

# INCONTINENZA URINARIA: UN PROBLEMA TROPPO SPESSO NASCOSTO

Focus on

STEFANO RUBINI

Medico Generale

Responsabile Nazionale Area Urologica, SIMG

Ogni perdita involontaria e incontrollata d'urina viene definita, in senso generale, come incontinenza urinaria, di là da ogni ulteriore e più esaustiva classificazione clinica e si tratta di un fenomeno che si presenta con una certa frequenza al Medico di Famiglia durante la propria attività.

Tuttavia non va dimenticato che per il paziente e, spesso, anche per il medico, definire la situazione tout court come "incontinenza urinaria" può apparire eccessivo ... ed ecco che allora questo il problema tende ad essere sottovalutato! Le conseguenze in questo campo significano ritardi nel processo di diagnosi e di cura del problema, sottostima di alcuni effetti quali l'impatto sociale e psicologico del disturbo con influenze negative sulla qualità della vita delle persone che ne sono affette; senza trascurare inoltre che dietro ad un sintomo "incontinenza urinaria" potrebbero in realtà nascondersi altre patologie e non solo urinarie, ad esempio un diabete mellito o un quadro iniziale di demenza senile (Tab. I).

In ogni caso il problema incontinenza urinaria non è certo marginale ed anche chi non è un addetto ai lavori può rendersene facilmente conto anche solo osservando come la pubblicità televisiva dei "pannoloni" sia sempre più incalzante e come gli scaffali dei supermercati siano rifo-

**TABELLA I**  
**Cause di incontinenza.**

- Debolezza dei muscoli del pavimento pelvico
- Incontinenza dello sfintere uretrale
- Irritazione vescicale (infezioni, neoplasie, calcoli, diverticoli)
- Instabilità motorio/sensitiva del detrusore vescicale (ictus, demenza, parkinson)
- Ostruzione (stenosi, ipertrofia prostatica, cistocele)
- Vescica neurogena (diabete, lesioni spinali, sindromi demielinizzanti)
- Farmacologia (diuretici, sedativi, tranquillanti, anticolinergici)

**TABELLA II**  
**Fattori di rischio.**

- Età avanzata
- Gravidanza e parità
- Menopausa (deficit estrogenico)
- Ipertrofia prostatica
- Obesità
- Demenza ed altre malattie psichiatriche
- Diabete
- Infezioni ed interventi dell'apparato genitourinario

niti di varie tipologie di prodotto di fogge e caratteristiche sempre più ricercate (Tab. II).

## INCONTINENZA: FENOMENO NASCOSTO

L'incontinenza urinaria colpisce entrambi i sessi in tutte le fasce d'età, anche se la sua frequenza aumenta con il progredire degli anni passando dal 15% circa dell'età adulta al 20% dell'età media fino ad oltre il 35% rilevabile dopo i 65 anni, verificandosi con maggior frequenza nel sesso femminile rispetto a quello maschile, soprattutto nell'età perimenopausale (Tab. III, Fig. 1).

A fronte peraltro di questa elevata stima numerica di pazienti incontinenti, le richieste degli assistiti al loro Medico di Famiglia per un intervento su questo problema non sono numerose, anche se comunque vengono registrate in aumento: si calcola che ben il 62,8% delle donne ed il 44% degli uomini con problemi minzionali non ne parli con il proprio medico e che le "mancate diagnosi" siano più frequenti nelle donne e nelle fasce d'età più giovani. Le richieste più frequenti in questo campo sono quelle tese ad ottenere la fornitura di "pannoloni" per pazienti non autosufficienti, con sindrome da allettamento o con gravi handicap.

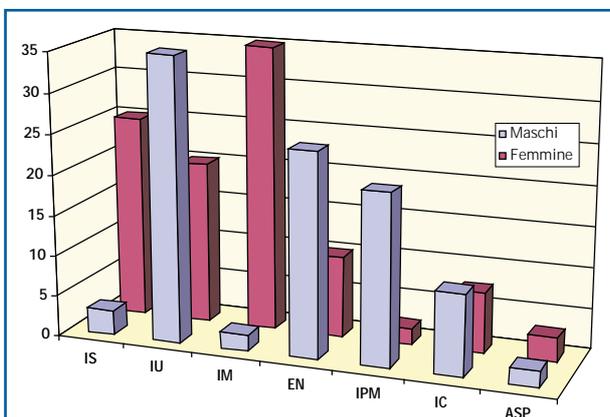
Quelli che più sfuggono, la base di questo grande iceberg, sono i problemi d'incontinenza più comuni, che potrebbero essere affrontati insieme dal paziente e dal suo Medico di Famiglia e che, probabilmente, potrebbero essere risolti completamente o i cui effetti negativi sulla qualità della vita dei cittadini, potrebbero essere almeno ridotti.

**TABELLA III**  
**Prevalenza dell'incontinenza urinaria**  
**nella popolazione femminile**  
**(campione di 2.778 soggetti) (da**  
**Pagano et al. Cleup 1991, mod.).**

CLASSE DI ETÀ	N. COMPLESSIVO % PAZIENTI	PAZIENTI INCONTINENTI
5-14	136	7
15-24	217	8
25-34	234	9
35-44	220	20
45-54	215	25
55-64	172	20
65-74	137	19
75-84	82	28
85 ed oltre	25	64

Allora viene da chiedersi perché questo problema non venga riferito dai pazienti.

Probabilmente, almeno per quanto riguarda i problemi d'incontinenza dell'anziano, si è portati a ritenerli, da parte del paziente come del medico, quasi come ineluttabili, conseguenze dall'età in sé stessa, non suscettibili di alcun miglioramento e, quindi, problemi di cui è inutile parlare. D'altronde, se il disturbo si è instaurato poco alla volta, il paziente si abitua gradualmente al suo problema, quasi un'assuefazione, e finisce per non dargli un'eccessiva importanza. Il paziente anziano inoltre ha spesso problemi di comunicazione, difficoltà nell'esprimersi, usa un gergo dialettale ed ha timore di fraintendere e di essere frainteso parlando del suo disturbo. Spesso poi è affetto da numerosi problemi che lo confondono e, tra tutti non riesce a stabilire per loro una sorta di scala



**Figura 1**  
**Prevalenza in maschi e femmine dei diversi tipi di incontinenza.**  
*IS = Incontinenza da sforzo; IU = Incontinenza da urgenza; IM = Incontinenza mista; EN = Enuresi notturna; IPM = Incontinenza postminzionale; IC = Incontinenza continua; ASP = Aspecifica.*

di priorità, individuando quelli per lui più rilevanti rispetto a quelli secondari. Inoltre accade che questo tipo di handicap, considerato dal paziente impudico e oggetto di vergogna, determini una perdita dell'autostima e porti il paziente ad evitare la socializzazione e ad isolarsi, proprio nel momento in cui più avrebbe bisogno di essere coinvolto nella vita di relazione per mantenere gli stimoli che sono fondamentali per evitare o almeno ritardare la perdita dell'autosufficienza.

## LE DIFFICOLTÀ DEL MEDICO

D'altra parte anche per il medico non è facile orientarsi di fronte ad un paziente che gli proponga o con cui debba in qualche modo essere affrontato il problema dell'incontinenza urinaria. Anche per lui esistono problemi di comunicazione, anche per lui è difficile comprendere dove il suo assistito, magari un po' perso nei suoi giri di parole, voglia realmente "andare a parare"; anche per il medico non è semplice valutare il peso del disturbo sulla qualità della vita del suo paziente anziano. Inoltre, poiché l'incontinenza può essere determinata da varie cause, gli è difficile, con i pochi indizi anamnestici che può ottenere, fare una diagnosi eziologia corretta: quanto c'è di funzionale? Quanto di neurologico? Quanta parte del disturbo può essere legato all'evoluzione senile?

Ma il problema si fa ancor più pregnante quando ne sono interessate persone ancora giovani ed attive, anche perché le possibilità di mantenere una vita completamente attiva e di conservare valide relazioni interpersonali si è di fatto spostata molto in avanti negli anni, e quindi il rischio di interferenza negativa dell'incontinenza sulle normali attività di vita appare nettamente aumentato.

Ma l'età non è il solo ostacolo ad un'efficace comunicazione tra medico e paziente in presenza di un problema di incontinenza: anche con persone relativamente giovani esistono infatti difficoltà a parlare di questo problema! Per molte persone anche relativamente giovani le norme morali inculcate dalla famiglia, dalla scuola, dall'ambiente sociale e religioso (tutti abbiamo presenti i bambolotti asessuati della nostra età infantile!) rendono difficile parlare di problemi legati alla sfera urogenitale, e finisce che tutto ciò che appartiene o che è comunque correlato agli organi riproduttivi venga considerato estremamente intimo con notevole imbarazzo nel parlarne. Rileviamo segnali indicativi di un atteggiamento mentale che sta pian piano mutando, ma ancora oggi se il problema non diventa estremamente fastidioso, difficilmente il paziente si rivolge al suo medico per chiedere aiuto a risolverlo ed anche in questi casi ne parla utilizzando strategie comunicative particolari che il Medico di Famiglia deve imparare a riconoscere ed a decodificare. Sovente la paziente (in genere è infatti una donna) accede allo studio presentando altri problemi di salute, magari banali e durante il colloquio - del quale talvolta il medico stenta

a riconoscere il filo conduttore – cerca di mandare messaggi indiretti che possono però restare oscuri ed incompresi nel loro reale significato. A volte poi nascono veri e propri fraintendimenti che potrebbero anche assumere connotazioni comiche, se non fossero in realtà drammaticamente svianti rispetto all'identificazione del reale problema in causa.

## RICONOSCERE I PAZIENTI CON INCONTINENZA

Quali sono allora le strategie che il Medico Generale può (deve) porre in atto per riconoscere tra i suoi pazienti i possibili portatori di un'incontinenza urinaria?

Certamente alla base di tutto sta la disponibilità all'ascolto, ma al bisogno vi sono tre semplici domande che possono spesso essere già sufficienti per orientare il medico verso la possibilità che il paziente che ha di fronte abbia veramente problemi di incontinenza, e da questo iniziare con un percorso diagnostico di conferma della sua ipotesi (Tab. IV). Sono domande chiare, da effettuare in modo diretto con un linguaggio facilmente comprensibile anche da un paziente anziano. Qualora il paziente risponda positivamente alla prima domanda oppure alla seconda ed alla terza contemporaneamente vale la pena approfondire, e molto probabilmente il Medico di Famiglia riuscirà a far emergere un problema potenzialmente anche di gravità rilevante migliorando così, certamente, la qualità di vita del suo paziente (Tab. IV).

### TABELLA IV

#### Nel dubbio di incontinenza urinaria: le domande-chiave.

- Negli ultimi tre mesi ha avuto perdite d'urina involontarie spontanee, compiendo sforzi anche piccoli, o tossendo, o starnutando o anche solo ridendo?
- In genere va ad urinare più di otto volte durante il giorno, oppure le capita di alzarsi più di una volta per notte?
- Le succede di avere un urgente, improvviso ed irrefrenabile desiderio di urinare?

### Bibliografia

- 1 Abrams PA, Khoury S, Wein A. *Incontinence*. Health Publication Ltd; 1999.
- 2 Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. *Prevalence of urinary incontinence*. Br Med J 1980;281:1243-5.
- 3 Sommer P, Bauer T, Nielsen KK, Kristensen ES, Hermann GG, Steven K, et al. *Voiding patterns and prevalence of incontinence in women. A questionnaire survey*. Br J Urol 1990;66:12-5.
- 4 Hampel C, Wienhold D, Benken N, Eggersmann C, Thuroff JW. *Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence*. Urology 1997;50(6A Suppl):4-14; discussion 15-7.
- 5 Parazzani F, Cipriani S, De' Besi P, Lavezzari M, Artibani W. *Incontinenza urinaria: frequenza ed approccio diagnostico e terapeutico nella pratica di Medicina Generale in Italia*. Arch Ital Urol Androl 2001;73:160-7.

## SETTIMANA DI PREVENZIONE ANDROLOGICA SIA-SIMG

Da circa un anno sono iniziati gli incontri per definire, tra SIMG e SIA le modalità di cooperazione: uno dei primi, e speriamo in futuro tanti esempi di come tra la Medicina Generale e le Società Scientifiche Specialistiche, si possano trovare modi non competitivi di migliorare l'assistenza ai nostri pazienti.

In quest'ottica sono quindi nati un questionario sulla DE, progetti di collaborazione Andrologo-Medico di Medicina Generale sul territorio, tavoli di confronto comuni con le Aziende del Settore, un Master di formazione in sessuologia.

All'interno di questo progetto si inserisce "La settimana di Prevenzione Andrologica" che vedrà impegnati 243 centri andrologici su tutto il territorio nazionale e si svolgerà dal 21 al 26 ottobre di quest'anno. Tale iniziativa non è stata, per quest'anno, completamente condivisa con una nostra partecipazione attiva, per problemi di tipo organizzativo, ma è senz'altro supportata da SIMG alla luce di un programma di prevenzione che non sostituisce quello che da sempre svolgiamo come Medici Generali, ma che si svolge come additivo e migliorativo del nostro lavoro quotidiano.

Raffaella Michieli  
Consiglio Nazionale di Presidenza SIMG

È con spirito di profonda amicizia che voglio ringraziare a nome di tutto il Consiglio Direttivo la SIMG ed in particolare Claudio Cricelli, Raffaella Michieli ed Aurelio Sessa che hanno condiviso il nostro lavoro.

Vincenzo Mirone  
Presidente della Società Italiana di Andrologia