



| PATAVIUM

L'incontinenza urinaria è la perdita involontaria di urina e può essere classificata in:

- da sforzo: perdita involontaria in occasione di sforzo fisico (es. colpo di tosse, starnuto, risata)
- da urgenza: perdita involontaria associata o preceduta da forte ed urgente stimolo urinario;
- mista.

I fattori predisponenti all'incontinenza urinaria sono il sesso femminile, l'età avanzata, l'indice di massa corporea elevato, il fumo, il numero di parti vaginali, il diabete mellito.

È un problema sottostimato, anche se, oggi, ne sta aumentando la diffusione mediatica.

Gli esami base che il paziente con questa patologia dovrebbe recare in visione all'urologo per inquadrare la problematica sono: l'esame urine standard, l'urinocoltura, l'ecografia reno-vescicale con valutazione del ristagno post-minzionale e un diario minzionale su 3 giorni non consecutivi, che consiste nel riportare in una tabella orario della minzione e quantitativo volumetrico urinato ogni volta che il paziente necessita di andare in bagno per 24 ore.

Gli accertamenti specialistici di secondo livello che possono essere necessari sono:

- studio video-urodinamico invasivo: consiste nello studio funzionale pressorio della vescica associato all'indagine cistografica con la quale si valuta la morfologia della via escrettrice: si simula il riempimento fisiologico della vescica con mezzo di contrasto (MDC) iodato mediante un piccolo catetere che entra in vescica dal meato uretrale esterno e che registra la pressione all'interno della vescica sia durante il riempimento che durante la fase minzionale. Questo esame permette di valutare anche l'incontinenza urinaria, non solo nella donna, ma anche nell'uomo, ad esempio dopo intervento di prostatectomia radicale andando anche a simulare l'eventuale efficacia e quindi indicazione alla correzione chirurgica della problematica;
- uretrocistografia retrograda e minzionale: esame che valuta la morfologia della via escrettrice mediante l'iniezione di MDC nell'uretra fino alla vescica e ottenendo poi la fase minzionale;
- uretrocistoscopia e vaginoscopia per la diagnosi differenziale anche con patologie di pertinenza ginecologica che possono causare perdita di urina.

Una volta inquadrato esaurientemente il problema, esistono numerose opzioni di terapia medica e chirurgica (la cui indicazione ovviamente dipende dal quadro clinico).

Nello specifico, per l'incontinenza urinaria femminile, le opzioni terapeutiche chirurgiche disponibili sono:

- TVT-O: è una benderella in materiale biocompatibile che si applica con una piccola incisione vaginale a livello dell'uretra a formare una sorta di amaca;
- colpoplastica anteriore: intervento chirurgico a livello vaginale che permette di correggere i prolapsi vaginali anteriori;
- colposacropessi open o videolaparoscopica anche robot-assistita: intervento chirurgico addominale che consiste nella sospensione dell'utero al sacro mediante una rete di materiale biocompatibile riducendo il prolasso;
- impianto di neuromodulatore sacrale: una sorta di stimolatore elettrico che trasmette impulsi alle afferenze nervose vescicali;

Per l'incontinenza urinaria maschile, le opzioni terapeutiche chirurgiche sono:

- sling Advance: è una benderella in materiale biocompatibile che si posiziona mediante incisione alla base dello scroto a mo' di amaca e che serve a ricreare nel miglior modo possibile la fisiologica curvatura dell'uretra maschile;
- sfintere artificiale: è un dispositivo composto da una cuffia che si posiziona a manicotto attorno l'uretra che mantiene la continenza quando il palloncino è pieno di liquido e che permette la minzione quando si svuota grazie ad un comando attivato dal paziente.