

LA CLASSIFICAZIONE CLINICA DELL'INCONTINENZA URINARIA

Dalle diverse classificazioni riportate in letteratura, in questa trattazione, si preferisce far riferimento ad una tipizzazione dell'incontinenza urinaria femminile che si distingue le diverse forme dal punto di vista delle manifestazioni cliniche.

a) **Incontinenza da urgenza (Urge incontinence):** è legata ad un'iperattività vescicale nella fase di riempimento con contrazione detrusoriale involontaria. La paziente riferisce di perdere urina non sotto sforzo, ma per necessità minzionale imperiosa con incapacità di arrivare al bagno prima della fuga urinaria (vedi figura-7). L'iperattività detrusoriale può essere dovuta a cause neurologiche (per esempio: sclerosi a placche, esiti ictus, lesioni midollari) e in questo caso si parla d'iperreflessia detrusoriale; si definisce invece instabilità del detrusore la condizione nella quale la causa delle contrazioni non inibite non è neurologica ma secondaria a patologia infettiva, calcolosi o tumori vescicale (il carcinoma della vescica, nel sesso femminile, si manifesta inizialmente con sintomatologia minzionale irritativa nel 20% circa dei casi), corpi estranei, ostruzioni cervicouretrali, o in assenza di causa alcuna (instabilità idiopatica). L'instabilità detrusoriale può essere causata da un'alterazione della fase di svuotamento per riduzione della compliance vescicale (ipertono vescicale). L'incontinenza urinaria da urgenza interessa le donne e, in minor misura, anche gli uomini, di tutte le età, ma prevalentemente di età avanzata.

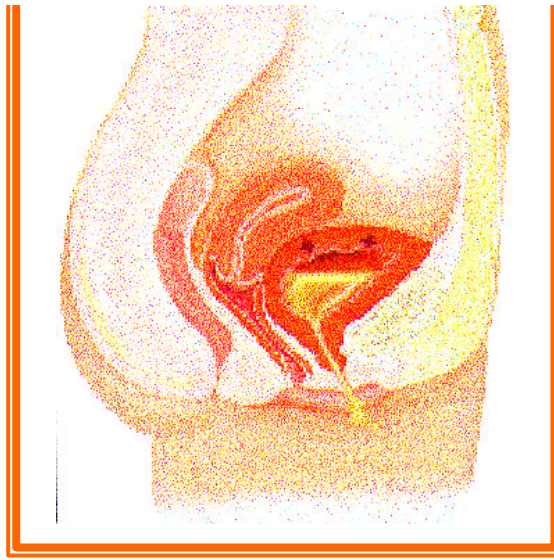


Figura: 7 Incontinenza urinaria da urgenza

b) Incontinenza urinaria da sforzo (Stress incontinence): è la forma più comune che si riscontra nelle donne più giovani, in questo caso la perdita involontaria di urina si manifesta quando la pressione vescicale supera quell'uretrale in assenza di contrazione detrusoriale (vedi figura-8).

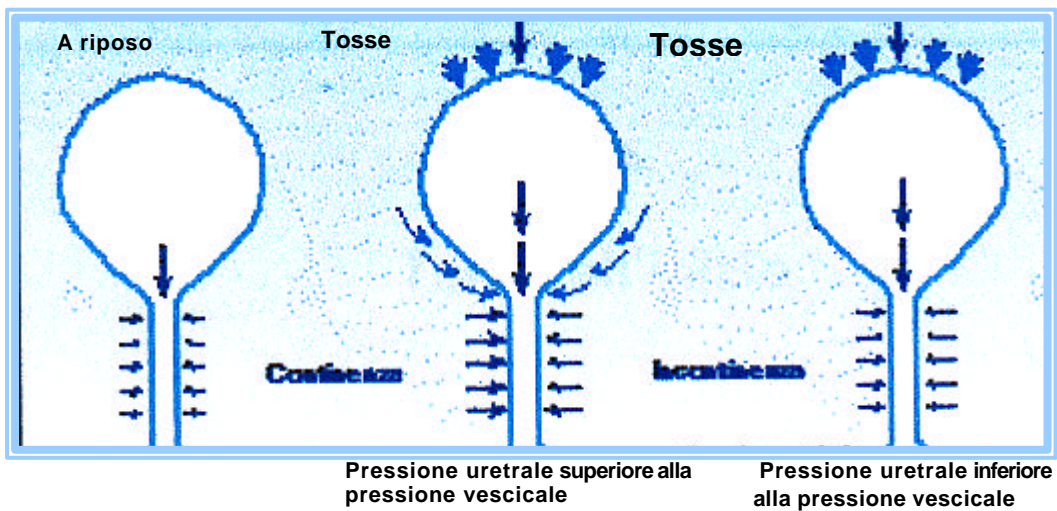


Figura: 8 Incontinenza urinaria da sforzo

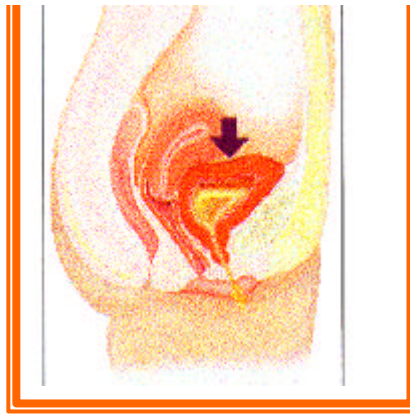


Figura: 9 Incontinenza urinaria da sforzo

La paziente riferisce di perdere l'urina in seguito all'esecuzione di alcuni sforzi, come sollevare un peso, starnutire o tossire, in tutte le situazioni cioè in cui si produce un aumento della pressione intraddominale (vedi figura-9).

La Stress incontinence può essere dovuta a un difetto di trasmissione della pressione addominale all'uretra oppure ad un'insufficienza sfinterica.

Nel difetto di trasmissione in seguito a modificazione delle strutture di ancoraggio degli organi pelvici e quindi di alterazioni della statica pelvica stessa, come può capitare nelle pluripare o nei danni da parto, l'aumento della pressione intra-addominale è trasmesso in misura maggiore alla vescica che all'uretra, per la deficitaria contrazione perineale.

Esistono due possibili cause responsabili dell'incontinenza urinaria da sforzo: l'iperattività uretrale e una disfunzione sfinterica intrinseca. Le due condizioni tuttavia possono coesistere.

Nel caso di iperattività uretrale l'alterazione di base è una debolezza del pavimento. Quando aumenta la pressione intra-addominale si verifica un abbassamento del collo vescicale e dell'uretra prossimale. Se contemporaneamente si apre l'uretra, compare l'incontinenza urinaria da sforzo.

L'incontinenza urinaria da sforzo viene classificata in 4 tipi (vedi tabella-2).

Tipo di S.U.I.	Descrizione
S.U.I. di tipo 0	La paziente si presenta con la tipica storia d'incontinenza da sforzo, ma nessuna perdita urinaria viene evidenziata durante l'esame obiettivo e urodinamico.
S.U.I. di tipo 1	Sotto sforzo il collo vescicale e l'uretra prossimale si aprono e si abbassano di meno o più di 2 cm, l'incontinenza è apparente nei periodi in cui si verifica un aumento della pressione intra-addominale. Si ritiene che ci sia una manifestazione della disfunzione sfinterica intrinseca (ISD).
S.U.I. di tipo 2°	Sotto sforzo il collo vescicale e l'uretra prossimale si aprono e si abbassano di oltre 2cm, con cistourethrocele da discesa rotatoria, e può coesistere ISD e una leak point pressure bassa.
S.U.I. di tipo 2B	Sotto sforzo può verificarsi un'ulteriore discesa e l'uretra prossimale si apre con segni d'incontinenza; può coesistere anche ISD e una leak point pressure bassa.
S.U.I. di tipo 3	L'uretra prossimale non ha più funzionalità sfinterico, il collo vescicole e l'uretra prossimale possono aprirsi a riposo in assenza di contrazioni detrusoriali.

Tabella 2 Classificazione- Incontinenza urinaria da sforzo (S.U.I.)

c) Incontinenza urinaria mista: risulta della coesistenza del fenomeno d'incontinenza da urgenza con meccanismi d'insufficiente

capacità costruttiva uretrale dell'incontinenza da sforzo con prevalenza dell'uno o dell'altro meccanismo ed è il tipo più frequentemente riscontrato nella pratica clinica.

d) Giggle incontinence: è la perdita di urina durante la risata, in genere interessa soggetti giovani, di sesso femminile ed avviene in seguito a risate prolungate e fragorose.

e) Sex incontinence: consiste nella perdita involontaria di urina durante il rapporto sessuale.

f) Incontinenza urinaria a goccia a goccia (dribbling): Può essere espressione di cause diverse, una ritenzione cronica completa di urina con iscuria paradossa o incontinenza da rigurgito; una perdita completa della funzione di serbatoio della vescica per retrazione su base funzionale od organica, un deficit sfinterico completo o subcompleto con diminuzione della resistenze uretrali

g) Incontinenza da rigurgito (overflow incontinence): si verifica quando la vescica è troppo piena e la pressione al suo interno diviene troppo elevata a causa dell'impossibilità a distendere ulteriormente l'organo. In pratica la condizione si realizza quando il soggetto non riesce a vuotare la vescica per cause ostruenti anatomiche (prolasso grave, ipertrofia o neoplasia prostatica, stenosi dell'uretra) o neurologiche (vescica neurologiche ad esempio nei mielolesi o nella sclerosi multipla).