

INCONTINENZA URINARIA DA SFORZO: NUOVE PROSPETTIVE TERAPEUTICHE

GIUSEPPE VENTRIGLIA, AURELIO SESSA*

Medico di Medicina Generale,
Responsabile Area Formazione, SIMG;

* Co-Responsabile Area Urologica, SIMG

Obiettivi:

- sensibilizzare il Medico di Medicina Generale alle problematiche dell'incontinenza urinaria
- evidenziare le differenze tra incontinenza d'urgenza e da sforzo
- richiamare la disponibilità oggi di trattamenti farmacologici differenti e specifici per le due forme

Al di là della semplice definizione di incontinenza urinaria come disturbo "fisico" (perdita involontaria di urine attraverso l'uretra), un approccio corretto a questo problema richiede di conoscerne alcuni aspetti peculiari. *In primis* il notevole impatto negativo sulla qualità di vita delle persone, per molte delle quali l'incontinenza urinaria diventa un problema fortemente limitante le normali attività del lavoro e della vita. In secondo luogo, il notevole divario tra la prevalenza stimata di incontinenza urinaria ed il numero minimo di persone che ricorrono al loro medico per parlarne e chiedere aiuto, fenomeno ben noto che comporta due conseguenze negative:

1. è di fatto impossibile valutare in modo preciso la prevalenza reale di questo problema;
2. si privano molte persone della possibilità di approfondire la diagnosi e quindi di poter accedere a trattamenti (non solo chirurgici, ma anche farmacologici e fisioterapici), in grado di migliorare in modo anche sostanziale il disturbo. In effetti, l'incontinenza urinaria viene considerata un evento "degradante" o comunque tanto imbarazzante da non essere riferito neppure al Medico di famiglia¹, se non in risposta a precise domande e comunque sempre con notevole difficoltà.

Ci si trova di fronte ad un grande iceberg la cui parte sommersa sfugge ad ogni tentativo di stima, pur sapendo che l'incontinenza urinaria colpisce entrambi i sessi (decisamente più frequente nelle donne) e che tutte le età sono interessate, seppure con frequenza crescente. L'incontinenza urinaria non riguarda solo i più anziani o i non autosufficienti e purtroppo le più reticenti sono proprio le donne di giovane età "uno degli ultimi tabù, duro a morire" (Organizzazione Mondiale della Sanità).

Infine, non si dimentichi mai il notevole impatto negativo sulla qualità di vita: "per incontinenza urinaria si intende la perdita involontaria di urina in tempi e luoghi inappropriati, di grado tale da costituire un problema igienico e sociale"². Un problema anche di grande impatto economico (30 miliardi di dollari/anno, stima 1995, tra costi diretti e indiretti) che nelle sue varie forme colpisce oltre

200 milioni di persone nel mondo, per la gran parte (60-70%) donne².

Per quanto riguarda l'Italia, un'indagine condotta da Bortolotti et al.³ in collaborazione con l'istituto "M. Negri" su circa 5500 soggetti (maschi ≥ 50 e femmine ≥ 40) ha rilevato quote crescenti di persone affette, con incremento nei maschi dal 2 al 7% (fasce di età 50-60 a ≥ 70) e dall'11 al 16% per le femmine. In caso di presenza del disturbo, le donne affette presentavano nel 55% dei casi un'incontinenza da sforzo, nel 12% incontinenza da urgenza e nel 24% dei casi una tipologia mista del disturbo, con rischio sempre peggiore in presenza di elevato indice di massa corporea (BMI) nelle donne e di infezioni ricorrenti nei maschi.

QUALE INCONTINENZA

Merita a questo punto ricordare che possono essere denunciate come "incontinenza urinaria" disturbi a carattere transitorio o alterazioni della minzione secondari ad altre patologie non legate all'apparato urinario, mentre esistono situazioni di incontinenza "vera" conseguenti primitivamente a problemi dell'apparato urinario. Tra le prime sono da considerare, ad esempio, le situazioni di irritazione vescicale dovute a infezioni, neoplasie, calcoli o diverticoli, le ostruzioni da stenosi ed ipertrofia prostatica, i parkinsonismi e svariate patologie neurologiche, o anche terapie farmacologiche quali l'assunzione di diuretici o sedativi.

In questi casi la storia clinica, l'anamnesi e pochi specifici accertamenti (esami ematologici e delle urine, urinocoltura, ecografia) possono aiutare il medico a chiarire la qualità e l'entità del disturbo.

Delle incontinenze "vere" esistono per contro due tipologie differenti: una "da sforzo" (*stress incontinence*) ed una "da urgenza" (*urge incontinence*), con discreta presenza di forme "miste".

INCONTINENZA URINARIA DA URGENZA

L'*incontinenza da urgenza* (detta anche "da imperiosità" o "da instabilità vescicale") è molto comune tra gli anziani

e determina una perdita involontaria di urina che avviene pochi secondi dopo aver avvertito il bisogno "urgente" ("imperioso"), non controllabile, di urinare. Alla base possono esserci un evento transitorio, che agisce direttamente sulla vescica (ad esempio un'infezione), o uno stato di "irritabilità detrusoriale" o alterazioni del sistema nervoso centrale o periferico. La conseguenza, in ogni caso, è il continuo comparire, sia di giorno sia di notte, di improvvisi e non controllabili stimoli alla minzione. In fase di approfondimento diagnostico, possono essere utili la flussometria (durata della minzione, residuo post-minzionale, flusso massimo), la cistomanometria (utile per verificare tono vescicale di base, sensibilità del detrusore, reattività agli sforzi, capacità della vescica, attività del detrusore durante la minzione), la sfinterometria (analisi delle pressioni pre- e post-minzionali, contrazioni post-minzionali e rilassamento sfinterici), l'elettromiografia (analisi della qualità delle contrazioni del detrusore e del rilassamento sfinterico), l'elettrofisiologia perineale per lo studio dei potenziali sacrali e corticali.

In questo tipo di incontinenza, in cui l'iperreattività detrusoriale (miogenica e/o neurologica) è determinante, sono stati proposti nel tempo svariati farmaci in grado di controllare questo fenomeno, seppure con scarse dimostrazioni di significative differenze rispetto ai gruppi placebo ma con possibilità di ottenere risultati soddisfacenti nei singoli pazienti trattati⁴. Sono i farmaci ad azione antimuscarinica (flavoxato, oxibutinina, tolterodina), antispastici urologici in grado di rilassare il detrusore, ridurre le contrazioni ed aumentare la capacità della vescica.

L'INCONTINENZA URINARIA DA SFORZO

In questo tipo di incontinenza si ha la perdita involontaria di urina in coincidenza con l'aumento della pressione addominale, in alcuni casi di notevole entità (sollevamento di pesi), ma in altri casi anche di durata molto breve ed intensità moderata, come può accadere in caso di starnuti o colpi di tosse. In questi casi, all'origine dell'incontinenza vi è in genere una lesione dell'integrità del pavimento pelvico anteriore, come accade in conseguenza di un parto, dell'obesità, di situazioni di tosse cronica, di interventi chirurgici, del prolasso degli organi pelvici o di alterazioni dei tessuti determinate dall'età e dalla carenza ormonale post-menopausale.

L'*incontinenza urinaria da sforzo* rappresenta il tipo più frequente e rilevante nelle donne, ancorché sottostimato rispetto alla sua verosimile entità reale³. Una situazione che tra l'altro non è assolutamente tipica dell'età anziana, se è vero che il 35-40% delle donne tra i 35 ed i 54 anni ne è affetto, e che un quarto circa ha avuto qualche disturbo in una fascia di età compresa tra i 18 ed i 44 anni. Gli elementi da considerare in modo prioritario per questo problema sono due. Il primo è la forte reticenza a parlarne, per cui è emerso dagli studi che i due terzi delle donne affette non hanno mai consultato in proposito il loro medico di famiglia e tra quelle che lo hanno fatto una buona quota ha aspettato anche diversi anni (fino a dieci) prima di farlo.

Il secondo elemento caratteristico è il forte impatto negativo in termini di qualità di vita di questo disturbo, che riduce l'autostima ed arriva ad impedire di fatto il regolare svolgimento di molti degli atti correlati alla vita di ogni giorno, l'obbligo di indossare assorbenti in modo regolare, di dover prevedere cambi di biancheria intima o di vestiti durante il giorno, di evitare particolari posizioni o movimenti, di dover limitare viaggi e spostamenti di piacere o di lavoro, di evitare situazioni di intimità con il partner, con tutte le conseguenze psicologiche, lavorative e sociali che ne possono conseguire.

L'incontinenza da sforzo ha visto finora due sole possibili strategie mirate a correggere l'alterata integrità della muscolatura perineale: una chirurgica, più o meno invasiva e realizzata anche per via locale, ed una fisica, basata su esercizi di riabilitazione muscolare perineale, che richiede una forte *compliance* da parte delle pazienti a fronte di risultati non sempre molto incoraggianti.

A queste terapie si aggiunge ora l'opzione farmacologica, finora inesistente: la duloxetina, inibitore bilanciato del *reuptake* della serotonina e della noradrenalina, che ha ricevuto prima dalla *Food and Drug Administration* (FDA) negli USA e poi dalla Commissione Europea per le Specialità Medicinali (CPMP) l'autorizzazione alla prescrizione anche per l'incontinenza urinaria da sforzo moderata e grave (i due neurotrasmettitori sono i principali regolatori dei movimenti dello sfintere uretrale e l'aumento della loro concentrazione migliora la capacità di contrazione dello sfintere e quindi la continenza). Recentemente, la duloxetina è stata registrata in Europa, e ne è prevista a breve l'immissione in commercio anche nel nostro paese con questa indicazione. Il farmaco è risultato infatti ben tollerato ed efficace nel ridurre significativamente la frequenza degli episodi di incontinenza, con un tasso di interruzione della terapia molto contenuto e legato prevalentemente alla nausea per i dosaggi più elevati⁵. Gli eventuali lievi o moderati effetti collaterali sono transitori e tendono rapidamente a risolversi.

In conclusione, l'invito al Medico di Medicina Generale è di attivarsi per aiutare i suoi assistiti (le pazienti in modo particolare e non solo le più anziane) a far emergere il problema, a parlarne, a superare il pudore legato, chissà perché, alla comparsa di questo disturbo, a non accettare le limitazioni imposte da questo frequente problema. Far emergere "la parte bassa dell'iceberg" vuol dire, tra l'altro, poter offrire trattamenti farmacologici efficaci e mirati alla tipologia di disturbo, anche laddove prima non esistevano.

Bibliografia

- 1 Rubini S. *Incontinenza urinaria: un problema troppo spesso nascosto*. SIMG 2002;2-3.
- 2 *Stress urinary incontinence and women: discovering the truth*. 33rd meeting annuale, International Continence Society 2003.
- 3 Bortolotti A, Bernardini B, Colli E, Di Benedetto P, Giocoli Nacci G, Landoni M, et al. *Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy*. European Urology 2000;37:30-5.
- 4 *Incontinence*. 2nd International Consultation on Incontinence. Paris, July 1-3, 2001. 2nd Edition 2002.
- 5 Norton PA, Norton PA, Zinner NR, Yalcin I, Bump RC. *Duloxetine versus placebo in the treatment of stress urinary incontinence*. Am J Obstet Gynecol 2002;187:40-8.