

FRANCESCO PESCE, MARIA ANGELA CERRUTO,
CON LA COLLABORAZIONE DI STEFANO RUBINI*

Divisione di Urologia, Policlinico di Verona;

*Responsabile Nazionale Area Progettuale Urologia SIMG

La sindrome della vescica iperattiva è una condizione medica diffusa in tutto il mondo con un significativo impatto sulla qualità di vita di quanti ne soffrono. Attraverso una serie di domande con relative risposte si cercherà di descrivere al meglio questa condizione sottolineando quale ruolo possa avere nel suo *management* il medico di medicina generale.

CHE COSA SI INTENDE PER VESCICA IPERATTIVA?

Nella pratica clinica le diagnosi empiriche vengono spesso utilizzate quali basi per una gestione iniziale di alcune disfunzioni minzionali, dopo aver attentamente valutato la sintomatologia, i riscontri clinici, l'analisi delle urine ed eventuali altre indagini, qualora opportunamente indicate. La vescica iperattiva fa parte di questo gruppo di entità diagnostiche empiriche. Per *sindrome della vescica iperattiva* (altrimenti chiamata sindrome urgenza-frequenza o sindrome da urgenza) si intende un'entità clinica caratterizzata da *urgenza minzionale con o senza incontinenza da urgenza, di solito associata a pollachiuria diurna e nicturia*¹. Per *urgenza minzionale* si intende l'improvviso, irrefrenabile desiderio di mingere, difficile da procrastinare nel tempo. La *nicturia* è un sintomo delle basse vie urinarie caratterizzato dall'alzarsi di notte una o più volte per urinare. La *pollachiuria diurna* identifica un sintomo lamentato dall'individuo secondo cui vi è un'elevata frequenza minzionale diurna. Per *incontinenza urinaria* si intende una qualsiasi perdita involontaria di urina. In ogni specifica circostanza l'incontinenza urinaria dovrebbe essere ulteriormente descritta specificando fattori rilevanti quali il tipo, la frequenza, la gravità, i fattori precipitanti, l'impatto sociale, l'effetto sull'igiene e la qualità di vita, le misure utilizzate per contenere le perdite ed il desiderio del paziente di essere curato. Ne consegue che quando si parla di *incontinenza urinaria da urgenza* si intende una perdita involontaria di urina accompagnata o immediatamente preceduta da urgenza. La combinazione dei sintomi minzionali appena descritti è suggestiva di una iperattività detrusoriale urodinamicamente dimostrabile, ma può essere dovuta anche ad altre forme di disfunzione vescico-uretrale. I sintomi ed i segni di vescica iperattiva non consentono di formulare una diagnosi definitiva di iperattività detrusoriale e le cause possono essere determinate

solo con una valutazione urodinamica. Quest'ultima infatti consente di definire i processi fisiopatologici alla base della disfunzione minzionale. Per *iperattività detrusoriale* si intende, pertanto, la presenza di contrazioni detrusoriali involontarie durante la fase cistometrica di riempimento, che possono essere spontanee o provocate. Essa può suddividersi in iperattività detrusoriale idiopatica e iperattività detrusoriale neurogena. *L'iperattività detrusoriale idiopatica* è tale quando non è definita alcuna causa. *L'iperattività detrusoriale neurogena* è, di contro, sottesa da una condizione neurologica rilevante. Alla luce di quanto esposto, è possibile utilizzare il termine empirico di "vescica iperattiva" solo in assenza di una comprovata infezione urinaria o di altre patologie note.

QUAL È IL SUO IMPATTO EPIDEMIOLOGICO E SULLA QUALITÀ DI VITA?

I dati epidemiologici sulla prevalenza della sindrome della vescica iperattiva in letteratura sono alquanto esigui. Due studi multinazionali recentemente pubblicati² sulla prevalenza in Europa ed in Asia di tale condizione hanno mostrato stime differenti nei due continenti. In Europa la prevalenza era del 15,6% negli uomini e del 17,4% nelle donne, contro un 53,1% nelle donne asiatiche. Tale discrepanza di dati troverebbe una giustificazione nel differente approccio metodologico impiegato nella raccolta dei dati. Entrambi gli studi hanno confermato un incremento della prevalenza con l'aumentare dell'età, con un'incidenza cumulativa crescente più rapidamente negli uomini anziani che nelle donne anziane. Due terzi degli individui europei affetti da sindrome della vescica iperattiva ed un quarto degli asiatici hanno riportato un impatto negativo sulla qualità di vita, ma solo il 60% degli europei ed il 21% degli asiatici ne ha parlato con un medico o ha richiesto un trattamento. Nel 2003 lo studio NOBLE (*National Overactive Bladder Evaluation*)³ ha riportato le stime di prevalenza della sindrome della vescica iperattiva con e senza incontinenza da urgenza nell'ambito di una popolazione adulta statunitense non istituzionalizzata, in relazione al sesso ed ad altri fattori, attraverso l'ausilio di interviste telefoniche. Analizzando un campione di 5204 adulti di età ≥ 18 anni, rappresentativo della popolazione statunitense per sesso, età e distribuzione geografica, è emersa una prevalenza globale del 16% negli uomini e del 16,9%

nelle donne. Nelle donne la prevalenza dell'incontinenza da urgenza aumentava con l'età dal 2 al 19%, con un netto incremento dopo i 44 anni d'età. Nella popolazione maschile tale prevalenza aumentava con l'età dal 3 all'8,9% con un marcato incremento dopo i 64 anni d'età. In tutti i gruppi d'età, la sindrome della vescica iperattiva senza incontinenza da urgenza era più comune negli uomini che nelle donne. La sindrome della vescica iperattiva con e senza incontinenza da urgenza si è rivelata influire negativamente e in modo significativo sulla qualità di vita di quanti ne erano affetti, alterandone il *performance status* e la qualità del sonno e facilitando la depressione. Da uno studio condotto in Europa ⁴ su più di 16.000 soggetti di età uguale o superiore ai 40 anni, d'ambosessi, in 6 nazioni europee la prevalenza di sintomi da vescica iperattiva era mediamente del 16,6% (15,6% negli uomini e 17,4% nelle donne). Il sintomo più frequentemente lamentato era la pollachiuria, presente nell'85% dei soggetti con sintomi di vescica iperattiva. Quello meno frequente era l'incontinenza urinaria da urgenza (36%). Nell'ambito delle varie nazioni, la prevalenza di vescica iperattiva in entrambi i sessi variava da un minimo del 12% in Italia ed in Francia, ad un massimo del 22% in Spagna.

Da quanto emerge dagli esigui dati della letteratura, la prevalenza generale della sindrome della vescica iperattiva non differisce significativamente fra i sessi. Per contro, la gravità e la natura dei sintomi potrebbero costituire motivo di diversità fra uomo e donna. Le differenze anatomiche fra i sessi possono incrementare la probabilità che la sindrome della vescica iperattiva si manifesti come incontinenza da urgenza fra le donne rispetto agli uomini. È importante sottolineare comunque che la sindrome della vescica iperattiva sia con, sia senza incontinenza, ha un impatto clinicamente significativo sulla qualità della vita e del sonno e sullo stato mentale di entrambi i sessi.

CHI SONO I SOGGETTI A RISCHIO?

L'incontinenza urinaria in generale e la sindrome della vescica iperattiva in particolare vengono portate all'attenzione del medico di medicina generale e/o dello specialista solo nei loro stadi più gravi. Con il passare del tempo tali condizioni, inevitabilmente, se non trattate, conducono a conseguenze sociali devastanti quali l'isolamento sociale la paura di una perdita improvvisa di urina in luogo pubblico, che, soprattutto in età avanzata, si traduce in perdita di autostima, un problema quest'ultimo ben più grave da risolvere. Pertanto, identificare possibili categorie a rischio è un passo importante nella gestione di questa categoria di pazienti. I possibili fattori di rischio associati con la vescica iperattiva sono l'età, la menopausa, l'obesità, altri sintomi urinari, le alterazioni funzionali e/o della sfera cognitiva, i rischi occupazionali, altri fattori (es. infezioni delle vie urinarie, precedente chirurgia uro-ginecologica, assunzione di farmaci, fumo di sigaretta, malattie neurologiche, ritardato controllo della minzione nell'infanzia). I

sintomi che configurano il quadro di vescica iperattiva sono presenti sia nelle donne sia negli uomini, e tendono ad aumentare con l'età. Con l'avanzare degli anni, nella donna la capacità e la *compliance* vescicali tendono a diminuire, al pari della massima pressione di chiusura uretrale e del flusso massimo urinario; nell'uomo si riduce il flusso massimo ed aumenta il residuo vescicale post minzionale. Inoltre, condizioni mediche quali la riduzione dell'orientamento spazio-temporale, l'alterata mobilità ed i disturbi dell'alvo, soprattutto la costipazione, tendono ad associarsi a tale sindrome nell'anziano, con conseguenti possibili comorbidità strettamente correlate quali le cadute, le fratture conseguenti, le infezioni urinarie ricorrenti, le infezioni cutanee, l'insonnia e la depressione.

COME RICONOSCERE I SOGGETTI POTENZIALMENTE AFFETTI DA VESCICA IPERATTIVA NEL SETTING DELLA MEDICINA GENERALE?

Al fine di gestire al meglio i pazienti affetti da incontinenza urinaria, nei suoi molteplici aspetti sintomatologici, esperti nel settore hanno stilato degli algoritmi adattandoli a diverse tipologie di paziente: bambini, uomini, donne con o senza prolasso genito-urinario, pazienti neurologici, anziani fragili e/o disabili, pazienti con incontinenza fecale ⁵. Per quasi tutti i gruppi di pazienti è stata prevista una gestione iniziale ed una specialistica. Sebbene tali algoritmi siano stati ideati per essere utilizzati in pazienti la cui problematica urologica principale fosse l'incontinenza urinaria, essi risultano di grande utilità nel *management* di pazienti che presentano altri sintomi urinari associati quali l'urgenza minzionale e la pollachiuria diurna e notturna (quindi sindrome della vescica iperattiva) anche in assenza di incontinenza urinaria. Gli algoritmi per la gestione iniziale sono indirizzati a tutti coloro i quali si occupano della salute dell'individuo, quindi assistenti, infermieri, fisioterapisti, medici di medicina generale, così come ad urologi e ginecologi. Di contro, la gestione specialistica si rivolge esplicitamente agli specialisti dell'incontinenza e dell'urologia funzionale. Nell'approccio iniziale al paziente con disfunzioni minzionali, occorre percorrere alcune tappe essenziali nell'iter diagnostico:

- anamnesi e valutazione generale del paziente;
- valutazione sintomatologica;
- impatto sulla qualità di vita e desiderio di cura;
- esame obiettivo;
- analisi delle urine;
- compilazione del diario minzionale e valutazione del residuo vescicale post minzionale.

Molti fattori possono influenzare i sintomi urinari lamentati dal paziente, alcuni dei quali possono causare la patologia ed altri determinare il successo del trattamento. Pertanto è di fondamentale importanza raccogliere un'attenta *anamnesi* ed eseguire una valutazione del paziente nella sua globalità. Le componenti principali che costituiscono la *valutazione generale del paziente* comprendono:

- la natura e la durata dei sintomi genito-urinari e del basso intestino;
- i precedenti interventi chirurgici, in particolare quelli che interessano il tratto genito-urinario;
- le problematiche ambientali coinvolgenti le sfere sociali e culturali;
- la mobilità (pazienti disabili possono necessitare di un approccio specialistico sin dall'inizio);
- lo stato mentale (ogni paziente dovrebbe essere valutato per la sua capacità di comprendere i piani terapeutici proposti e di entrare in discussione qualora vi fossero a disposizione più opzioni terapeutiche; inoltre, in alcuni casi come la demenza, è importante testare la funzione cognitiva del soggetto);
- lo stato di malattia (malattie coesistenti possono influire profondamente sulla condizione urinaria di un individuo);
- l'assunzione di farmaci (è sempre importante rivedere ogni farmaco assunto dal paziente al fine di appurare se tale sostanza sia in grado di causare o peggiorare la disfunzione minzionale lamentata dal paziente);
- la funzione sessuale (sebbene non siano molte le informazioni sull'impatto dell'incontinenza urinaria e della vescica iperattiva sulla sfera sessuale, questo aspetto della vita del paziente dovrebbe essere indagato ogniqualvolta indicato, ad esempio in relazione all'età);
- la funzione intestinale che può considerevolmente influenzare la funzione minzionale sia in caso di stipsi che di incontinenza fecale;
- la valutazione degli obiettivi e delle aspettative del paziente in merito al trattamento;
- la valutazione dello stato di salute e benessere generale del paziente per eventuali possibili procedure chirurgiche (di pertinenza specialistica).

Una raccolta anamnestica completa dovrebbe includere anche un'attenta valutazione dei sintomi (frequenza del sintomo, percezione dell'impatto del sintomo sulla qualità di vita del paziente, in caso di incontinenza percezione della quantità di perdita e percezione di sintomi legati a prolasso genito-urinario). Passo successivo nella gestione iniziale del paziente è l'*esame obiettivo* che dovrebbe comprendere:

- l'esame addominale dopo lo svuotamento vescicale con l'obiettivo di individuare una vescica palpabile (presenza di residuo post-minzionale significativo);
- l'esame perineale per valutarne la sensibilità;
- l'esplorazione rettale per valutare il tono anale, la funzionalità del pavimento pelvico, la consistenza delle feci, e nell'uomo, la ghiandola prostatica;
- i genitali esterni;
- l'esame vaginale per indagare la presenza di eventuali prolassi, la funzione dei muscoli del pavimento pelvico e lo stato estrogenico;
- lo "stress test" al fine di escludere una concomitante incontinenza urinaria.

Dopo l'esame obiettivo è altamente raccomandata l'esecuzione di un'*analisi delle urine*. Con tale esame è possibile diagnosticare prontamente un'infezione urinaria escludendo in tal modo una causa facilmente curabile di alcuni disturbi minzionali che possono mimare il quadro sintomatologico della sindrome della vescica iperattiva.

Altri due passi diagnostici da percorrere prima di eventuali indagini specialistiche e di intraprendere un appropriato trattamento sono costituiti dalla compilazione del diario minzionale e dalla misurazione del residuo vescicale post minzionale.

Il *diario minzionale* consente di ottenere informazioni utili sulla frequenza minzionale, sul volume urinario vuotato, sugli eventuali episodi di incontinenza e sull'impiego di presidi esterni per la continenza (ad esempio pannolini, condom ...).

Il *residuo vescicale post minzionale* valutato ecograficamente offre simultaneamente informazioni sia sulla capacità vescicale sia su eventuali alterazioni della parete vescicale. Attraverso questa semplice indagine strumentale si possono individuare calcoli endoluminali, diverticoli vescicali, lobo medio prostatico protrudente nel lume vescicale. A causa dell'elevata variabilità intra-individuale di tale parametro, la misurazione del residuo vescicale post minzionale dovrebbe essere ripetuta più volte al fine di migliorarne la precisione, soprattutto nel momento in cui la prima valutazione risultasse anormale. Attualmente in letteratura non vi è un'univoca definizione di residuo post minzionale significativo. In ogni caso, residui inferiori a 50 ml riflettono un adeguato svuotamento vescicale, mentre volumi superiori a 200 ml sono certamente anormali.

GLI INTERVENTI MIRATI DEL MEDICO DI FAMIGLIA

Le funzioni del medico di famiglia nella diagnosi di incontinenza urinaria sono numerose.

Innanzitutto deve saper ascoltare: sembra banale, ma solo prestando attenzione a quanto dice il paziente quando si rivolge al proprio curante, magari per cause diverse, si possono cogliere accenni, o allusioni, al problema che il paziente, per pudore, per ignoranza, per sottovalutazione dell'importanza di alcuni sintomi, non affronta direttamente.

Come secondo momento il medico di famiglia deve individuare, basandosi sia su quanto ha detto il paziente, seppure in modo criptico, sia sulla conoscenza dei dati epidemiologici e statistici (età, sesso), della familiarità, delle patologie pregresse (infezioni urinarie, cateterismi, interventi chirurgici), e degli eventi fisiologici (gravidezze, menopausa), se il/la paziente è potenzialmente portatore di qualche forma di incontinenza urinaria.

Il medico generale deve quindi rivolgere alcune domande "mirate" per svelare la presenza del problema. Ne bastano tre:

1. Ha avuto, negli ultimi tre mesi, perdite di urina involontarie, spontanee per piccoli sforzi, per la tosse, per uno starnuto?

- In genere va ad urinare più di 8 volte durante il giorno e/o alzarsi più di una volta per notte?
- Le capita di avere urgente, improvviso ed irrefrenabile desiderio di urinare?

Qualora il paziente risponda in modo positivo alla prima domanda oppure alla prima ed alla seconda contemporaneamente, vale la pena approfondire.

Un altro compito del medico di famiglia è l'azione di *counselling* per orientare e supportare il paziente verso le scelte diagnostico-terapeutiche più consone al problema, compito non semplice da svolgere in un rapporto di sintonia e di condivisione con lo specialista.

Infine è importante, sempre in un rapporto di condivisione con lo specialista, per organizzare un appropriato *follow-up*.

QUANDO INVIARE DALLO SPECIALISTA?

Una volta formulata una diagnosi di presunzione si può intraprendere una terapia. Negli algoritmi di *management* iniziale il trattamento si fonda su basi puramente empiriche, mentre nella gestione specialistica l'approccio terapeutico scaturisce da una diagnosi precisa ottenuta attraverso test urodinamici e altre indagini specifiche. Gli algoritmi per il *management* iniziale di alcune categorie di pazienti (bambini, uomini, donne, anziani) che verranno descritti di seguito offrono uno strumento diagnostico e terapeutico pratico e prontamente utilizzabile a quanti lavorano nell'ambito sanitario, definendo il campo d'azione di questi ultimi rispetto a quello proprio dello specialista nel settore.

La gestione del bambino affetto da disfunzioni minzionali (Fig. 1) implica di per sé una serie di problemi specifici quali il sostegno e l'aiuto ai e dei genitori e degli eventuali collaboratori sanitari ed assistenziali, il consenso e la cooperazione nell'iter diagnostico e nelle scelte terapeutiche. Nella valutazione iniziale di un bambino con disturbi minzionali si dovrebbero identificare almeno tre gruppi di pazienti:

- incontinenza complicata, solitamente associata a infezioni urinarie ricorrenti, sintomi dello svuotamento o incompleto svuotamento vescicale, anomalie del tratto urinario, precedente chirurgia pelvica, neuropatie; in tale circostanza il piccolo paziente dovrebbe essere immediatamente indirizzato allo specialista;
- enuresi notturna senza altri sintomi (cioè monosintomatica);
- sintomi diurni di pollachiuria, urgenza, incontinenza da urgenza con o senza incontinenza urinaria notturna (che configurano il quadro della sindrome della vescica iperattiva nel bambino).

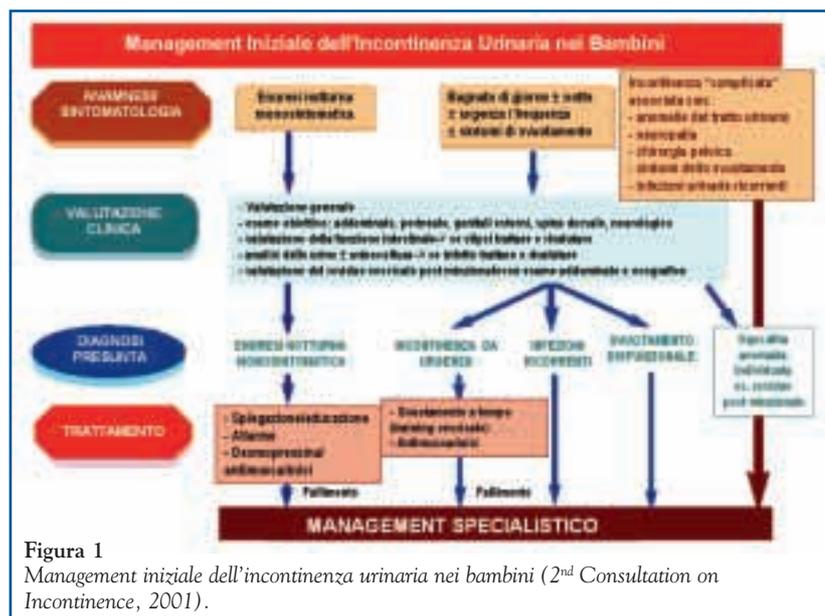
L'anamnesi e la valutazione generale del piccolo paziente richiedono una particolare attenzione non solo nella

raccolta dei dati concernenti la sfera urinaria, ma anche la valutazione della funzione intestinale, dell'ambiente sociale in cui vive il bambino e dello sviluppo generale e comportamentale dello stesso. L'esame obiettivo successivo ha lo scopo di identificare un'eventuale vescica palpabile, la presenza di anomalie dei genitali esterni, segni di incontinenza, la presenza di alterazioni cutanee nell'area gluteo-sacrale. Una volta formulata una diagnosi di presunzione è lecito intraprendere una terapia iniziale. È bene ricordare che tale trattamento iniziale deve rivolgersi solo ai casi di enuresi notturna e/o di sintomi urinari diurni "non complicati". In tutte le altre circostanze si raccomanda di rivolgersi allo specialista. Nel caso specifico della sindrome della vescica iperattiva nel bambino si dovrebbe inizialmente ricorrere ad un *training* vescicale (ad es. lo svuotamento vescicale a tempo) associato o meno alla terapia antimuscarinica. Se il trattamento non offre i risultati desiderati dopo un ragionevole intervallo di tempo di 8-12 settimane, è caldamente raccomandata una gestione specialistica del problema.

Innanzitutto ad un paziente adulto di sesso maschile affetto da incontinenza urinaria (Fig. 2) è importante identificare, nella valutazione iniziale, tre gruppi di pazienti per i quali è indicato un *management* di prima linea:

- sgocciolamento post minzionale isolato;
- sintomi di urgenza con o senza incontinenza da urgenza, associati a pollachiuria diurna e notturna (sindrome della vescica iperattiva);
- incontinenza urinaria dopo prostatectomia radicale.

Le opzioni terapeutiche conservative, non invasive, di prima linea per il trattamento della sindrome della vescica iperattiva sono rappresentate dagli esercizi del pavimento pelvico, dal *training* vescicale, dagli agenti antimuscarinici qualora si sospetti una iperattività detrusoriale responsabile dei sintomi e dai farmaci alfa-litici nel sospetto di una concomitante ostruzione cervico-uretrale.



Qualora il trattamento iniziale fallisse dopo un ragionevole periodo di 8-12 settimane, è altamente raccomandato l'intervento dello specialista nel settore. Anche nella valutazione iniziale di una donna con disturbi minzionali (Fig. 3) è importante identificare tre gruppi di pazienti per i quali è possibile intraprendere una gestione di prima linea:

1. incontinenza da sforzo durante l'attività fisica;
2. urgenza, pollachiuria diurna e notturna con o senza incontinenza;
3. incontinenza urinaria mista (da sforzo e da urgenza).

L'esame obiettivo dovrebbe comprendere una valutazione di routine dell'addome, della pelvi e del perineo. L'esame vaginale, oltre a consentire l'identificazione di prolapsi o atrofie uro-genitali, permette una valutazione della funzionalità della muscolatura pelvica, passo iniziale prima di insegnare gli esercizi del pavimento pelvico.

Una volta formulata una diagnosi di presunzione, il trattamento iniziale dovrebbe sempre includere interventi sullo stile di vita che includono la perdita di peso, la sospensione del fumo, un'alimentazione regolare ed equilibrata ed un adeguato introito liquido limitando le sostanze irritanti per l'urotelio quali ad esempio la caffeina e la teina. Innanzi ad una carenza estrogenica o ad una infezione delle vie urinarie, si dovrebbe prima trattarle adeguatamente, quindi rivalutare la paziente dopo un idoneo intervallo di tempo. Qualora si formuli una diagnosi di sindrome della vescica iperattiva si dovrebbe ricorrere in prima istanza ad un *retraining* vescicale associato o meno a terapia antimuscarinica. La terapia dovrebbe essere protratta per almeno 8-12 settimane

prima di una rivalutazione della paziente e di una eventuale consulenza specialistica.

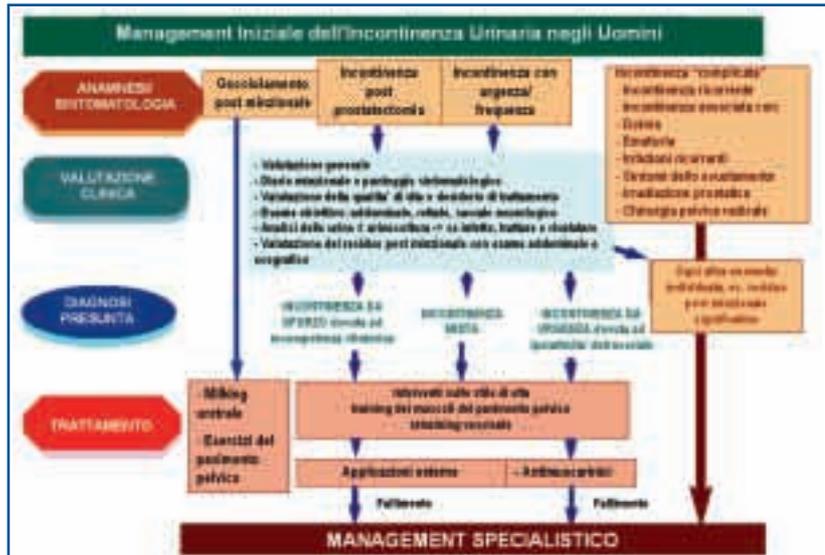


Figura 2 Management iniziale dell'incontinenza urinaria negli uomini (2nd Consultation on Incontinence, 2001).

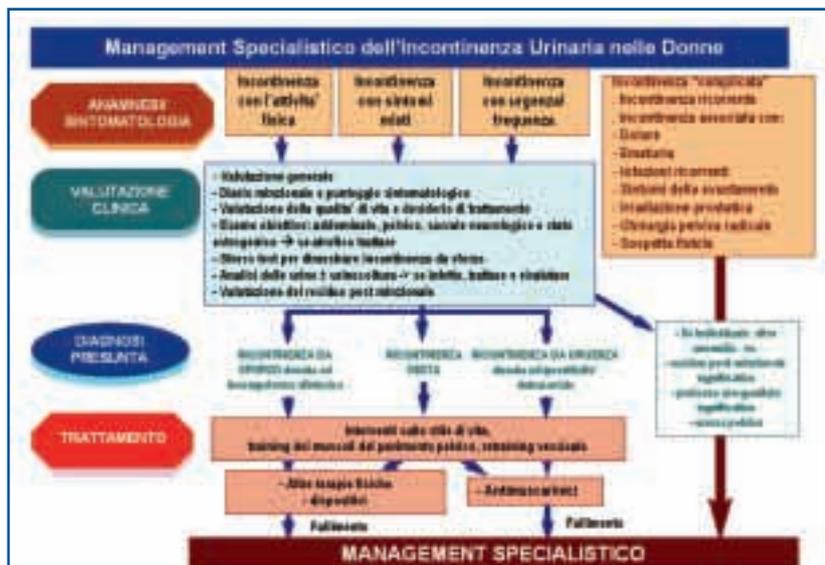


Figura 3 Management iniziale dell'incontinenza urinaria nelle donne (2nd Consultation on Incontinence, 2001).

TABELLA I
Classificazione della continenza in funzione della capacità di utilizzare i servizi igienici (da Fonda D. et al., 1999).

TIPO DI CONTINENZA	DEFINIZIONE
Continenza indipendente	Condizione in cui le persone non sono bagnate e sono in grado di urinare sia di giorno sia di notte senza che nessuno ricordi loro la necessità di mingere o li assista in qualunque modo
Continenza dipendente	Condizione in cui inabilità fisiche o mentali consentono ad un individuo di rimanere asciutto solo quando gli viene fornita una certa assistenza
Continenza sociale	Condizione in cui il soggetto è incontinente ma il problema è ben gestito con appropriati presidi in modo tale da migliorare quanto più possibile la sua qualità di vita

Spesso il medico di medicina generale nella sua pratica clinica quotidiana si trova a dover trattare pazienti anziani di ambo i sessi con disturbi minzionali. Questi individui sono fragili dal punto di vista sociale e della salute generale. Nonostante la loro fragilità ed inabilità, anche a costoro si deve dare l'opportunità di superare i problemi minzionali per ottenere una più o meno relativa indipendenza sociale, soprattutto nella capacità di utilizzare i servizi igienici ⁶ (Tab. I). Durante la valutazione iniziale di questa categoria di pazienti (Figg. 4-5), accanto alla consueta anamnesi ed all'esame obiettivo, è importante indagare i seguenti punti:

1. capacità cognitiva;
2. mobilità;
3. ambiente sociale e livello di supporto assistenziale;
4. attività di vita quotidiana;
5. condizioni potenzialmente reversibili che possono causare o peggiorare la condizione urinaria del paziente;
6. farmaci assunti;
7. grado di disagio per il paziente e/o per quanti lo assistono;
8. motivazione e livello di collaborazione del paziente;
9. comorbidità;
10. prognosi ed aspettativa di vita.

La misurazione del residuo vescicale post minzionale dovrebbe essere sempre eseguita in quanto influenza la scelta terapeutica. Il trattamento iniziale della sindrome della vescica iperattiva dei pazienti anziani fragili e/o disabili è costituito da:

- terapia conservativa comportamentale che include gli esercizi del pavimento pelvico, il biofeedback ed il training vescicale per quanti sono autosufficienti con uno stato di salute generale buono; per i pazienti meno autonomi o disabili si passa ad uno svuotamento vescicale ad intervalli fissi o ad uno assistito;
 - farmaci che agiscono rilasciando la muscolatura vescicale in associazione alla su menzionata terapia conservativa comportamentale;
 - agenti alfa-litici nei soggetti di sesso maschile qualora si sospettasse un'ostruzione cervico-uretrale allo scopo di facilitare lo svuotamento vescicale; è consigliabile adattare la dose al singolo paziente rivalutando i risultati clinici ed i possibili effetti collaterali regolarmente.
- Nei pazienti anziani con incontinenza urinaria complicata, o qualora il trattamento iniziale fallisse, è raccomandata una gestione specialistica del disturbo minzionale.

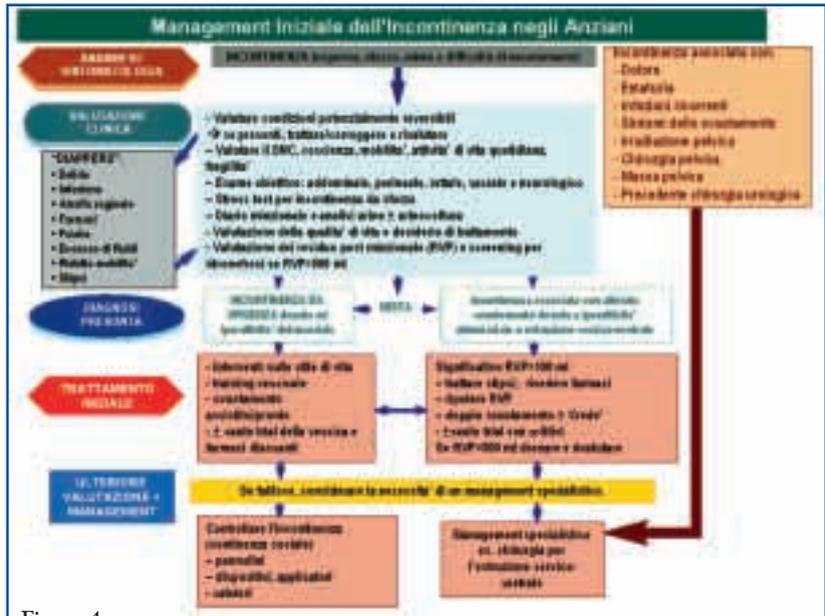


Figura 4 Management iniziale dell'incontinenza urinaria negli anziani fragili e/o disabili (2nd Consultation on Incontinence, 2001).

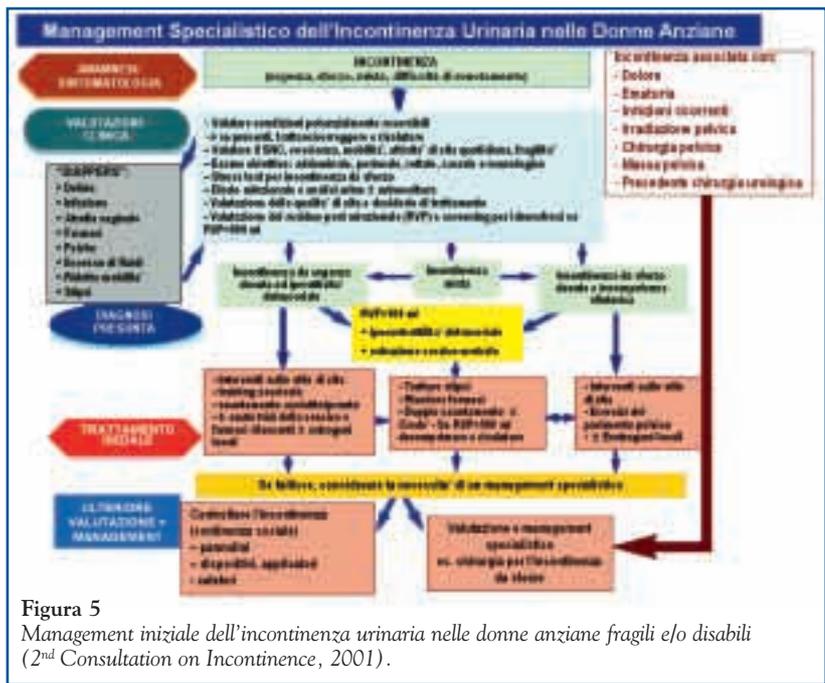


Figura 5 Management iniziale dell'incontinenza urinaria nelle donne anziane fragili e/o disabili (2nd Consultation on Incontinence, 2001).

QUALI CRITERI ADOTTARE PER AVVIARE IL PAZIENTE AL TRATTAMENTO CON ANTIMUSCARINICI?

Come già sottolineato nella descrizione degli algoritmi di *management* dell'incontinenza urinaria, ogniqualvolta si è innanzi ad una sospetta diagnosi di sindrome della vescica iperattiva con o senza incontinenza da urgenza, è lecito impostare subito una terapia farmacologica antimuscarinica in assenza di un residuo vescicale post minzionale significativo (100 ml). Tra i farmaci anticolinergici più utilizzati, si possono menzionare l'ossibutinina e la tolterodina. L'ossibutinina è un

farmaco efficace nella cura dei sintomi da vescica iperattiva ma il suo impiego, soprattutto a dosaggio pieno (5 mg x 3/die per os), è gravato da una serie di effetti collaterali fra i quali spiccano la secchezza delle fauci e la stipsi, i quali costringono molti pazienti ad abbandonare il trattamento. La tolterodina rappresenta una valida opportunità terapeutica in quanto la sua dose massima (4 mg/die) è ben tollerata e causa minori effetti collaterali⁷. La formulazione a rilascio prolungato (*extended release*, ER) di tolterodina, rispetto a quella a rilascio immediato (*immediate-release*, IR), risulta più efficace nel ridurre la sintomatologia e gli eventi non desiderati⁸.

COSA DEFINISCE LA NOTA 87?

Secondo l'art. 8 della Legge 24.12.1993, n. 537 e conseguenti provvedimenti di esecuzione e circolari esplicative, le specialità medicinali a denominazione generica autorizzati all'immissione in commercio possono essere erogati in SSN secondo la seguente classificazione:

- *classe a*: farmaci essenziali e farmaci per malattie croniche;
- *classe b*: farmaci di rilevante interesse terapeutico diversi da quelli in classe a;
- *classe c*: farmaci privi delle sopracitate caratteristiche e non concedibili in SSN.

Alcuni medicinali compresi sia in *classe a* sia in *classe b* possono essere prescrivibili in SSN soltanto per patologie specifiche. Per tale motivo la CUF ha previsto delle note, la maggior parte delle quali limita ad indicazioni terapeutiche particolari la prescrivibilità in regime assistenziale dei prodotti contrassegnati dalle stesse. È responsabilità del medico stabilire se il paziente abbia o meno diritto ad ottenere il farmaco in regime assistenziale, trascrivendone l'indicazione diagnostica e la classe di appartenenza del farmaco con l'apposita nota. A tal proposito alcuni farmaci anticolinergici (ossibutinina, tolterodina, cloruro di trospio), attualmente in *classe c*, quindi a pagamento, potranno essere prescritti a carico del SSN con nota 87 limitatamente ai pazienti affetti da incontinenza urinaria, nei casi in cui il disturbo minzionale sia correlato a patologie del sistema nervoso centrale (es. ictus, morbo di Parkinson, traumi, tumori, spina bifida, sclerosi multipla).

QUALE È L'IMPORTANZA DEL DIARIO MINZIONALE PER L'EDUCAZIONE DEL PAZIENTE?

Compilare un diario minzionale è importante in quanto consente di ottenere una mole non indifferente di dati su come realmente il paziente urina nell'arco della sua giornata, agevolando la formulazione di una diagnosi con conseguente adeguato approccio terapeutico. Esistono tre tipi di carta/diario minzionale, più o meno completi:

1. *carta minzioni-tempo*: include tempi di svuotamento ed episodi di incontinenza;
2. *carta frequenza-volume*: include tempi di svuotamento con la misurazione dei singoli volumi urinati, episo-

di di incontinenza e numero di volte in cui si cambiano i pannolini o i vestiti;

3. *diario minzionale*: è il più completo e comprende tutte le informazioni sopra citate ma anche la valutazione dell'urgenza minzionale, il grado di perdita urinaria (lieve, moderata, grave) e la descrizione dei fattori associati della sintomatologia quali ad esempio lo sforzo fisico, il lavarsi le mani, ecc.

Nella valutazione del paziente con sindrome della vescica iperattiva è importante utilizzare il diario minzionale propriamente detto, accompagnato da un'attenta valutazione dell'introito idrico giornaliero. Vi sono molteplici carte e diari minzionali con relativi esempi, ed il numero di giorni di compilazione varia da uno a sette. In ogni caso è importante che il diario minzionale sia accompagnato da istruzioni chiare utilizzando un linguaggio il più semplice possibile.

CONCLUSIONI

La sindrome della vescica iperattiva è una condizione molto diffusa, soprattutto tra la popolazione anziana, che ha un notevole impatto sulla qualità di vita dei pazienti, molti dei quali sono restii a parlarne e a chiedere aiuto alla classe medica. La diagnosi è facilmente posta essenzialmente sui sintomi e, seguendo le linee guida internazionali disponibili, il medico di medicina generale, dopo uno *screening* diagnostico molto semplice, può istituire un adeguato trattamento, basato su modificazioni comportamentali e terapia medica antimuscarinica. Tali rimedi permettono di curare la maggior parte dei pazienti senza inutili perdite di tempo e senza sottoporli a costose e fastidiose indagini diagnostiche, che vanno invece riservate a cura di specialisti nel campo ai casi più complicati e a chi non risponde ai trattamenti di prima linea.

Bibliografia

- 1 Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. *The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society*. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167-78.
- 2 Hampel C, Gillitzer R, Pahernik S, Hohenfellner M, Thuroff JW. *Epidemiology and etiology of overactive bladder*. *Urologe A* 2003;42:776-86.
- 3 Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, Abrams P, Herzog AR, Corey R, et al. *Prevalence and burden of overactive bladder in the United States*. *World J Urol* 2003;20:327-36.
- 4 Milsom I, Abrams P, Cardozo L, Roberts RG, Thuroff J, Wein AJ. *How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study*. *BJU International* 2001;87:760-6.
- 5 Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Brubaker L, Cardozo L, Castro D, et al. *Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence*. In: Abrams PA, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence*. Health Publication Ltd 2002:1079-114.
- 6 Fonda D, Benvenuti F. *Management of incontinence in older people*. Abrams PA, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence*. Health Publication Ltd 1999;731-74.
- 7 Drutz H, Abrams PA. *Tolterodine: a well tolerated, safe and effective long-term treatment for patient with overactive bladder*. *Continence Forum (ICS, ICCS, IUGA)*, Denver, 22-26 Agosto, 1999.
- 8 Van Kerrebroeck P, Kreder K, Jonas U, Zinner N, Wein A. *Tolterodine once-daily efficacy and tolerability in the treatment of the overactive bladder*. *Urology* 2001;57(3):414-21.