

# UNA ESPERIENZA DI PREVENZIONE, DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELLA INCONTINENZA URINARIA FEMMINILE

Roberta Consorte, Giovanni Fattorini

Azienda sanitaria di Bologna. Unita' operativa consultori familiari

*Indirizzo per corrispondenza:* Dr.ssa Roberta Consorte  
Ambulatorio di Uro-Ginecologia . Consultorio Familiare Roncati  
Via S. Isaia, n.94/A - 40100 Bologna  
tel: +39 051 6597344; fax: +39 051 6597306; e-mail: roberta.consorte@ausl.bologna.it

## ABSTRACT

Female urinary incontinence is a condition with significant economic and psych- social effects.

The occurrence of urinary incontinence varies considerably according to the age of the studied group, to the methods used and to the definition of the problem. In spite of the high incidence of urinary incontinence, less than half of the women affected by this problem consult a doctor.

Our study wanted to verify the therapeutic role of the rehabilitation of the pelvic floor in the treatment of stress incontinence, urge incontinence or mixed incontinence with a follow-up after two years. Our data show that there are numerous variables which can influence the results.

The parameter "improvement" is difficult to define, the percentage of positive results is higher in cases of urinary incontinence which are light to moderate. The duration of the results, whether they should be evaluated after one year or two years, is still to be defined.

**Key words:** *female urinary incontinence, pelvic floor*

## RIASSUNTO

L'incontinenza urinaria femminile rimane una condizione sottostimata con notevoli effetti economici e psicosociali.

L'incidenza dell'incontinenza urinaria varia considerevolmente rispetto all'età della popolazione studiata, ai metodi e alla definizione del problema. A dispetto però dell'alta incidenza, poco più della metà delle persone con incontinenza urinaria consulta il medico.

Il nostro lavoro ha voluto verificare il ruolo terapeutico della riabilitazione del piano perineale nel trattamento dell'incontinenza urinaria da stress, nell'incontinenza urinaria mista e nella urge incontinence con follow-up a due anni.

I nostri dati dimostrano che numerose sono le variabili che possono influenzare i risultati, che il parametro "migliorate" è di difficile definizione, che la percentuale dei risultati positivi è maggiore nei casi di incontinenza urinaria di grado lieve -moderato e che la durata dei risultati è ancora da definire se da valutare a un anno o due anni.

**Parole chiave:** *incontinenza urinaria femminile, piano perineale*

## INTRODUZIONE

Nell'ultimo decennio l'Uroginecologia ha progressivamente acquistato un ruolo sempre più rilevante ed oggi costituisce insieme all'Oncologia Ginecologica, all'Endocrinologia Riproduttiva e alla Medicina Materno-Fetale una delle articolazioni più importanti e più dense di future applicazioni diagnostico-terapeutiche della disciplina Ostetrico-Ginecologica (1).

Nel 1988, negli Stati Uniti d'America, questa problematica ha determinato una spesa sanitaria così elevata (circa 10 miliardi di dollari) da indurre l'amministrazione federale a varare linee guida di per la prevenzione e la cura dell'incontinenza urinaria.

La prevalenza dell'incontinenza urinaria nella popolazione femminile varia in letteratura tra il 10% e il 40%. Tale ampia oscillazione è dovuta soprattutto alla mancata quantificazione della severità del

disturbo. La dimensione del problema è in realtà di difficile valutazione, sia per i limiti della sua definizione, sia per la diversa percezione soggettiva e sia per la riluttanza a rendere manifesto il disturbo (2).

Un numero sempre maggiore di evidenze indica che una gestione appropriata dell'incontinenza urinaria femminile può ridurre la morbilità e i costi sociali.

Secondo l'A.H.C.P.R. (Agency for health care policy and research), 8 casi su 10 di incontinenza urinaria potrebbero essere risolti o migliorati, ma, meno della metà di coloro che hanno questo problema, ne discutono con un operatore sanitario o, nel caso lo facciano, non ottengono una risposta esauriente.

Pertanto, l'incontinenza urinaria femminile spesso non viene diagnosticata e curata, con la conseguenza che gli strumenti terapeutici disponibili non vengono utilizzati in tutte le loro potenzialità (2).

## FISIOPATOLOGIA DELLA FUNZIONE URINARIA

La continenza urinaria è uno stato fisiologico garantito dall'interazione di tre distretti corporei: il cervello, che riconosce gli stimoli di riempimento vescicale, il midollo spinale che governa i riflessi necessari alla funzione di serbatoio della vescica, l'unità funzionale vescico-sfinterica che con la sua struttura muscolare rappresenta l'elemento "dinamico" del sistema che garantisce il mantenimento dello stato di continenza.

Insieme ai tre distretti corporei propriamente funzionali ne esiste un quarto legato al sostegno meccanico della vescica: il pavimento pelvico (3,4).

I distretti funzionali coordinano le funzioni di riempimento e svuotamento vescicale. Le patologie del riempimento vescicale possono causare una incontinenza dovuta alla eccessiva eccitabilità vescicale (incontinenza da urgenza) (5) o da incapacità sfinterica a trattenere le urine (incontinenza da incompetenza sfinterica) (6).

Gli alterati rapporti della statica pelvica con la vescica, che sono anche alla base della patologia del prolasso, possono determinare invece il tipo di incontinenza definito come genuino, da sforzo, secondario ad ipermobilità uretrale. La fuga di urina in questi casi è favorita da improvvisi cambi di posizione o dallo stesso movimento del soggetto. È evidente come le cause che stanno alla base di queste patologie possano originare da uno o più comparti del complesso meccanismo appena accennato.

## TRATTAMENTO

Altrettanto complesso e vario può essere l'approccio terapeutico alla problematica della IUF, anche perché, spesso le varie modalità devono essere utilizzate in modo integrato tra loro e non in modo distinto e separato (7,8).

La terapia farmacologica utilizza prevalentemente farmaci che agiscono riducendo la contrattilità vescicale (ossibutinina, tolterodina, cloruro di trospio), farmaci che agiscono aumentando il tono della muscolatura liscia della regione cervico-uretrale (tra cui gli estrogeni per uso topico).

Tra gli altri farmaci che diminuiscono la contrattilità della vescica è da ricordare l'imipramina, antidepressivo triciclico, che agisce inibendo il re-uptake della noradrenalina e 5 idrossitriptamina nelle membrane presinaptiche, potenziando così la loro azione e contribuendo al rilassamento vescicale e ad un'augmentata resistenza al flusso; infine la duloxetina disponibile solo da pochi mesi (9,10).

La terapia ormonale sostitutiva risulta utile nel trattamento dell'incontinenza urinaria in quanto il basso tratto urinario presenta recettori estrogenici in tutti le sue componenti. La terapia sostitutiva aumenta la soglia sensitiva della vescica provocando un miglioramento della sintomatologia irritativa vescicale e, conseguentemente, un miglioramento della qualità della vita delle pazienti. La terapia chirurgica riguarda essenzialmente il trattamento dell'incontinenza da stress (11,12)

Le tecniche principali riguardano:

- interventi che mirano a ripristinare la normale posizione anatomica del collo vescicale e dell'uretra (circa 200 metodiche descritte in letteratura)
- interventi che mirano a comprimere l'uretra (sling a fionda)
- TVT (tension free vaginal tape) (13)

La TVT è stata introdotta da Ulmsten nel 1995 ed è oggi la tecnica che desta i maggiori interessi. La nuova tecnica chirurgica per il trattamento dell'incontinenza urinaria genuina è effettuabile in anestesia

locale e in regime di "day surgery" (14).

Tale tecnica denominata intervento con Nastro Senza Tensione per Via Vaginale consiste nell'introduzione, per via transvaginale di un nastro in prolene, di 1cm di larghezza e di 40 cm di lunghezza, senza sottoporlo a tensione e senza fissaggio, in corrispondenza del terzo medio dell'uretra, con la funzione di sostenere senza comprimerla, questa porzione uretrale.

L'intervento di TVT sembra essere l'intervento ideale per il trattamento dell'incontinenza da sforzo genuina di tipo 1 e 2 non associata a significative alterazioni della statica pelvica (6).

Tra i diversi approcci terapeutici un ambito sempre più rilevante ha oggi l'approccio riabilitativo che riconosce in Kegel il suo pioniere. Il ginecologo statunitense infatti propose per primo gli esercizi perineali per prevenire e/o trattare il prolasso genitale e la IUF più di 50 anni fa. Arnold Kegel ebbe una idea geniale: insegnare ai propri pazienti il modo per rafforzare i muscoli pubococcigei.

Nel 1996 la pubblicazione delle Linee Guida americane nella gestione della Incontinenza Urinaria dell'età adulta sottolinea l'importanza della FKT nell'incontinenza urinaria femminile e, in associazione al bladder retraining, nella vescica iperattiva.

Le disfunzioni minzionali non neurogene in cui il trattamento riabilitativo si propone come una importante opzione terapeutica sono nel corso degli anni divenute sempre più numerose. Infatti, a partire dalla classica indicazione dell'incontinenza urinaria da sforzo, attualmente la riabilitazione è proposta anche nella sindrome da vescica iperattiva, accompagnata o meno da incontinenza urinaria da urgenza, nelle sindromi dolorose che si accompagnano a disturbi minzionali, nella ritenzione urinaria di natura funzionale, nei disturbi minzionali conseguenti a confezionamento di neovesciche (14).

## RIABILITAZIONE - NOTE ANATOMO FUNZIONALI

Il muscolo elevatore dell'ano (EA) non fa strettamente parte del sistema vescico-uretrale, che presenta un proprio sistema di muscolatura liscia e striata.

In realtà, l'attenzione rivolta a questa complessa struttura muscolare nel lavoro di riabilitazione risulta molto importante ai fini dei risultati finali. Perché questo avvenga è, per molti aspetti, ancora non del tutto chiaro. Tanto che sono state avanzate a questo proposito numerose teorie. Da un punto di vista anatomo-fisiologico è un fatto che l'EA a livello vaginale chiuda e sollevi la vagina. Inoltre, è provato che la contrazione dell'elevatore dell'ano è in grado di aumentare la pressione uretrale e di spostare anteriormente e verso l'alto il collo vescicale. Infine, è ormai stato assodato anche dalla Evidence Based Medicine, che la riabilitazione del pavimento pelvico è in grado di curare o migliorare l'incontinenza urinaria femminile nel 60-70% dei casi. Al di là delle diverse teorie e della evoluzione storica, non vi è dubbio che oggi sia più corretto parlare di riabilitazione del pavimento pelvico che di riabilitazione del muscolo elevatore dell'ano sia perché ogni muscolo è connesso ad altri muscoli sotto il profilo articolare e fasciolegamentoso e dello schema di movimento, e quindi anche l'EA è connesso con gli altri componenti del pavimento pelvico che a loro volta sono implicati come esso non solo nella funzione urinaria, ma anche in quella defecatoria e genitosessuale. Sia perché la muscolatura del pavimento pelvico è correlata a sua volta ad una serie di catene muscolari e connessioni fasciolegamentose, a partire dai muscoli del cingolo pelvico e prossimali degli arti inferiori fino a comprendere i muscoli della parete addominale, al diaframma e ai muscoli respiratori, in un meccanismo a cascata.

## INDICAZIONI ALLA TERAPIA RIABILITATIVA

Le cause che sono alla base della patogenesi del prolasso comprendono: deficit del sistema connettivale di sospensione, perdita della corretta proiezione sul centro fibroso, lesioni del sistema di sostegno muscolare, sbilanciamento in avanti dell'utero, alterazioni strutturali di tipo neurogeno.

Tra le cause possiamo individuare i seguenti fattori favorenti: traumi accidentali, fattori costituzionali (scarsa qualità del tessuto connettivale, familiarità, obesità), la menopausa, fattori provocanti l'aumento della pressione addominale (stipsi, tosse cronica, broncopneumopatie), distrofie muscolari, patologie neurogene, gravidanza e modalità del parto (inadeguata riparazione delle lacerazioni, manovre incongrue), abitudini di vita (lavori pesanti, pratiche sportive estreme).

L'approccio terapeutico al prolasso lieve è conservativo e la riabilitazione può assumere una valenza preventiva su quelle che sono le possibilità evolutive di tale patologia. Di fronte a prolassi di I e II grado la riabilitazione perineale, come trattamento di rinforzo della muscolatura di sostegno, è utile sia per evitare un aggravamento di tale patologia, che per ottenere una migliore tolleranza funzionale del prolasso, con ripercussioni positive sulla qualità della vita sessuale. Prolasso genitale e incontinenza urinaria da sforzo sono le principali manifestazioni cliniche, spesso coesistenti provocate da una patologia della statica pelvica e cioè da un deficit anatomico-funzionale delle strutture che costituiscono il fisiologico supporto pelvico.

## MATERIALI E METODI

Sulla base delle considerazioni fin qui esposte, presso la ASL di Bologna è stato attivato nel 1997 un Centro Consultoriale, che si è avvale della collaborazione di un urologo, per le donne che soffrono di incontinenza urinaria e/o alterazioni della statica pelvica.

Il ginecologo e l'urologo seguono le pazienti lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico, dalla visita ambulatoriale, agli esami specialistici, alla terapia medica, comportamentale fino all'eventuale risoluzione chirurgica.

Presso questo centro si svolge attività clinica (visita uro-ginecologica), diagnostica (es. urodinamici, ecografie, isteroscopie, cistoscopie), terapeutica (medica, comportamentale, riabilitativa). Allo staff medico si affianca un'equipe di operatori sanitari, ostetriche, infermiere professionali, terapisti della riabilitazione, che si occupa prevalentemente della terapia riabilitativa del pavimento pelvico delle pazienti opportunamente selezionate.

Il protocollo di trattamento prevede in genere due sedute di riabilitazione settimanali per la durata di circa 10-12 sedute, a seconda dei casi, della gravità e della risposta alla terapia da parte della donna. (7,8).

La paziente viene selezionata mediante visita uro-ginecologica, e laddove fosse necessario, sottoposta ad indagini diagnostiche e/o a terapia farmacologica, comportamentale.

Alle attività svolte nel centro si affianca un'attività di I livello che coinvolge in modo capillare le sedi consultoriali della ASL di Bologna dove le ostetriche e le infermiere professionali sono impegnate in un'attività di sensibilizzazione, informazione, prevenzione e trattamento delle categorie a rischio di incontinenza urinaria e/o ipovalidità perineale, ma che al momento risultano essere asintomatiche, nonché delle donne seguite durante la gravidanza e il puerperio.

Nel nostro caso utilizziamo un protocollo operativo sotto forma di flow chart che fa riferimento alle indicazioni della International

Continence Society (ICS) e che consente una gestione flessibile delle disfunzioni pelviche più frequenti. Tale impostazione, lungi dal proporsi come modello per eventuali altre esperienze, tiene conto di varie considerazioni, non ultima il fatto che le donne, almeno nella nostra realtà, si recano sempre più dal ginecologo in prima istanza per tutto ciò che si riferisce ai disagi dell'area genito-sessuale.

## RISULTATI

Delle pazienti trattate nei 7 anni di attività abbiamo analizzato da un punto di vista dell'outcome terapeutico, un campione di 468 donne di cui 248 (53 %) hanno riferito un miglioramento a fine terapia, 106 (23%) la scomparsa dei disturbi, 70 (15%) non hanno risposto alla terapia, mentre 44 (9%) non ha completato il ciclo di trattamento.

Complessivamente, il 76% delle pazienti ha risposto al trattamento terapeutico.

Analizzando il campione a seconda del tipo e della gravità della sintomatologia presentata questi sono stati i risultati conseguiti:

- Le donne affette da Incontinenza Urinaria da Sforzo (IUS) di I grado erano 104 di cui 76 (73%) riferivano un miglioramento a fine terapia, 20 (19%) la scomparsa dei sintomi e 8 (8 %) non hanno segnalato nessun giovamento.
- Le donne affette da IUS di II grado erano 34, di queste 18 (53%) erano migliorate alla fine del trattamento; 12 (35%) erano guarite, 4 (12 %) non hanno presentato alcun miglioramento.
- Le donne affette da IUS di III grado erano 6 e di queste 2 (33%) risultavano migliorate, 2 (33%) guarite e 2 (33%) non hanno presentato alcun miglioramento.
- Le donne affette da vescica iperattiva erano 102 di cui 74 (72%) hanno riferito di essere migliorate, 10 (10%) hanno riferito la scomparsa della sintomatologia, 18 (18%) non hanno presentato alcun miglioramento.
- Le donne affette da insufficienza urinaria mista erano 168 di cui 106 (64%) risultavano migliorate, 36 (21%) hanno riferito la scomparsa della sintomatologia, 26 (15%) non hanno presentato alcun miglioramento.

Dopo due anni 174 donne sono state sottoposte ad un follow-up. Tra queste pazienti 146 (84 %) avevano ottenuto un miglioramento, 14 (8%) risultavano guarite, e 14 (8%) non presentavano alcun miglioramento, la persistenza del miglioramento riguardava nel primo gruppo 104 donne (60% del totale), nel secondo gruppo 10 donne (70% del totale) nel terzo, il gruppo che non aveva risposto alla terapia, oltre l'80% segnalava un ulteriore aggravamento della sintomatologia.

Sull'esito dei risultati è necessario considerare che le variabili che possono influenzare i risultati sono numerose e la loro valutazione non esistono in letteratura lavori che utilizzino uno score standardizzato e condiviso per definire la gravità della situazione di partenza. Inoltre, il parametro "migliorate" è definito molto raramente con precisione, pochi studi indagano le correlazioni tra gravità della IUF e risultati ottenuti, la percentuale di risultati positivi è maggiore nei casi di IUF di grado lieve e moderato. Infine, resta da definire la durata dei risultati nel tempo e la messa a punto di protocolli che prevedano la ripetizione di cicli di trattamento per garantire la permanenza dei miglioramenti conseguiti.

## DISCUSSIONE

La sensibilità del Consultorio Familiare nel rilevare tempestivamente le domande di salute e benessere che provengono dalla nostra società trova

una conferma in questa nostra esperienza. La possibilità concreta di proporre soluzioni a seconda della gravità delle patologie, coinvolgendo risorse soggettive, specifiche abilità, e un insieme di tecnologia e qualità della cura, con una interdisciplinarietà intesa non solo in termini tecnici, ma di reale integrazione di sensibilità e culture apparentemente lontane hanno reso possibile impostare una risposta originale ed innovativa a questa complessa domanda. D'altra parte essendosi caratterizzati come servizi particolarmente attenti alla "Salute della Donna" nel suo complesso, non deve stupire che una affezione la cui gravità sta più nelle conseguenze soggettive e relazionali che il disturbo comporta quali "il senso di umiliazione e l'isolamento individuale e sociale" che nel "vulnus" organico, abbia trovato proprio in un contesto consultoriale un luogo privilegiato di attenzione.

Ci pare di potere affermare che il successo in sé della nostra esperienza - non solo in termini di risultati clinici, peraltro attesi secondo quanto affermato dalla letteratura, - ci conforta e ci conferma che, diventa sempre più necessario utilizzare formule organizzative e assistenziali nuove basate sulla sinergia delle risorse a disposizione comprese quelle dei pazienti. Sul piano strettamente clinico, l'esperienza in corso ci ha confermato pienamente una delle ipotesi che ci hanno indotto ad iniziare questa attività, e cioè l'assoluta necessità di selezionare con grande atten-

zione le patologie presentate dalla singole pazienti ai fini di indicazioni terapeutiche efficaci. In poche altre patologie croniche il successo terapeutico è la conseguenza di una diagnosi rigorosa e precisa come nell'insufficienza urinaria.

## RINGRAZIAMENTI

Questo lavoro non sarebbe stato possibile senza il contributo di tutti coloro che operano nell'ambito questa attività.

Si ringrazia la Dr.ssa Clede Maria Garavini Psicologa, Direttore U.O. Consultori; il Dr. Giuseppe Laria, Urologo; la signora Lorena Bertoncelli, infermiera professionale, la signora Silvia Signani, Ostetrica; la signora Patrizia Stefanelli, Ostetrica; la signora Stella Carrera, Fisioterapista; la Signora Marisa Tonelli, Ostetrica, e tutti gli operatori dell' U. O. Consultori che a vario titolo lavorano e collaborano al successo di questa iniziativa.

Un ringraziamento particolare al dr.Gualerzi e al dr. Sperafico ai quali va il merito di averci sensibilizzato e fatto comprendere quale sia l'approccio più giusto e opportuno nella gestione delle problematiche dell'incontinenza urinaria femminile e/o alterazioni della statica pelvica.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Atti del Congresso XXIV S.I.U.D. 2000*
2. *Atti X Congresso A.I.U.G. 2000*
3. *Biroli A. Il trattamento riabilitativo delle disfunzioni minzionali non neurogene. Incontri nazionali di aggiornamento, Riccione 8-10 maggio 2003*
4. *Bradway C. Treating Women's Incontinence: a review of literature and recommendations for practice*
5. *Cardozo LD, Abrams PD, Stanton SL, et al. Idiopathic instability treated by biofeedback. Brit J Urol 1987; 59:521-3*
6. *Cervigni M, Vittori G, Natale F, et al. Tension free vaginal tape: una nuova tecnica nel trattamento dell'incontinenza urinaria da sforzo. Urogynaecologia 1998; 12:1-76*
7. *Di Benedetto P, Di Silvestre A, Zampa A. Il trattamento fisio-riabilitativo dell'incontinenza urinaria femminile. Eur Med Phys 1987; 23:193-200*
8. *Di Benedetto P. Riabilitazione uro-ginecologica. Ed. Minerva Medica 1995*
9. *Fantl AJ. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management/urinary incontinence in adults. Guideline Panel 1. Update. Rockville, Md.: US Department of Health and Human Services, 1996; Agency for Health Care Policy and Research; Clinical Practice Guideline Number 2: AHCPR publication no. 96-0682*
10. *Guidelines on Incontinence Aprile 2001*
11. *Guidelines A.H.C.P.R., ( Agency for Health Care Policy and Research) Urinary Incontinence in adults: acute and chronic management number 2 n. 9*
12. *Sand PK, Richardson DA, Staskin DR, et al. Pelvic floor electrical stimulation in the treatment of genuine stress incontinence: a multicenter, placebo-controlled trial. Am J Obstet Gynecol 1995 ;173:72-9*
13. *Ulmsten U. Petros P. Intravaginal slingplasty Scand J Urol nephrol 1995; 29:75-82*
14. *Ulmsten U. Johnson P, Rezapour M. A 3 years follow-up of TVT 1998*
15. *Wagner TH, Hu TW. Economic costs of urinary incontinence [Editorial]. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 1998; 9:127-8*