

Il TABÙ dell' incontinenza urinaria mista nella donna

Scritto da
Dott. Antonio Perrone,
Dott.ssa Simona Caretto

*Possibili soluzioni ad un problema
tanto diffuso e quanto taciuto*

Spesso durante la visita ginecologica non viene posta sufficientemente in evidenza, la donna prova vergogna e disagio a parlarne, eppure è una condizione molto diffusa a tutte le età: stiamo parlando dell'incontinenza urinaria femminile di tipo misto, una forma caratterizzata dalla coesistenza dell'incontinenza urinaria da sforzo (IUS) e dell'incontinenza urinaria da urgenza (IUU).

L'associazione delle due forme mostra quadri variabili, in cui a prevalere può essere l'una o l'altra componente, cioè la perdita di urina associata a urgenza (bisogno impellente di urinare) e a sforzo (esercizio fisico, starnuto, tosse, ecc.).

Poiché l'incontinenza mista è un "mix" dei due tipi di incontinenza, potrebbe essere suddivisa in 3 sottogruppi: incontinenza mista con IUS prevalente, incontinenza mista con incontinenza da urgenza prevalente, o forma bilanciata.



Non sono disponibili dati che valutino queste tre componenti separatamente. I dati più recenti provengono da uno studio condotto negli Stati Uniti (National Overactive Bladder Evaluation – NOBLE – program), in cui l'incontinenza da stress, da urgenza e mista rappresentavano ognuna un terzo dei casi (33-36% di tutti i casi di incontinenza nelle donne), con un aumento della prevalenza con l'età (> dopo i 60 anni).

Per quanto riguarda l'eziologia dell'incontinenza urinaria mista, è importante ricordare la fisiopatologia dell'incontinenza da urgenza e dell'incontinenza da sforzo separatamente, poiché la fisiopatologia dell'incontinenza mista è poco chiara e deriva probabilmente da una combinazione delle sue due componenti.

L'incontinenza da sforzo è dovuta ad un deficit della funzione sfinteriale come risultato di un danno uretrale o della ipermobilità del collo vescicale/uretra, condizioni queste secondarie ad anomalie congenite, a danni al pavimento pelvico dopo la gravidanza e ad involuzione postmenopausale dell'uretra.

Esistono oggi evidenze che l'attività nervosa del pavimento pelvico e dell'uretra sia coinvolta nell'inibizione dell'attività detrusoriale durante la fase di riempimento, suggerendo che il danno al pavimento pelvico possa sfociare nella incontinenza da sforzo ma anche nella iperattività detrusoriale per una ridotta attività nervosa. Ciò implica che la IUS possa indurre o aumentare l'instabilità detrusoriale responsabile dell'urgenza.

La diagnosi di incontinenza urinaria mista si basa sulla valutazione combinata della sintomatologia e delle prove urodinamiche, data la scarsa correlazione tra diagnosi urodinamica e diagnosi clinica basata sui sintomi.

Come raccomandato dalla ICI (International Consultation on Incontinence, 2010) il percorso diagnostico nell'incontinenza urinaria femminile si articola in due fasi: **valutazione**

iniziale, che vede il coinvolgimento anche del medico di famiglia che prescriverà esami di routine come l'esame urine e l'urinocoltura, e **intervento specialistico**, che invece coinvolge il ginecologo/uroginecologo che esegue una valutazione anamnestica e dei sintomi, la visita e l'ecografia pelvica, ed anche esami più approfonditi come le prove urodinamiche, se necessarie.

Le possibilità terapeutiche sono molteplici e prevedono:

- 1) interventi sullo stile di vita;
- 2) riabilitazione del pavimento pelvico;
- 3) bladder training;
- 4) terapia farmacologica;
- 5) elettrostimolazione;
- 6) terapia chirurgica.

Interventi sullo stile di vita: la perdita di peso è associata ad un miglioramento dell'incontinenza; in generale è opportuno un esercizio fisico quotidiano, anche per rinforzare i muscoli del pavimento pelvico.

Riabilitazione del pavimento pelvico: è efficace per la IUS e urge incontinenza; è raccomandata come trattamento di prima linea dallo IUGA/ICS insieme al bladder training nel trattamento della incontinenza mista.

Bladder training: si tratta di un programma di svuotamento vescicale con l'introduzione di intervalli crescenti tra una minzione e la successiva.

I possibili **approcci farmacologici** includono: antimuscarinici, inibitori del reuptake (dopamina, serotonina, noradrenalina), terapia estrogenica (in menopausa).

Elettrostimolazione: è un trattamento conservativo che potrebbe potenzialmente essere utilizzato per l'incontinenza mista.

Terapia chirurgica: la chirurgia anti-incontinenza viene consigliata dopo il fallimento del trattamento di prima linea. L'approccio chirurgico nell'incontinenza mista è stato sempre considerato con cautela in quanto le procedure chirurgiche possono aggravare un'incontinenza da urgenza preesistente, o contribuire allo sviluppo di nuovi sintomi della fase di riempimento.

Attualmente numerosi studi valutano l'efficacia delle sling mediouretrali usate per la correzione chirurgica dell'incontinenza da sforzo, nel trattamento anche delle forme miste, evidenziando una buona efficacia, sebbene il tasso di cura sia inferiore rispetto alla IUS pura corretta con sling.

In conclusione, l'incontinenza urinaria mista è una condizione molto diffusa ma di cui si parla poco, un po' per il senso di vergogna e di disagio provato dalla donna, un po' perché si ritiene senza possibilità di cura, soprattutto quando viene etichettata come "normale per l'età". L'incontinenza può avere un notevole impatto sulla qualità della vita della donna, con limitazioni sul piano lavorativo, relazionale, sociale e anche sessuale. Il medico e soprattutto il ginecologo di fiducia dovrebbero porre in evidenza nel corso della visita eventuali problemi di incontinenza, per consigliare semplici interventi (stile di vita, riabilitazione del pavimento pelvico) e proporre eventualmente un indirizzo ultraspecialistico uroginecologico.

L'incontinenza urinaria mista è una condizione molto diffusa ma di cui si parla poco, un po' per il senso di vergogna e di disagio provato dalla donna, un po' perché si ritiene senza possibilità di cura, soprattutto quando viene etichettata come "normale per l'età".