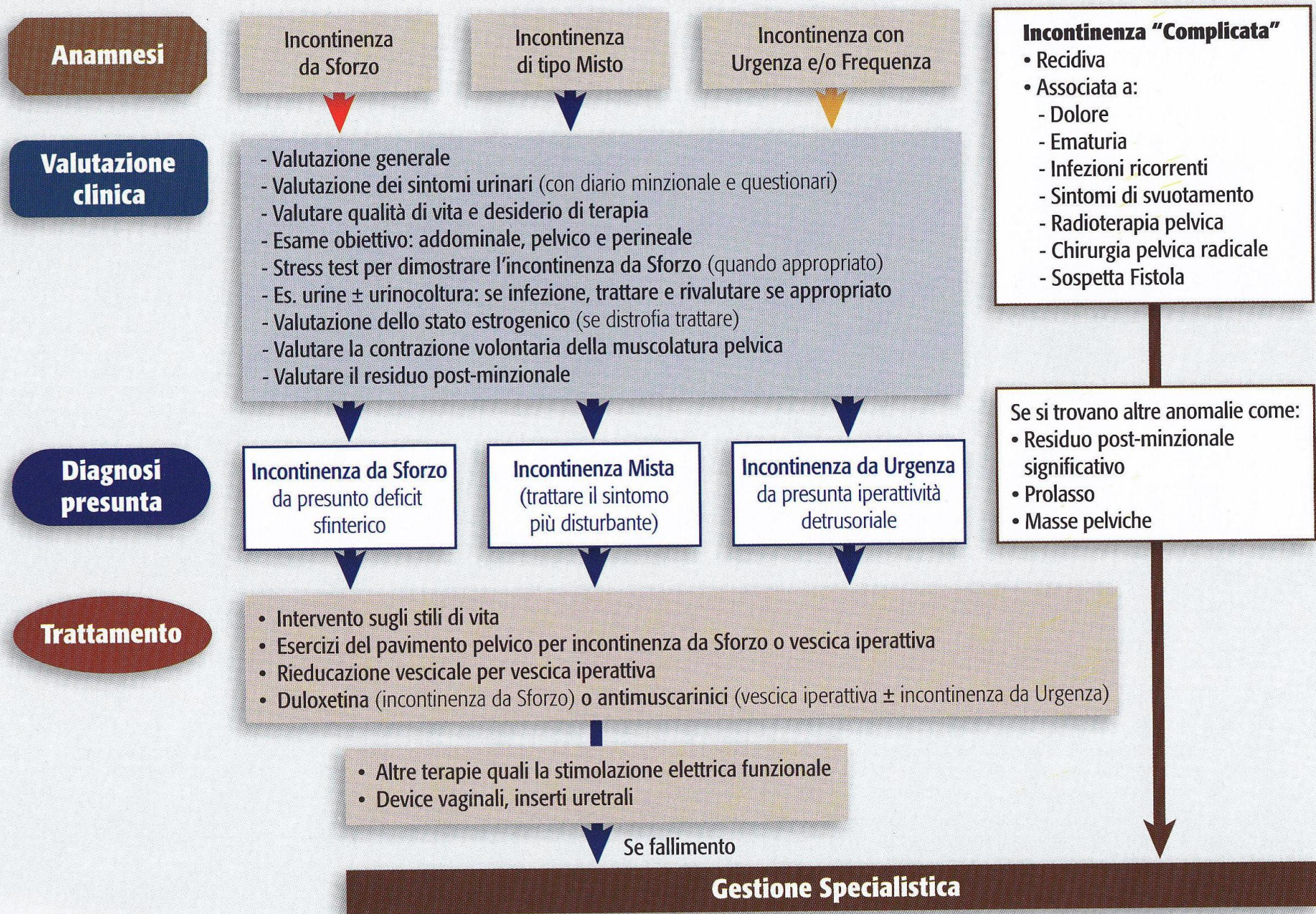
RIDUZIONE DELLA CONTRATTILITA' DETRUSORIALE

Patologie midollo sacrale
Lesioni iatrogene del plesso pelvico
Neuropatie periferiche
Ostruzione cronica
Vescica senile
Patologie vescicali

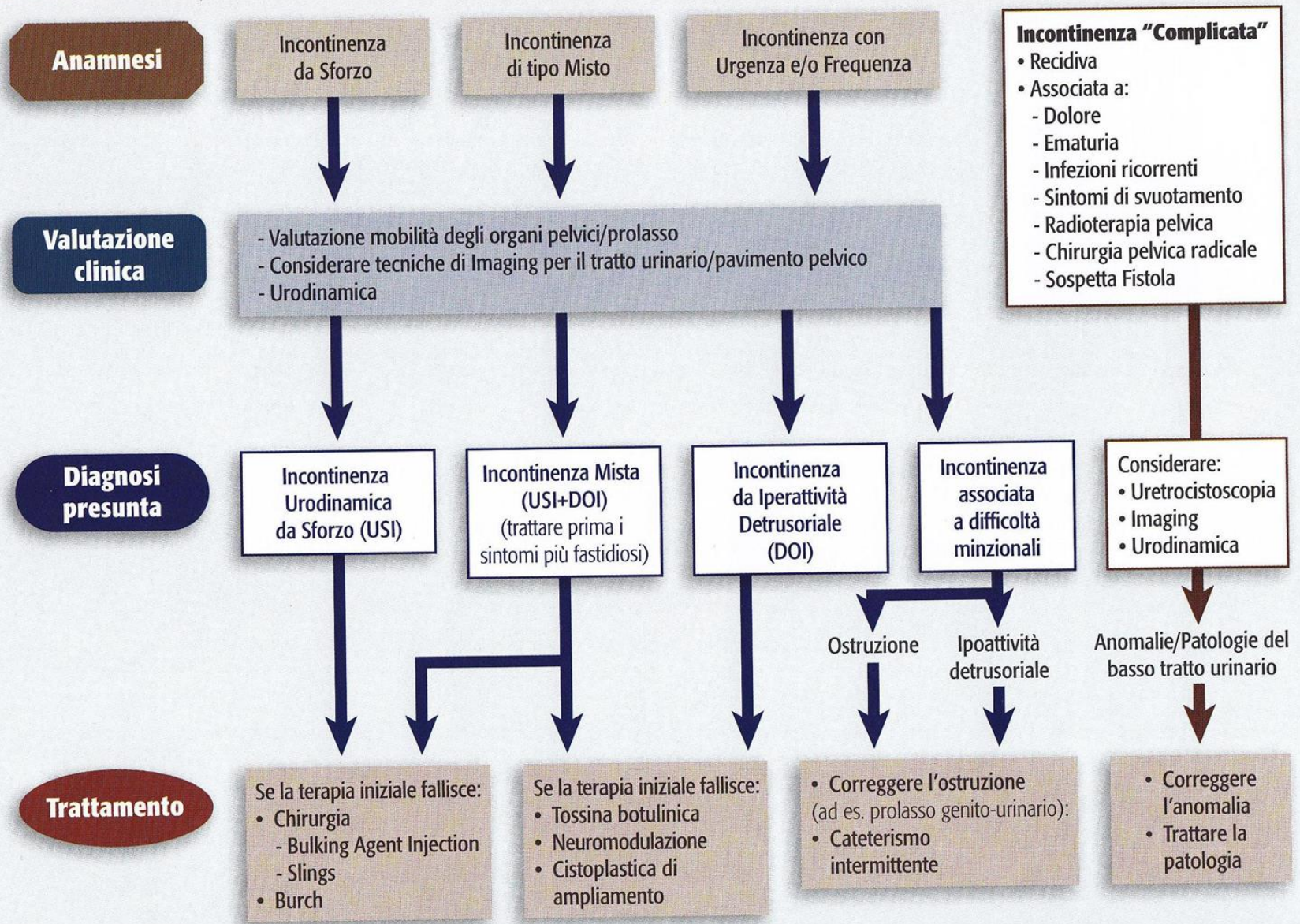
AUMENTO DELLE RESISTENZE

Dissinergia vescico-sfinterica
IPB
Sclerosi del collo vescicale
Stenosi uretrale (iatrogena, traumatica, infiammatoria, Uretroplastica)
Stenosi uretro-vescicale post-RRP

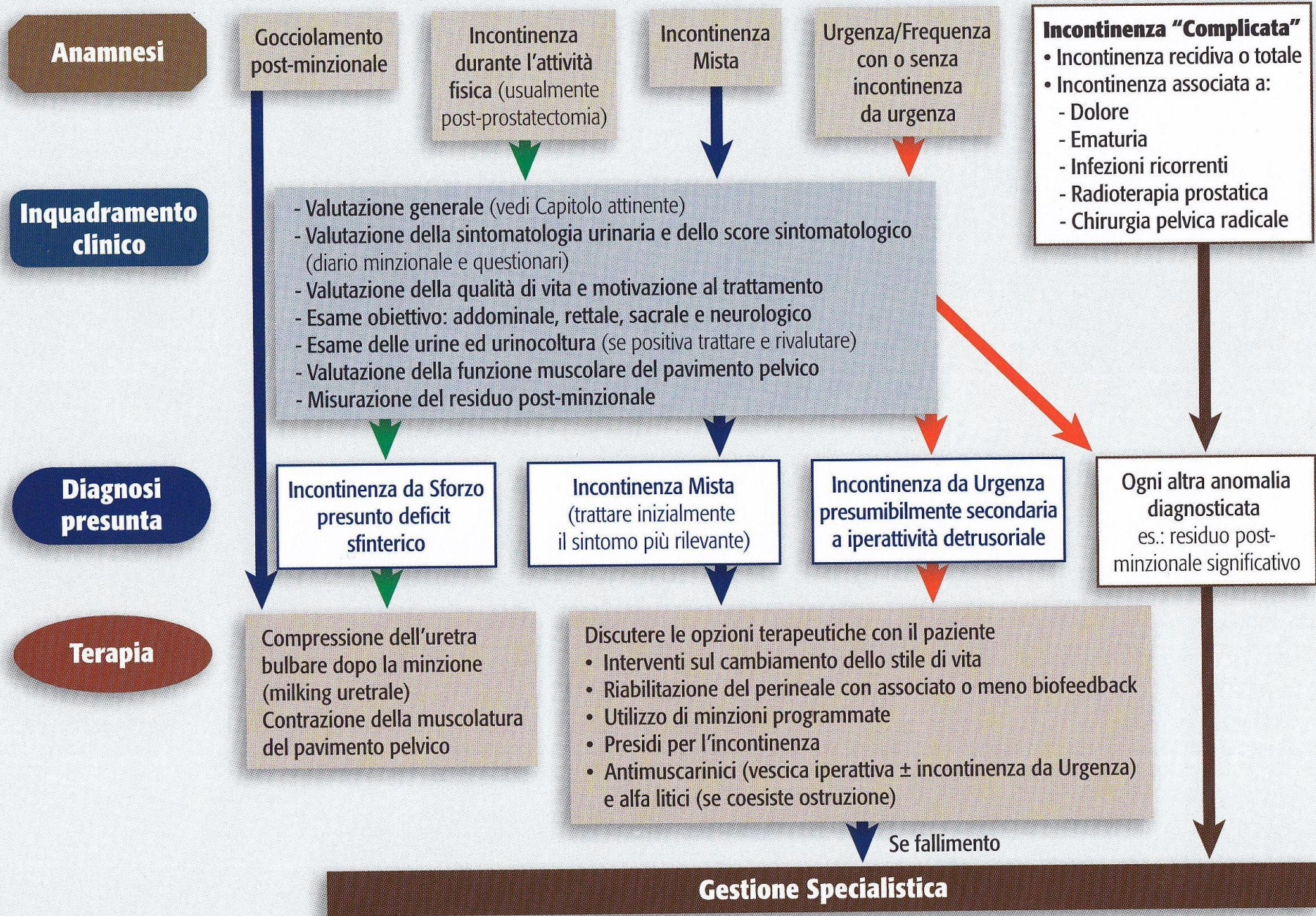
Gestione Iniziale dell'Incontinenza Urinaria nella Donna



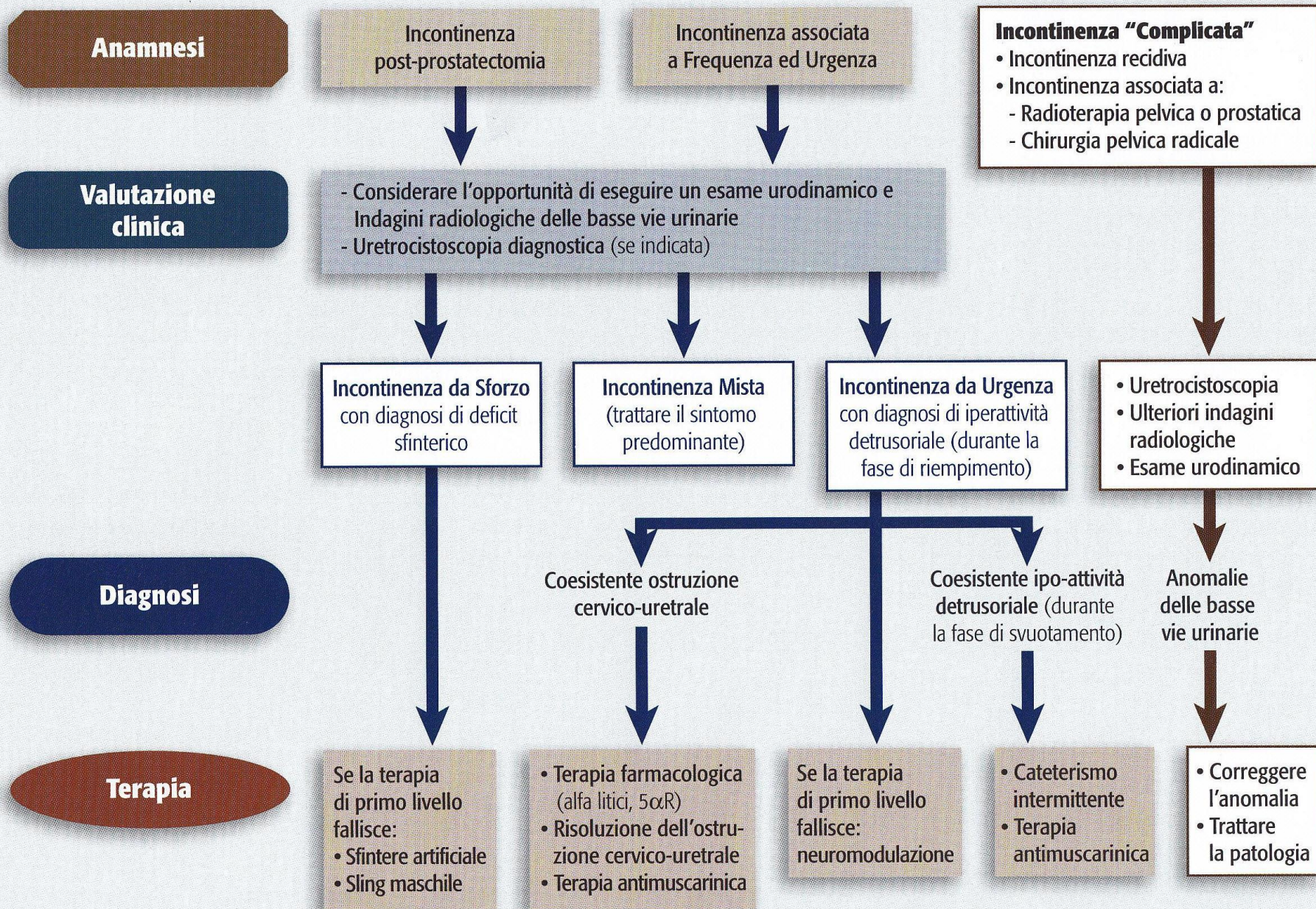
Gestione Specialistica dell'Incontinenza Urinaria nella Donna



Gestione Iniziale dell'Incontinenza Urinaria nell'Uomo



Gestione Specialistica dell'Incontinenza Urinaria nell'Uomo



INQUADRAMENTO CLINICO I LIVELLO

ICI 2021 Incontinenza urinaria



Valutazione dello stato generale

Grading dei sintomi, foglio minzioni, Questionari

Valutazione della qualità di vita e desiderio di trattamento

Esame obiettivo: addominale, pelvico, neurologico sacrale, valutazione dello stato estrogenico, EDR.

Stress test per dimostrare incontinenza da sforzo

Esame urine ed urinocultura (se infezione tratta e rivaluta)

Valutazione del residuo post-minzionale con la valutazione clinica dell'addome (opzionale con ultrasuoni)

Lo screening nei disturbi della minzione: domande fondamentali da fare ai pazienti

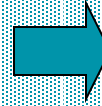
- In totale, quante volte va a urinare in un periodo di 24 ore?
- Quanto spesso si sveglia durante la notte per andare a urinare?
- Quanto spesso sente un desiderio forte e improvviso di urinare nel corso della notte?
- Se non riesce a raggiungere in tempo la toilette, quanta urina perde generalmente?
- Perde urina quando ride, starnutisce, tossisce, salta o corre?
- Esitazione minzionale?
- Sensazione di incompleto svuotamento vescicale?

INQUADRAMENTO CLINICO I LIVELLO

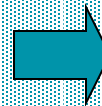
Esame Obiettivo



- ❖ **ESAME UROGINECOLOGICO**
- ❖ **ESAME NEUROLOGICO GENERALE** (motricità, sensibilità, riflessi)
- ❖ **ESAME NEUROLOGICO LOCALE** (sensibilità superficiale e profonda del perineo, riflessi superficiali)
- ❖ **ESAME PROCTOLOGICO**
- ❖ **ESAME FISIATRICO** (Andatura del paz.)

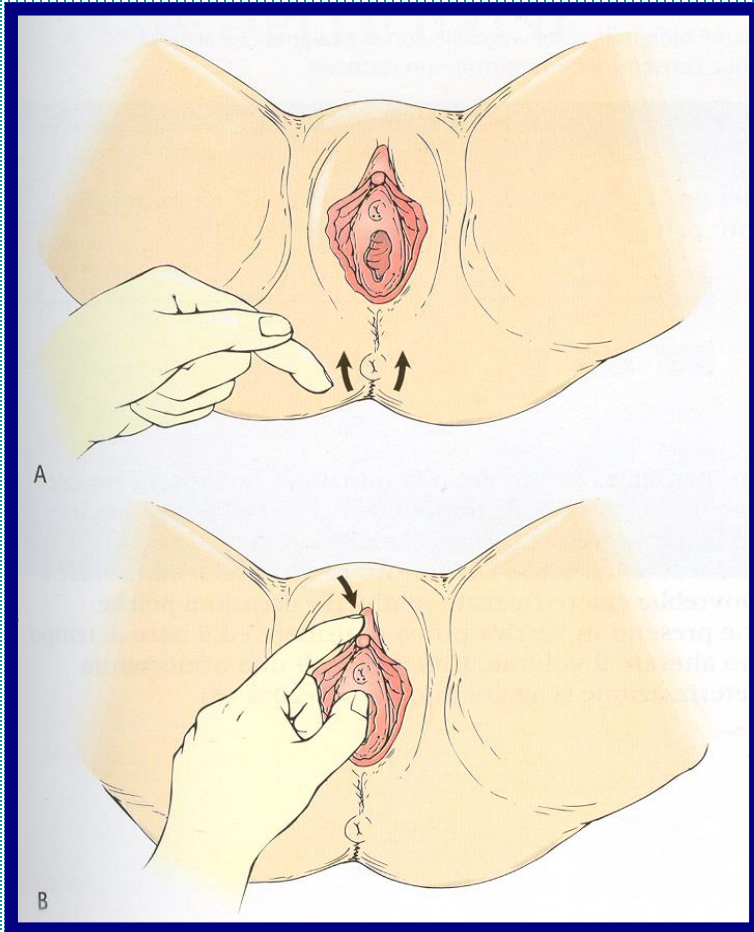


- ❖ **Trofismo e compliance vaginale**
- ❖ **Presenza di lesioni organiche**
- ❖ **STADIAZIONE DESCENSUS**
- ❖ **STRESS-TEST**
- ❖ **TEST BONNEY**
- ❖ **Q-TIP TEST**



- ❖ **TEST ELEVATORE ANO**
- ❖ **Endurance**
- ❖ **Sinergie muscolari**

Esame Neurologico



Sensibilità perianale

Tono e controllo dello sfintere anale

Riflesso bulbo-cavernoso

Breve esame neurologico di screening (normale, emiplegico, paraplegico, demente, ecc)

ESAME VAGINALE

presenza e grado di:

Cistocele

Uretrocele

Prolasso uterino

Enterocele

Rettocele



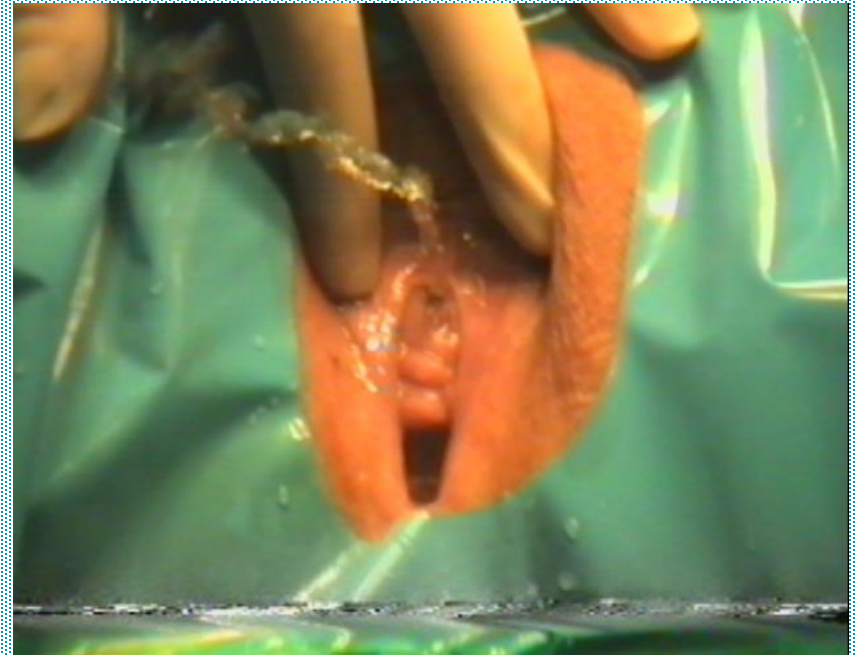
ESAME VAGINALE

Dimostrazione della perdita di urina

Spontaneo/continuo

Sincrono con il colpo di tosse/Valsalva

Successivo al colpo di tosse/Valsalva



Diagnosi differenziale urge/stress: Esami di laboratorio

Esame delle urine

- Per eliminare il dubbio di ematuria, piuria, batteriuria, glicosuria, proteinuria, infezione urinaria

Citologia urinaria

Esami ematici secondo il caso

- Glicemia
- Antigene prostatico nel siero
- Elettroliti
- Altro

RACCOMANDAZIONI ICI 2021

INCONTINENZA URINARIA MASCHILE

Gestione iniziale

VALUTAZIONE

Gocciolamento post-minzionale	Urgenza minzionale +/- incontinenza, pollachiuria, nicturia	IUS post-chirurgica
-------------------------------	---	---------------------

ESAMI DIAGNOSTICI I LIVELLO

Anamnesi, esame obiettivo, Ecografia post-minzionale

TRATTAMENTO

Esercizi pavimento pelvico Compressione manuale dell'uretra	Modificazioni stile di vita Esercizi pavimento pelvico Ginnastica vescicale Anticolinergici Alfa-litici	Esercizi del pavimento pelvico Modificazioni stile di vita Rieducazione vescicale
--	---	---

VALUTAZIONE DEL
RISULTATO dopo 8-12
settimane

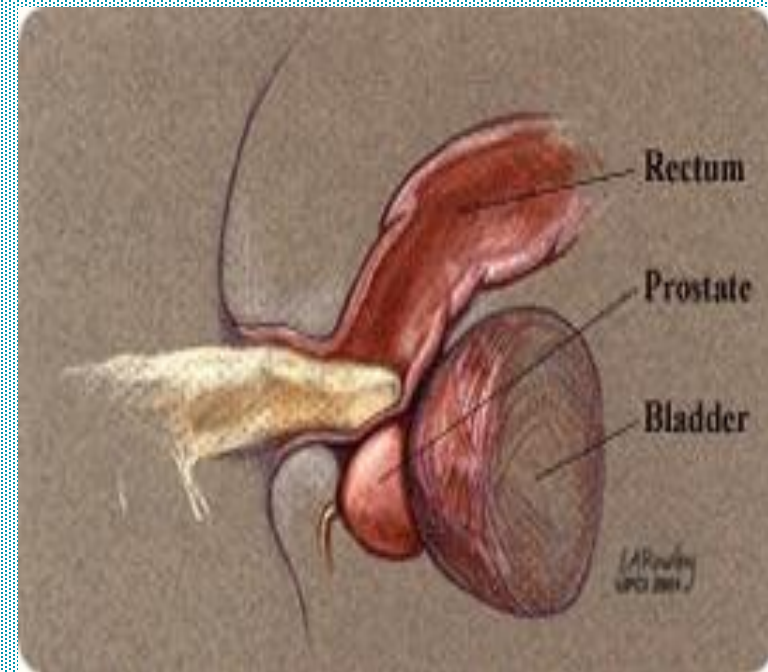


CONSULENZA
SPECIALISTICA

Esame obiettivo

Esplorazione
digitorettale

Volume
Consistenza
Superficie
Margini
Solco mediano
Dolorabilità
Noduli
Fissità dell'organo (stadiazione)



RACCOMANDAZIONI ICI 2021

INCONTINENZA URINARIA MASCHILE

Gestione specialistica

VALUTAZIONE

Gocciolamento post-minzionale (disturbo di svuotamento)

Urgenza minzionale +/- incontinenza, pollachiuria, nicturia

IUS post-chirurgica

ESAMI DIAGNOSTICI II LIVELLO

Esame citologico urine, Ecografia apparato urinario, Uroflussometria, Ecografia vescicale post-minzionale, UCS, Esame urodinamico

TRATTAMENTO base

Esercizi pavimento pelvico
Compressione manuale dell'uretra

Modificazioni stile di vita
Esercizi pavimento pelvico
Ginnastica vescicale
Anticolinergici
Alfa-litici

Esercizi del pavimento pelvico
Modificazioni stile di vita
Rieducazione vescicale

TRATTAMENTO definitivo

C.I (Ipocontrattilità vescicale)
Chirurgia disostruttiva (OCU-Uretrale)

Tossina botulinica
Cistoplastica di ampliamento
Neuromodulazione
Derivazione urinaria

Sfintere urinario artificiale

RACCOMANDAZIONI ICI INCONTINENZA URINARIA

Gestione specialistica

INDAGINI SECONDO LIVELLO

- PAD TEST**
- ECOGRAFIA**
- ESAME URODINAMICO (Uroflussimetria)**
- ESAME UROVIDEODINAMICO**
- URETROCISTOGRAFIA (retrograda e minzionale)**
- URETROCISTOSCOPIA**

Il momento dello specialista



Fallimento del trattamento di I livello

Incontinenza recidiva

Incontinenza associata a: dolore, ematuria. Infezioni recidivanti, disturbi di svuotamento, pregressa radioterapia pelvica, pregressa terapia chirurgica pelvica radicale, sospetta fistola vescico-vaginale

Residuo post-minzionale significativo

Significativo prolasso degli organi pelvici

STUDI FUNZIONALI e MORFOLOGICI

ECOGRAFIA

CISTOGRAFIA

URODINAMICA

VIDEOURODINAMICA

RM



UROFLUSSIMETRIA

ECOGRAFIA

CISTOURETROGRAFIA
Retrograda e Minzionale

URODINAMICA

VIDEOURODINAMICA

RM



LA TERAPIA RIABILITATIVA

La terapia riabilitativa presenta i seguenti vantaggi

1. è semplice
2. a relativo basso costo
3. a basso rischio di effetti collaterali
4. senza compromissione di eventuali successivi trattamenti

LA TERAPIA RIABILITATIVA

Comprende

- La chinesiterapia pelviperineale
- Il biofeedback perineale
- L'elettrostimolazione

LA CHINESE TERAPIA PELVI-PERINEALE

Razionale

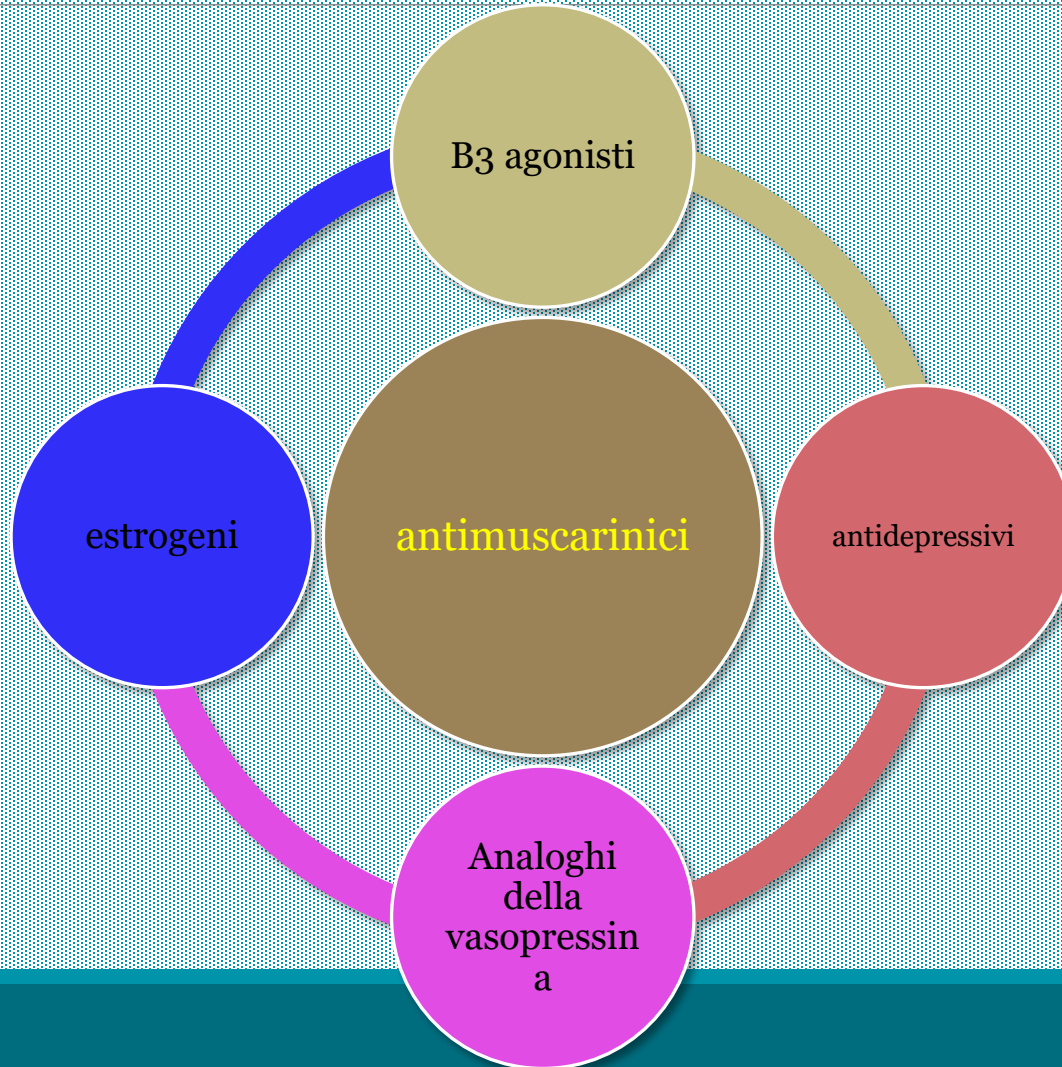
- Rafforzamento della muscolatura striata del piano perineale con conversione di fibre a contrazione rapida a fibre a contrazione lenta
- La contrazione volontaria e ripetuta del piano perineale può inibire in via riflessa la contrazione detrusoriale

LA TERAPIA RIABILITATIVA

Conclusioni

Offer bladder training as a first-line therapy to adults with urgency urinary incontinence or mixed urinary incontinence.	A
Offer prompted voiding for adults with incontinence who are cognitively impaired.	A
Offer supervised intensive pelvic floor muscle training (PFMT), lasting at least three months, as a first-line therapy to women with stress urinary incontinence or mixed urinary incontinence.	A
Pelvic floor muscle training programmes should be as intensive as possible.	B

Trattamenti farmacologici



Terapia Farmacologica delle L.U.T.D.

Schemi posologici degli antimuscarinici e assimilati

Mirabegron	50 mg die (da settembre?)
Ossibutinina cpr 5mg	5-15 mg/die
Ossibutinina td	1 cerotto 3.9mg/24h per 4gg
Ossibutinina rp cpr5 o 10mg	1 cp/die
Tolterodina cpr1-2mg	1-3 cp/die
Tolterodina RP (cpr4mg)	1cp/die
Solifenacina cpr5-10mg	1cp/die
Trospio Cloruro cpr20mg	1-3cpr/die
Trospio Cloruro RP (cpr60mg)	1cpr/die
Fesoterodina cpr 4 - 8mg	1cpr/die
Flavossato cpr 200mg	3-4 cpr/die
Flavossato+Propifenazone cpr 200+250	1-3 cpr/die

TERAPIA FARMACOLOGICA

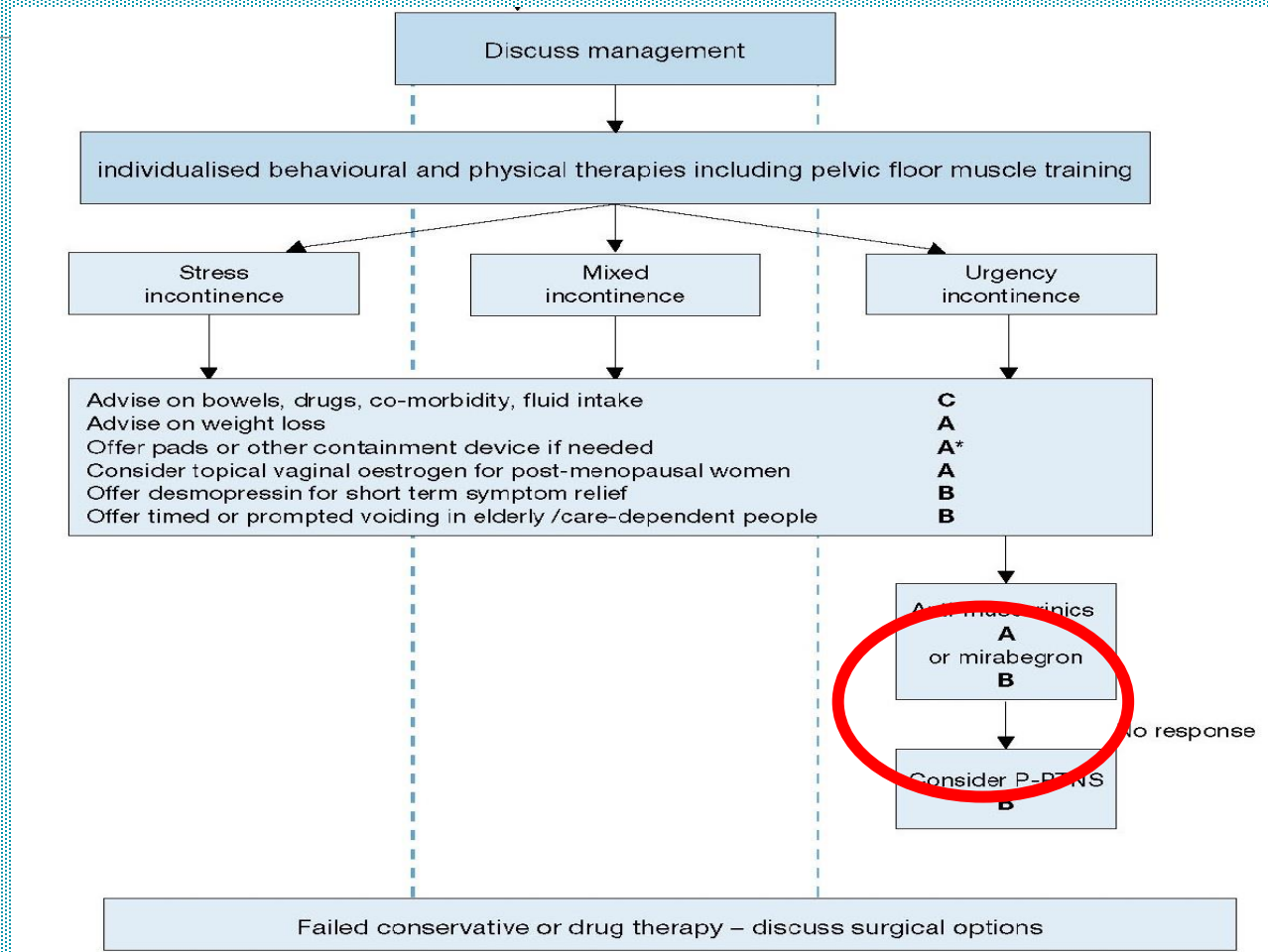
Beta 3 agonisti

- Il mirabegron è il primo farmaco clinicamente disponibile di questa classe dal 2013.
- Agisce attraverso i recettori beta-adrenergici situati prevalentemente nella muscolatura liscia del detrusore e la loro attivazione ne induce il rilasciamento.

Recommendation	GR
In patients with urgency urinary incontinence and an inadequate response to conservative treatments, offer mirabegron unless they have uncontrolled hypertension.	A

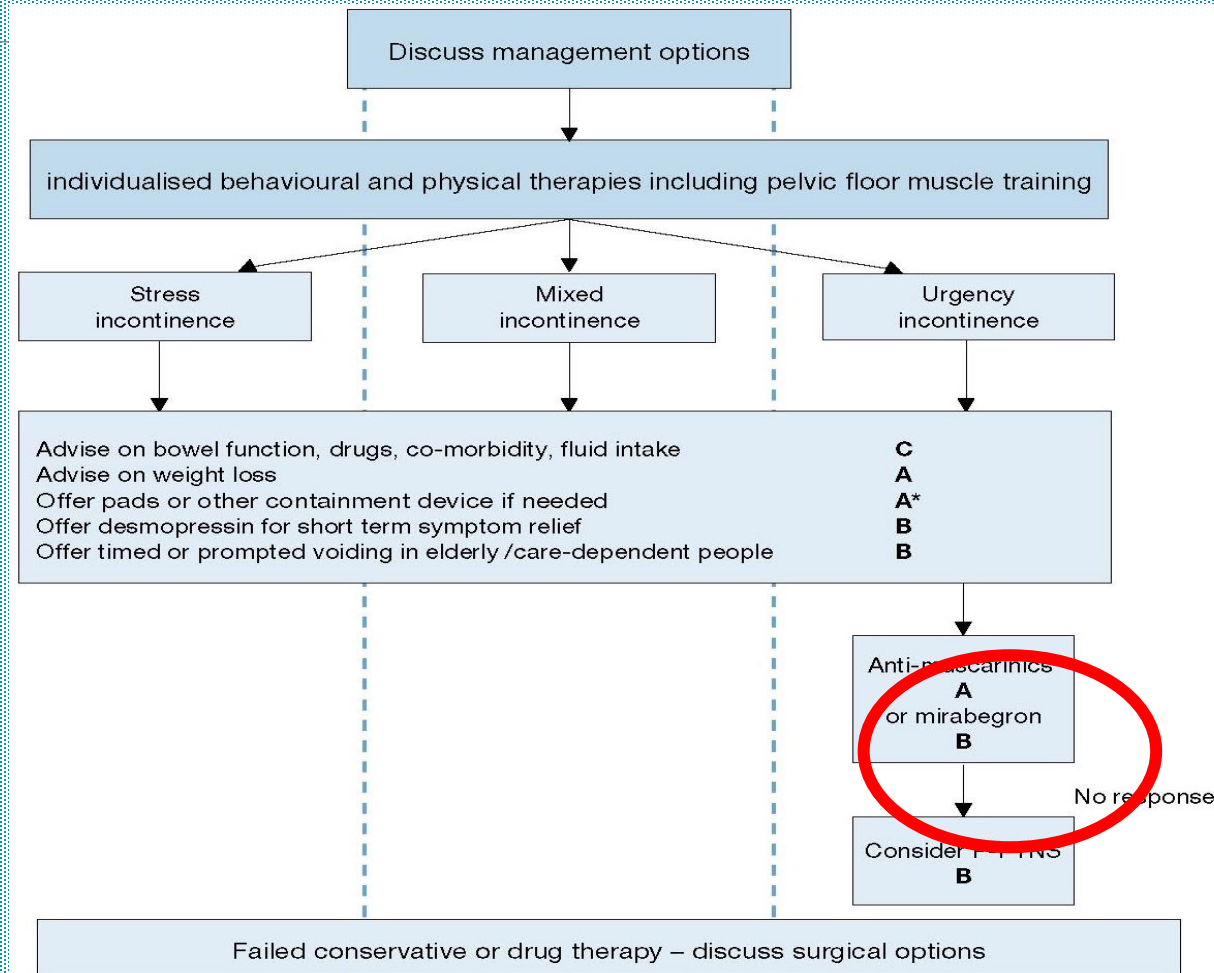
Women presenting with UI

EAU guidelines 2017



Men presenting with UI

EAU guidelines 2017



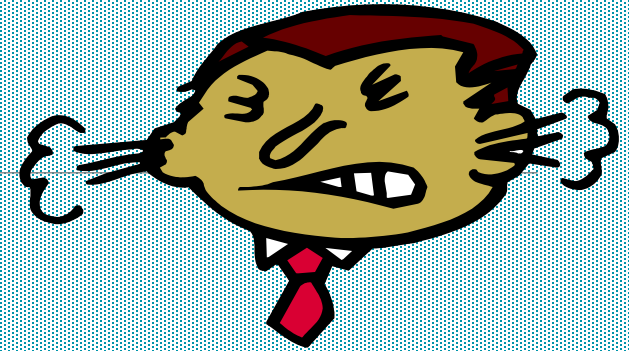
INCONTINENZA URINARIA MASCHILE

Epidemiologia

L'incidenza stimata della IU nel sesso maschile sembra essere del 9% annuo
con una netta prevalenza della incontinenza transitoria (27% dei casi)
rispetto alla popolazione femminile (11% dei casi).

INCONTINENZA URINARIA da Sforzo MASCHILE

Epidemiologia



Colpisce dal 2 al 10% della popolazione maschile

La prevalente causa di Incontinenza urinaria nell'uomo è la prostatectomia radicale

L'incontinenza da stress colpisce dal 2,5% al 70% post P.R. entro un anno.

La incidenza varia a seconda delle casistiche

Dopo un anno dall'intervento interessa dal 5% al 7% dei pazienti

INCONTINENZA URINARIA MASCHILE

EZIOLOGIA

URGE-INCONTINENCE

Sindromi della vescica

iperattiva (IPB, idiopatica,

Infezioni urinarie, tumori

vescicali, RT)

Invecchiamento

STRESS-INCONTINENCE

INTERVENTI CHIRURGICI:

Prostatectomia radicale

- TURP
- Uretrotomia
- Uretroplastica

INCONTINENZA URINARIA MISTA

INCONTINENZA URINARIA POST-CHIRURGICA

● PROSTATECTOMIA RADICALE

retropubica

perineale

laparoscopica

robotica



● RESEZIONE ADENOMA PROSTATICO (TURP, AdPTV) L'incidenza della incontinenza da sforzo dopo TURP è circa dell' 1%.

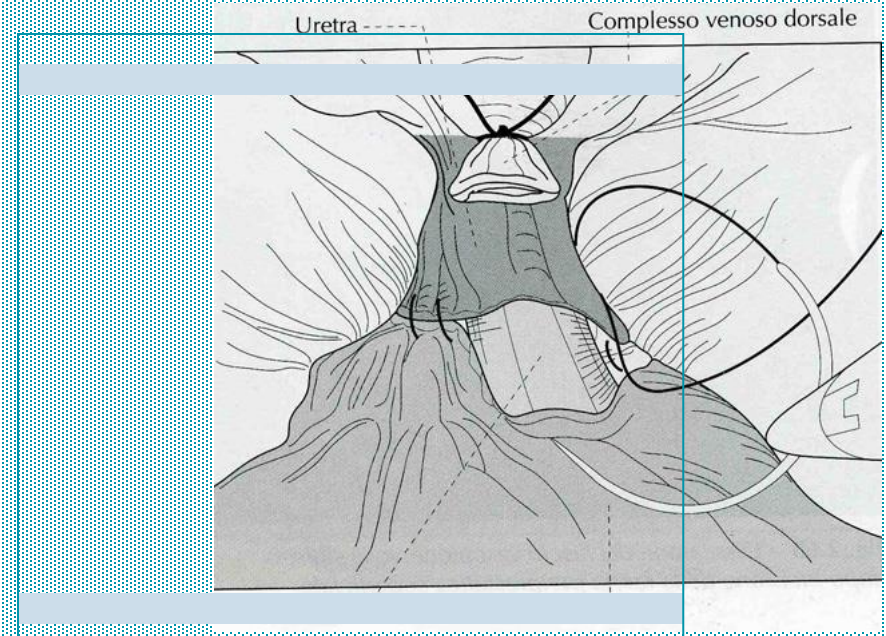
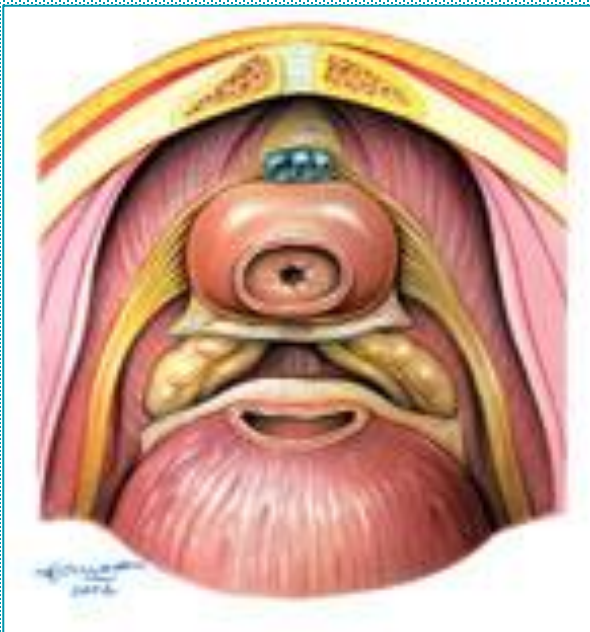
● INTERVENTI SULL'URETRA

URETROTOMIA

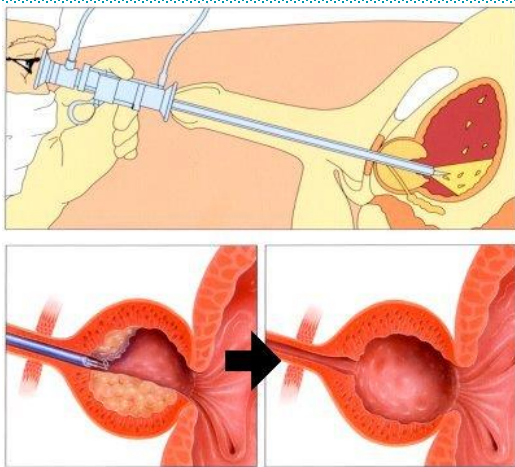
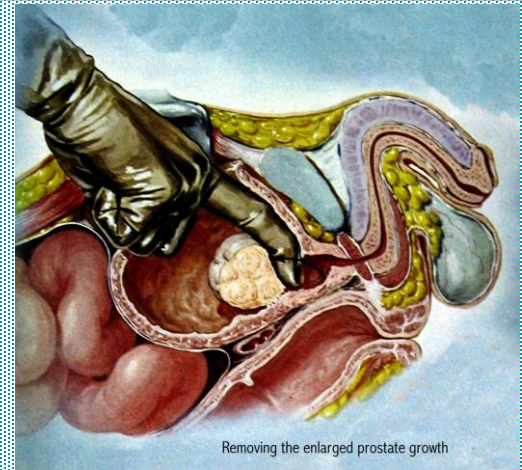
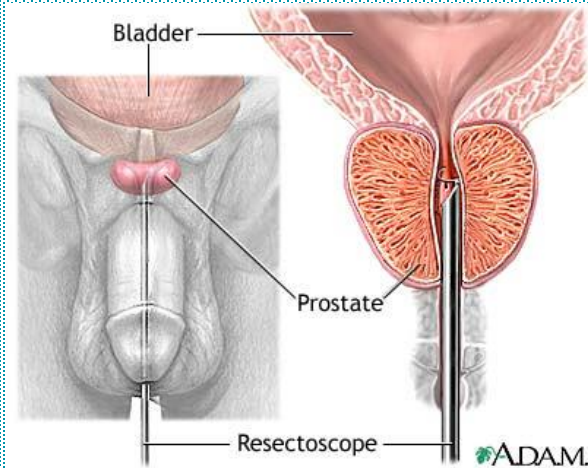
URETROPLASTICA BULBO_MEMBRANOSA

PROSTATECTOMIA RADICALE

Consiste nella rimozione completa della ghiandola prostatica e delle vescicole seminali con successivo confezionamento di anastomosi uretro-vescicale per patologia neoplastica



TURP-ADPTV



Consistono nella resezione o enucleazione di adenoma prostatico con creazione di una loggia prostatica a monte del collicolo seminale che viene rispettato

I.U.S post Prostatectomia Radicale

Eziopatogenesi



Il danno sfinterico è la causa primaria dell'incontinenza dopo prostatectomia radicale a causa della diretta esposizione e manipolazione durante l'intervento.

L'efficacia del trattamento con lo sfintere artificiale indirettamente conferma che il danno sfinterico è la causa principale dell'incontinenza, anche perché il risultato non è complicato da una disfunzione vescicale, purchè l'incontinenza non sia tale da produrre una defunzionalizzazione vescicale protratta

Incontinenza urinaria post-chirurgica

TERAPIA MEDICA

Duloxetina

Uno studio ha valutato l'efficacia della Duloxetina nel management dell'incontinenza urinaria dopo prostatectomia radicale ed il suo impatto sui parametri urodinamici:

- pressione di chiusura uretrale massima (MPCU)
- abdominal leak point pressure (ALPP)
- retrograde leak point pressure (RLPP)



Incontinenza urinaria post-chirurgica

TERAPIA MEDICA

Duloxetina

Risultati:

- 102 uomini hanno portato a termine lo studio
- il 15.2% sviluppò eventi avversi
- Nel gruppo A , a 16 settimane di terapia combinata, ci fu una significativa riduzione dell'uso dei pannolini e degli episodi di frequenza correlati a un miglior punteggio della qualità di vita.

Conclusioni: la terapia combinata risulta efficace nella ripresa della continenza post-chirurgica precoce

	16 wk	20 wk	24 wk
FKT + Duloxetina	27 dry	23 dry	31 dry
FKT + placebo	39dry	38 dry	41 dry

Trattamento dell'incontinenza urinaria post-Prostatectomia Radicale

Raccomandazioni ICI 2021



Riabilitazione del pavimento pelvico

Modificazioni dello stile di vita

Iniezione di sostanze volumizzanti

Sling sottouretrale, intraotturatorio

Palloni gonfiabili peruretrali

Sfintere artificiale

Farmaci antimuscarinici (se si associa iperattività vescicale)

Farmaci inibitori re-uptake serotonina –noradrenalina
(duloxetina)

IUS post-chirurgica nell'uomo TERAPIA

Conclusioni

L'EAU raccomanda la terapia non invasiva:

- 1) Riabilitazione pelvi-perineale e biofeedback nell'incontinenza urinaria precoce post-operatoria**
 - 2) Il trattamento farmacologico con duloxetina è efficace in combinazione alla riabilitazione con la quale sinergicamente migliora la continenza, consentendo di accelerare i tempi di recupero della stessa**
 - 3) In quanto al trattamento chirurgico l'inserzione di uno sfintere artificiale, rappresenta ancora il gold standard.**
- La farmacoterapia è parzialmente efficace ma ricca di effetti collaterali e costosa**