

EZIOPATOGENESI

L'eziopatogenesi dell'incontinenza urinaria femminile è multifattoriale, in relazione alla molteplicità dei meccanismi anatomico-fisiologici peculiari del sesso femminile che mantengono una pressione di chiusura uretrale costantemente positiva, tranne che in occasione della minzione volontaria. La continenza urinaria è legata all'efficienza del complesso vescica-uretra nell'assicurare le alterne funzioni di serbatoio-svuotamento. Dal punto di vista fisico si tratta di un problema di idrodinamica: al fine di garantire la continenza urinaria, i regimi di pressione vigenti nell'uretra devono essere più elevati rispetto a quelli presenti nella vescica; in caso contrario, l'urina entra prima nell'uretra quindi all'esterno.

La patogenesi dell'incontinenza urinaria può essere detrusoriale, sfinteriale o mista. L'incontinenza detrusoriale trova la sua causa nell'insorgere di contrazioni del detrusore, involontarie e non volontariamente sopprimibili, per patologia neurogena (si parla in tal caso iperreflessia detrusoriale) o non neurogena (si parla in tal caso instabilità o iperattività detrusoriale).

L'iperattività detrusoriale non neurogena può essere idiopatica comportamentale, psicosomatica, ostruttiva (secondaria ad ostruzione cervico-uretrale, evenienza frequente nel sesso maschile, possibile ma rara nel sesso femminile).

Affinché l'iperattività detrusoriale provochi fuga d'urina, è necessaria anche una componente sfinteriale. Infatti, un meccanismo uretrale distale intrinseco ed estrinseco valido dovrebbe essere in grado di opporsi all'eccesso pressorio vescicale conseguente all'instabilità detrusoriale.

La fuga d'urina si attua perché la contrazione instabile apre il collo vescicale ed il meccanismo uretrale distale è incapace di mantenere una pressione di chiusura uretrale positiva. L'incontinenza sfinteriale consegue al deficit del collo vescicale e del meccanismo uretrale distale. L'incompetenza

del collo vescicale è condizione necessaria ma non sufficiente, poiché ad essa deve coesistere un deficit dei meccanismi distali.

Nel sesso femminile il meccanismo uretrale distale intrinseco è già fisiologicamente inefficiente e viene ulteriormente compromesso dal parto e dalle modificazioni peri- e post-menopausali. La dislocazione della giunzione vescico-uretrale e dell'uretra può conseguire a problemi di supporto anatomico e di statica pelvica settoriale (solo anteriori) oppure generalizzati (anteriori, medi e posteriori). La fuoriuscita dell'uretra prossimale dall'atmosfera pressoria endoaddominale comporta l'inefficacia del meccanismo di trasmissione della pressione addominale all'uretra.

La perdita di sofficià della mucosa e sottomucosa e la perdita di elasticità della parete uretrale producano la grave evenienza dell'insufficienza sfinterico. L'uretra si è trasformata in un tubo rigido che ha perso la capacità di comprimere e di collabire (un tubo rigido non può contenere). L'incontinenza sfinteriale è quindi multifattoriale: una delle variabili è l'incompetenza del collo vescicale e le altre (deficit della trasmissione, qualità del meccanismo uretrale distale, sofficià uretrale, instabilità uretrale) possono variamente entrare in gioco. Si parla di incontinenza mista allorquando iperattività detrusoriale e deficit sfinteriale di vario tipo coesistono.

Inoltre esistono i fattori predisponenti per incontinenza urinaria (vedi allegato 1).