

World Women Bladder Disorders Day

26/30 nov 2012



Infezioni delle vie urinarie

Cosa sono

Sono infezioni molto frequenti e fastidiose, che colpiscono soggetti di entrambi i sessi e di ogni età. L'infezione, accompagnata da infiammazione, può interessare tutti gli organi dell'apparato urinario (reni, ureteri, vescica e uretra), ma quelle di gran lunga più comuni sono le cistiti (che si localizzano nella vescica). I batteri maggiormente coinvolti nelle infezioni urinarie diagnosticate in ambulatorio dal medico di medicina generale (85-90%) sono della specie *Escherichia coli*. A seguire si possono trovare anche *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, enterococchi e stafilococchi, ognuno in percentuale del 2-3%.

Il serbatoio di questi germi è l'intestino e per questo motivo i soggetti con disturbi intestinali (sindrome dell'intestino irritabile) sono più esposti al rischio di infezioni urinarie. Soprattutto per il sesso femminile, l'ingresso dei batteri avviene per via ascendente.

Tra le cause dell'infezione si ritrovano altri fattori: rapporti sessuali poco frequenti, incompleto svuotamento della vescica, caratteristiche di acidità delle urine, abitudini igieniche. Infine, le infezioni urinarie sono più frequenti in persone che hanno scarse capacità di difesa (soggetti immunodepressi): bambini, diabetici, anziani cardiopatici e allattati, persone già malate con infezioni croniche. In particolare, proprio in questi soggetti si possono verificare anche infezioni urinarie da funghi (*Candida albicans*) abbastanza difficili da risolvere. In ogni caso, sebbene si tratti di infezioni assolutamente trattabili, se trascurate le infezioni urinarie possono risalire fino ad arrivare a un danno renale sempre attivo e grave.

Sintomi e diagnosi

I sintomi delle infezioni urinarie (cistiti, uretriti) sono disuria (minzione [espulsione dell'urina] dolorosa e bisogno continuo di urinare) e pollachiuria (scarsa quantità di urina a ogni minzione) con o senza febbre. Si possono aggiungere nausea, vomito e febbre, in genere con temperatura non elevata (<38-38,5°C). Nei lattanti e nei bambini piccoli i sintomi (agitazione, inappetenza e dolore addominale basso) possono essere sfumati.

Negli uomini l'infezione e l'infiammazione si possono localizzare alla prostata (prostatiti) e quindi i sintomi possono essere un po' diversi rispetto a quelli delle donne.

La diagnosi, in ogni caso, si fa in laboratorio con l'analisi delle urine e l'urinocoltura (esame batteriologico dell'urina), che vanno completate dall'antibiogramma (l'esame nel quale piccole quantità di urina vengono testate con diverse classi di antibiotici in modo da stabilire quelli più efficaci e risolutivi, verso i quali i germi ritrovati non mostrano resistenza, ma elevata sensibilità).

Cura

La cura migliore è rappresentata dagli antibiotici, per cui è necessario che sia il medico a fare la prescrizione mirata dopo aver preso visione dell'esame delle urine e dell'urinocoltura.

Gli antibiotici più utilizzati in questi casi sono amoxicillina*, amoxicillina con acido clavulanico*, cotrimoxazolo*, fluconazolo* (antifungino) e altri (cefalosporine*), a seconda del risultato dell'antibiogramma, molti dei quali sono disponibili in forma equivalente. Vi sono poi disinfettanti delle vie urinarie, come la nitrofurantoina, che è molto utilizzata, qualche volta anche troppo, diventando così inefficace. Inoltre, la nitrofurantoina ha un'attività di tipo batteriostatico (ostacola la crescita dei batteri e ne blocca la moltiplicazione, ma non li uccide) e non battericida (uccide i batteri presenti) come quella degli antibiotici.

Contemporaneamente alla cura antibiotica è utile tenere pulito l'intestino con probiotici a base di fermenti lattici*, che ripristinano la flora intestinale benefica a scapito dei germi che potrebbero andare a riaccendere l'infezione urinaria.



World Women Bladder Disorders Day

26/30 nov 2012



Prevenzione e stile di vita

Esistono alcune regole semplici da rispettare per evitare che l'infezione delle vie urinarie si ripeta o si complichino. Si può fare una buona prevenzione in bagno e a tavola: ecco come.

Le bambine vanno educate a un'igiene costante e il metodo migliore è quello di pulirsi con un movimento della mano dall'avanti all'indietro e non viceversa.

L'utilizzo di spugne o lo strofinamento troppo energico vanno sempre evitati.

Sia durante le mestruazioni sia dopo l'attività sessuale, le misure igieniche vanno rispettate e intensificate. Per esempio, chi fa uso di assorbenti interni deve rinnovarli spesso durante il giorno e utilizzare quelli esterni durante la notte. Infatti, tutto ciò che ristagna nella zona genitale può favorire il proliferare dei germi.

Per i lavaggi intimi bastano acqua e poco sapone neutro, mentre si dovrebbe limitare l'uso frequente di detergenti troppo drastici (o di spermicidi) o di lavande vaginali medicate (che contengono antibatterici), ricordando che il pH (grado di acidità) della zona genitale esterna va mantenuto vicino all'acidità, che costituisce una barriera protettiva naturale per lo sviluppo di germi.



World Women Bladder Disorders Day

26/30 nov 2012



Incontinenza urinaria femminile

....come sconfiggerla.....

L'incontinenza urinaria femminile è un problema largamente diffuso, particolarmente nell'età avanzata, ed ha un impatto severo sulla qualità di vita di molte pazienti.

La diagnosi di incontinenza urinaria si basa sullo studio di **sintomi, di segni e di osservazioni urodinamiche.**

- I **sintomi** sono indicatori soggettivi di una patologia.
- I **segni** sono osservati dal medico attraverso semplici strumenti (stress-test, diario minzionale, pad test e questionari sulla qualità della vita).
- **Le osservazioni urodinamiche** sono determinazioni fatte durante lo studio urodinamico (basato sulle rilevazioni dei gradienti pressori endovesicali, endouretrali e endorettali e sulle modalità del flusso urinario).

Esistono 3 forme "standard" di Incontinenza:

- Incontinenza **da urgenza**: perdita di urina accompagnata da urgenza e provocata da contrazioni anomale della vescica
- Incontinenza **da sforzo**: perdita di urina provocata da un aumento improvviso della pressione addominale (riso, sforzo, tosse, starnuto)
- Incontinenza **mista**: una combinazione fra le due forme precedenti.

La paziente affetta da incontinenza mette in atto una serie di atteggiamenti per nascondere questa patologia (mapping dei bagni, minzione difensiva, uso di assorbenti e pannolini, assunzione limitata di liquidi, ecc...). Quasi 2/3 delle pazienti sono sintomatiche per 2 anni prima di consultare un medico, circa il 30% di questi pazienti non viene studiato e l'80% non viene neppure esaminato ("fa parte del normale invecchiamento, non è una malattia grave, il trattamento non serve a niente", ecc..).

Come combattere l'incontinenza:

Migliorare la coscienza della paziente (incoraggiare le pazienti a parlarne: ruolo dei medici, delle associazioni dei pazienti, dei mass media) rassicurandole che non si tratta di un processo ineluttabile ed incurabile ed illustrando tutte le possibili opzioni terapeutiche a disposizione, ovvero trattamento conservativo, medico o chirurgico.

Conservativo
medico
chirurgico

Trattamento dell'incontinenza urinaria
Conservativo: riabilitazione pelvica
rieducazione vescicale
presidi

La **riabilitazione del pavimento pelvico** consiste in un insieme di tecniche atte a favorire il ripristino funzionale dei muscoli dell'elevatore dell'ano e delle sue aponeurosi.

La terapia riabilitativa dell'incontinenza si basa su tre tecniche principali:

- CHINESI-TERAPIA
- BIOFEEDBACK
- ELETTROSTIMOLAZIONE

LA CHINESI-TERAPIA

Viene attuata mediante tecniche endovaginali di messa in tensione e stiramento del muscolo pubo-coccigeo.

Questa manovra interessa sia la componente elastica del muscolo, sia il muscolo vero e proprio stimolando il riflesso miotattico da stiramento.

BIOFEEDBACK

(Biological feedback - retroazione biologica)

È un sistema in grado di registrare alcune attività fisiologiche non apprezzabili a livello cosciente in condizioni normali.

Il principio generale è quello di trasformare il segnale biologico in un segnale luminoso facilmente interpretabile dalla paziente.

LA STIMOLAZIONE ELETTRICA FUNZIONALE

Viene attuata mediante sonde endovaginali o anali dotate di anelli conduttori posizionate a livello del muscolo elevatore dell'ano e che inviano impulsi elettrici ad intensità sub dolorifica e a bassa frequenza.

Presupposto principale per la riabilitazione uroginecologica è l'accettazione della terapia da parte della paziente: deve essere collaborante, assidua, motivata e istruita dal punto di vista terapeutico. Il training deve continuare anche a domicilio.

World Women Bladder Disorders Day

26/30 nov 2012



La rieducazione vescicale:
è un allenamento che utilizza
tecniche comportamentali
per ristabilire il controllo
vescicale nell'adulto

Presidi
- per il rinforzo della muscolatura pelvica
(coni di Plevnik)
- per la difficoltà di svuotamento (cateteri)
- per l'incontinenza
(pessari, tappi, uretrali, pannoloni).

**Trattamento dell'incontinenza
urinaria**
medico: farmaci usati
- nell'incontinenza da sforzo
- nell'iperattività del detrusore

**Trattamento dell'incontinenza
urinaria**
chirurgo: approccio vaginale
approccio addominale
approccio combinato

È ormai dimostrato che l'incontinenza urinaria non è da subire, nè da accettare con rassegnazione, ma è curabile.

La **terapia medica** è la terapia di prima scelta nell'incontinenza da urgenza e complementare invece alla chirurgia nell'incontinenza da stress. Il trattamento medico ha sicuramente un ruolo fondamentale nella cura dell'incontinenza, ma non sempre permette una "guarigione completa". Sino ad oggi la ricerca farmacologica non ha permesso di disporre del "farmaco ideale" per il trattamento dell'incontinenza urinaria, perché ancora ignota ed oscura è la neurofisiologia del ciclo minzionale, sia fisiologico sia di conseguenza anomalo.

SANITARI COINVOLTI NEL TRATTAMENTO DI SOGGETTI AFFETTI DA INCONTINENZA URINARIA

Medici di Medicina generale, Urologi, Ginecologi, Geriatri, Neurologi Fisioterapisti, Pediatri, Personale infermieristico specializzato, Psicologi.



Incontinenza urinaria: cosa fare?

Sintomi - impatto sulla qualità di vita

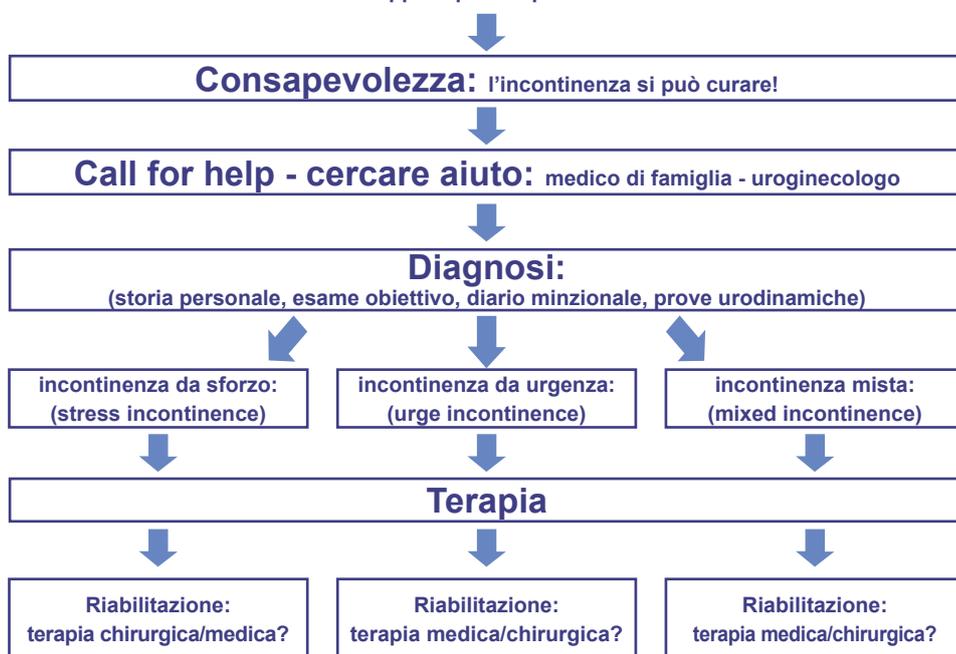
"perdo l'urina con gli starnuti"

"non riesco a trattenere l'urina quando sento lo stimolo improvviso di urinare"

"vado solo nei posti dove so che c'è un bagno"

"mi alzo di notte in continuazione per urinare"

"evito i rapporti perchè perdo le urine"



incontinenza da sforzo:
(stress incontinence)

incontinenza da urgenza:
(urge incontinence)

incontinenza mista:
(mixed incontinence)

Terapia

Riabilitazione:
terapia chirurgica/medica?

Riabilitazione:
terapia medica/chirurgica?

Riabilitazione:
terapia medica/chirurgica?

World Women Bladder Disorders Day

26/30 nov 2012



Buone abitudini urinarie

Avere buone abitudini urinarie è un elemento importante che contribuisce a una qualità di vita migliore: mediamente le persone vanno al gabinetto dalle 4 alle 8 volte al giorno e non più di una volta durante la notte.

Cattive consuetudini possono causare disturbi alla vescica e talvolta incontinenza.

Ecco alcuni semplici accorgimenti che possiamo suggerire per mantenere la vescica sana:

Evitare di andare al bagno troppo spesso per non rischiare una riduzione della capacità di ritenzione vescicale. È preferibile cercare di andare in bagno solo quando la vescica è piena e non si può più rimandare. Va bene, invece, svuotare la vescica prima di coricarsi. Durante la minzione non avere fretta: occorre dare alla vescica la possibilità di svuotarsi completamente. Non farlo può far insorgere infezioni urinarie.

Mantenere buone abitudini alimentari in modo da non indebolire i muscoli del pavimento pelvico.

Proteggere i muscoli del pavimento pelvico, attraverso la conservazione del tono muscolare, con appositi esercizi a scadenze regolari.

Consigli alimentari

È importante avere un'alimentazione corretta, ricca di vitamine, sali minerali ed oligoelementi perché anche la dieta influisce sulla quantità di urina prodotta.

Alcuni alimenti che ne determinano l'aumento (asparagi, melone, anguria) andrebbero ridotti, sebbene non debbano essere totalmente esclusi dalla dieta stessa.

È importante continuare a bere con regolarità (almeno 1,5 litri di liquidi al giorno (che corrispondono a circa 6-8 bicchieri), perché ridurre la quantità di liquidi potrebbe avere delle implicazioni sulla vescica, rendendola più attiva. Allo stesso tempo, è importante bere con moderazione ed evitare un'abbondante idratazione serale perché l'assunzione di liquidi può aumentare il numero di volte che ci si sveglia la notte.

È opportuno ridurre al minimo bevande quali caffè, acqua tonica e bibite alla cola, cibi e spezie irritanti, in quanto hanno un effetto diuretico.

Per prevenire fenomeni di stipsi, è inoltre utile introdurre nella dieta alimenti ricchi di fibre: verdure, pane, nocciole, frumento.

World Women Bladder Disorders Day

26/30 nov 2012



Il dolore pelvico cronico/cistite interstiziale

Il dolore pelvico cronico è una condizione di dolore costante oppure ciclico a localizzazione pelvica che dura da più di sei mesi, più frequente nel sesso femminile.

In circa 1/3 dei casi tale dolore si associa una sintomatologia simile alla cistite, cioè necessità di urinare spesso e con urgenza, e bruciore durante la minzione. A differenza di ciò che accade nelle forme di cistite classica, in queste pazienti l'urinocoltura mostra un'assenza di batteri. Questo è il motivo per cui gli antibiotici che curano le cistiti batteriche non hanno effetto in queste pazienti. Queste forme di cistiti non batteriche vanno sotto il nome di Cistite Interstiziale.

L'evoluzione della malattia è lentamente ma progressivamente ingravescente con deterioramento della funzione vescicale: ciò conduce ad un peggioramento della sintomatologia e soprattutto del dolore. Tutto ciò determina un drammatico impatto sulla qualità della vita delle pazienti, con pesanti ripercussioni sulla vita personale e sui rapporti lavorativi e di coppia.

Con Decreto Ministeriale n. 279 del 18/05/2001 tale malattia è stata riconosciuta dal Ministero della Salute tra le "Malattie Rare", per le quali è previsto il riconoscimento di Invalidità e l'esenzione totale per le spese mediche. Tale requisito va accertato mediante diagnosi fatta in uno dei centri di riferimento per tale patologia diffusi su tutto il territorio nazionale

Cause della Cistite interstiziale

Numerose ipotesi sono state postulate per spiegare l'insorgenza di tale patologia. La più accreditata afferma essa sia causata da una riduzione di un rivestimento delle pareti vescicali costituito da glicosaminoglicani, che protegge i tessuti sottostanti dalle sostanze irritanti contenute nelle urine. Essendo deficitario questo stato protettivo, tali sostanze aggrediscono le pareti vescicali innescando un processo infiammatorio che coinvolge non solo la vescica ma anche i nervi che raggiungono le pareti vescicali. Tale coinvolgimento nervoso spiegherebbe l'insorgenza del dolore.

Come si fa la diagnosi

In primo luogo si escludono altre patologie vescicali che presentino una sintomatologia simile (cistiti ed uretriti batteriche, calcoli vescicali, neoplasie vescicali ecc) mediante opportuni esami delle urine (urino coltura, citologia urinaria, ricerca del BK nelle urine, ecc) ed ecografie dell'apparato urinario.

Utile è una visita specialistica uroginocologica che valuta la sintomatologia ed identifica la localizzazione e l'intensità del dolore. L'esame urodinamico è utile per valutare la funzionalità della vescica. L'uretroscopia in narcosi con distensione della vescica è invece un esame che permette di valutare le alterazioni che tale malattia determina a livello delle pareti vescicali e, nei casi più avanzati, la presenza di caratteristiche ulcere, chiamate ulcere di Hunner dal nome dello studioso che per primo le ha descritte. Infine, la biopsia della vescica, cioè il prelievo in anestesia di un frammento della parete vescicale, consente, mediante un esame istologico mirato, di valutare la presenza ed il grado di infiammazione, nonché l'estensione di tale processo infiammatorio.

Quale terapia

Numerose sono le terapie proposte per il trattamento di questa patologia: orali, endovesicali, terapia del dolore e nuovi trattamenti che consistono nell'applicazione di pace maker vescicali per il controllo del dolore e della frequenza urinaria ed, in casi selezionati, infiltrazione endovesicale con tossina botulinica.

È mandatorio, per evitare che la malattia progredisca e produca danni non più reversibili, effettuare una diagnosi il più possibile precoce per instaurare al più presto una terapia idonea, in grado di bloccarne l'evoluzione.



World Women Bladder Disorders Day

26/30 nov 2012



Prolasso Urogenitale

Il Prolasso Urogenitale è il descensus attraverso il canale vaginale, con protrusione più o meno evidente, dalla rima vulvare dell'utero e degli organi pelvici. Il POP (Pelvic Organ Prolapse) è una condizione anatomoclinica molto frequente e le disfunzioni del Pavimento Pelvico femminile correlate al prolasso urogenitale rappresentano un importante aspetto di salute pubblica sia, in termini di impatto sulla qualità di vita delle donne che, in termini economici. Il quadro clinico varia, a secondo del grado di descensus, dalla sensazione di ingombro vaginale (“...ho la sensazione che **“qualcosa stia uscendo”**”) al senso di peso, accompagnato non di rado da dolore, in regione pelvica e/o lombare.

Spesso sono presenti disfunzioni sessuali con difficoltà/disagio/dolore durante il coito ed alterazioni della funzione minzionale e/o defecatoria. L'incontinenza urinaria è uno dei sintomi principali correlati al POP. Essa si manifesta con fughe involontarie di urina, in luoghi e tempi inadeguati. Le disfunzioni urinarie possono presentarsi anche con difficoltà minzionale, costringendo talvolta la donna ad assumere particolari posizioni o, a ridurre manualmente il prolasso, per ottenere un adeguato svuotamento della vescica, sono spesso presenti aumento della frequenza minzionale, nicturia e maggiore suscettibilità alle infezioni urinarie. L'incontinenza urinaria può verificarsi anche durante i rapporti sessuali.

Per quanto riguarda le disfunzioni ano-rettali può essere presente stipsi (con necessità di ridurre manualmente il prolasso per ottenere una adeguata evacuazione), ma anche incontinenza con difficoltà a trattenere aria/feci e/o liquidi. Il quadro sintomatologico sopra descritto influenza quindi in maniera fortemente negativa aspetti della vita di relazione, la sfera affettiva, la attività lavorativa ed induce la donna, ad acquisire comportamenti fortemente condizionati per limitare il disagio. Il pavimento pelvico femminile è un “Unicum” anatomofunzionale con finalità contenitive dei vi-

sceri pelvici, eiettive (a livello del diaframma pelvico sono presenti gli sfinteri urinari ed anorettale) ed infine, **ma non ultimo è deputato all'espletamento del parto**. La sua corretta funzionalità dipende dalla perfetta integrità anatomica e dalla corretta interazione funzionale di tutte le strutture che lo costituiscono, la componente muscolare (rappresentata dal Complesso Muscolare dell'Elevatore dell'ano), la componente connettivale, la “Fascia Endopelvica”, e la componente nervosa. Il danno di ciascuna delle strutture sopraindicate è concausa del deterioramento delle altre, fino a che i meccanismi di compenso funzionale ed anatomico divengono inefficienti determinando l'insorgenza del prolasso. Il parto è sicuramente uno dei principali “imputati” per l'insorgenza del POP. Esso rappresenta per le strutture muscolo-fasciali e nervose un importante momento di stress biomeccanico. La stessa gravidanza, sembra avere un ruolo, soprattutto nella insorgenza della incontinenza urinaria ed indipendentemente dalle modalità del parto. La lunga latenza tra “evento parto” e comparsa di prolasso clinicamente evidente, rende però conto di altri fattori che ne influenzano l'insorgenza. L'avvento della menopausa è un altro momento critico per “la salute del pavimento pelvico” a cui vanno aggiunti, l'obesità, la predisposizione genetica, il tipo di attività lavorativa, la presenza di broncopatia cronica, alterazioni del-



la postura. In termini di prevenzione un ruolo sicuramente determinante hanno i percorsi educativi e di training di avvicinamento al parto seguiti da una adeguata riabilitazione post partum. Con il duplice obiettivo di insegnare alle pazienti a conoscere il proprio pavimento pelvico e, di ottenere un rapido recupero del tono muscolare. La terapia del POP sintomatico e di alto grado è sostanzialmente chirurgica. Trattasi di una chirurgia il cui target è non solo il ripristino della normale anatomia ma anche e soprattutto il recupero funzionale.