

Cosa  
bisogna  
sapere  
e cosa  
è utile  
fare

# INCONTINENZA

URINARIA MASCHILE, FEMMINILE



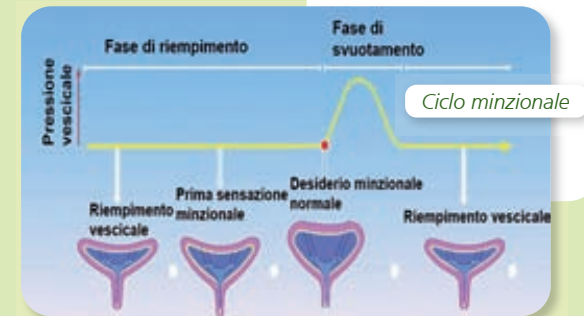
Invia le tue domande relative a questo argomento al nostro team di esperti sul sito: [www.siu.it](http://www.siu.it) utilizzando il servizio "L'urologo Risponde"



Materiale informativo  
a cura della  
Società Italiana di Urologia

## ● Fisiologia della minzione

La minzione è sottoposta completamente a controllo volontario. La contrazione detrusoriale può essere inibita, permettendo alla vescica di adattarsi ad un volume maggiore oppure una contrazione vescicale può iniziare anche a parziale riempimento vescicale. Normalmente la contrazione detrusoriale viene preceduta dal rilassamento della muscolatura del pavimento pelvico, incluso lo sfintere striato intorno all'uretra. Secondo le ultime linee guida si definisce incontinenza urinaria ogni perdita involontaria di urina.



## ● Incontinenza urinaria maschile

L'incontinenza urinaria nel maschio adulto si deve avvalere di un inquadramento specialistico con valutazione non solo dei sintomi urinari e la loro quantificazione ma deve innanzitutto mirare ad individuare le 2 tipologie di pazienti incontinenti.

- Coloro che possono godere di un inquadramento iniziale con esami meno invasivi e trattamenti conservativi;
- Coloro che hanno forme di incontinenza più complesse. Questi pazienti presentano incontinenza urinaria associata ad ematuria, dolore, infezioni ricorrenti, (necessaria diagnosi differenziale con patologie potenzialmente più gravi) ovvero ritenzione cronica di urine (dove è fin dall'inizio importante distinguere fra ostruzione e ipocontrattilità del detrusore).



Società Italiana di Urologia  
largo R. Lanciani, 1 - 00162 Roma  
Tel. 0686202637 - Fax 0686325073  
[www.siu.it](http://www.siu.it) - [info@siu.it](mailto:info@siu.it)

La valutazione di primo livello dovrebbe mirare a riconoscere dall'inizio fondamentalmente tre tipi di pazienti:

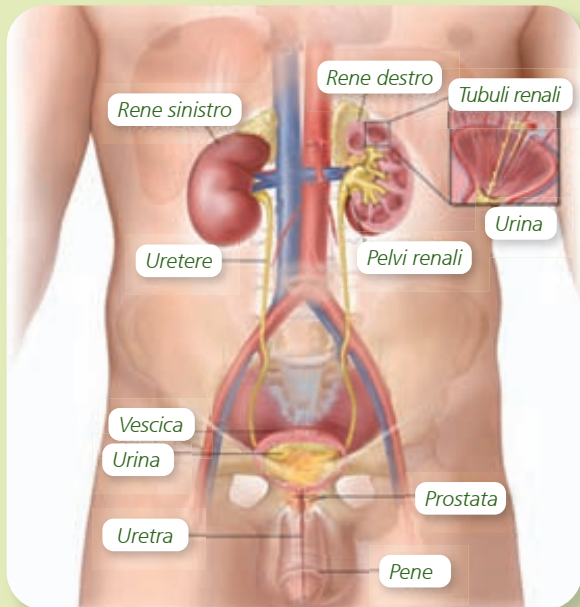
- Pazienti con gocciolamento postmizionale come unico disturbo;
- Pazienti con urgenza minzionale, associata o meno a incontinenza da urgenza;
- Pazienti con incontinenza dopo prostatectomia radicale.

Il trattamento iniziale può avvalersi di diverse alternative terapeutiche:

- La ginnastica del pavimento pelvico;
- Interventi sullo stile di vita;
- Elettrostimolazione;
- Farmaci antimuscarinici

Se il trattamento iniziale non determina l'effetto sperato, dopo un periodo di

tempo (8-12 settimane), bisogna passare ad un secondo livello diagnostico-terapeutico, ovvero un trattamento avanzato. Che si basa sull'esame urodinamico. Quindi possiamo distinguere diversi quadri fisiopatologici e forme più complesse di terapia, essenzialmente chirurgiche. Tra queste possiamo elencare, per il deficit sfinterico:



- Sfintere urinario artificiale;
- Bulking agents;
- Pro-act;
- Sling dell'uretra bulbare.

Per l'iperattività detrusoriale idiopatica il trattamento di primo livello prevede la farmacoterapia, ed in un secondo momento se questi non risultano più efficaci è indicato l'utilizzo di farmaci intravesicali. L'incontinenza associata ad ipocontattilità detrusoriale richiede metodiche come l'autocatereterismo al fine di ottenere lo svuotamento vescicale. L'incontinenza associata ad ostruzione delle basse vie urinarie richiede la disostruzione che può agevolare anche la successiva risoluzione dell'incontinenza da urgenza. In un quadro clinico di incontinenza mista negli uomini è preferibile che il clinico tratti inizialmente i sintomi più fastidiosi.

## ● Incontinenza urinaria femminile

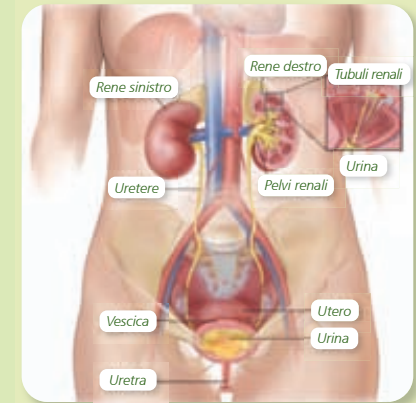
Anche qui si parte da un inquadramento iniziale che prevede l'identificazione di diversi gruppi di pazienti:

- Gruppo dell'incontinenza complessa che nei paesi industrializzati riguardano donne che hanno dolore, ematuria, o infezioni ricorrenti, importanti prolapsi pelvici, ovvero incontinenza persistente e recidiva dopo chirurgia del pavimento pelvico.
- Gruppo dell'incontinenza complessa dei paesi in via di sviluppo dell'Africa sub-Sahariana con forme severe di incontinenza derivate da traumi da parto spesso associate a fistole urinarie e che in questi paesi affliggono milioni di donne.

Le altre pazienti possono essere divise in tre principali gruppi:

- Donne con incontinenza da sforzo;
- Donne con incontinenza d'urgenza (overactive bladder);
- Donne con incontinenza urinaria a caratteri misti.

Per tutte le pazienti l'esame obiettivo dell'addome, della pelvi e del perineo dovrebbe essere parte integrante della valutazione routinaria.



Occorre valutare ed identificare un eventuale atrofia genitale e le alterazioni della statica pelvica.

L'esplorazione vaginale e rettale permette la valutazione della contrazione muscolare volontaria del pavimento pelvico. Anche qui il trattamento può essere schematizzato: trattamento iniziale che dovrebbe includere interventi sullo stile di vita, riabilitazione del pavimento pelvico, bladder training, con un target che può includere tutti i tipi di incontinenza precedentemente elencate. Le forme di trattamento possono essere implementate da appropriate terapie farmacologiche quali gli antimuscarinici e gli inibitori del re-uptake della serotonina e della noradrenalina. Il trattamento chirurgico in particolare modo per l'incontinenza da sforzo oggi si avvale di diverse tecniche anche mini-invasive che prevedono il posizionamento di sling in sede medio-uretrale, non con l'intento di accrescere la resistenza uretrale bensì di fare da elemento di sostegno all'uretra allorché vi sia un aumento della pressione endoaddominale. Un aspetto particolare che merita di essere tenuto in considerazione è il rapporto fra incontinenza e prolapsi dove la chirurgia per l'incontinenza dovrebbe essere condotta contemporaneamente alla ricostruzione del pavimento pelvico.