



Rembrandt – Watering man (1631)

Incontinenza urinaria e fecale

inquadramento epidemiologico, eziologico e clinico

Fabio Guerini

Clinica "Ancelle della Carità", Cremona
Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Definizione

L'incontinenza urinaria (IU) è espressione della perdita e/o mancata acquisizione della capacità di urinare volontariamente in un luogo socialmente accettabile.

Clinical guidelines on urinary incontinence
U.S. Department of Health and Human Services
Public Health Service
Agency for Health Care Policy and Research

Epidemiologia

Nella popolazione di età compresa tra i **15 ed i 64** anni la prevalenza di IU negli **uomini varia dall'1,5 al 5%** e **nelle donne dal 10 al 30%**.

Per i soggetti **non ospedalizzati** di età **superiore ai 60** anni la prevalenza di IU varia dal **15% al 35%**.

Tra gli anziani **ospedalizzati** la prevalenza di IU è pari almeno al **50%**.

Il tasso di **incidenza** tra i pazienti **istituzionalizzati** in condizioni di continenza è del **27%**, e si associa a demenza, incontinenza fecale, perdita delle ADL.

JAGS. 2002 Mar;50(3):489-95

J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2002 Oct;57(10):M672-77

Epidemiologia

Età	Domicilio	Ospedale	RSA
65-74			
Uomini	5%	18%	49%
Donne	7%	33%	50%
>75			
Uomini	11%	34%	49%
Donne	13%	60%	50%

I costi dell'incontinenza

Recenti stime effettuate negli Stati Uniti mostrano che sono stati spesi per l'assistenza formale ed informale:

-11,2 miliardi di dollari all'anno per popolazioni che vivono al domicilio

-5,2 miliardi per i residenti in case di riposo

(per avere un'idea di tale cifra basti pensare che supera il costo annuale della dialisi e il costo della chirurgia per impianto di by-pass coronarici nello stesso paese).

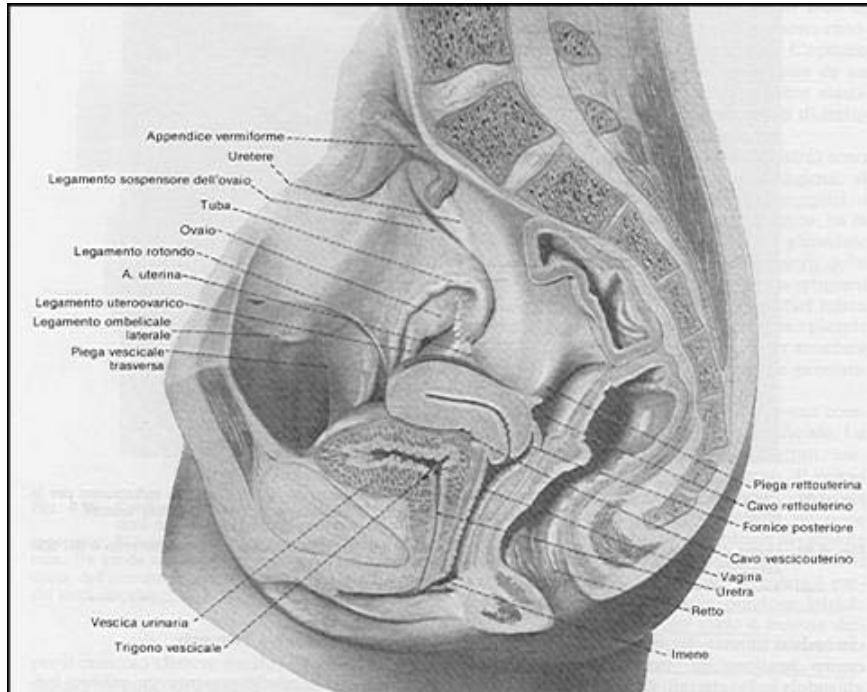
JAGS. 2002 Mar;50(3):733-37

J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2002 Oct;57(10):M672-77

I costi dell'incontinenza

L'assistenza informale rappresenta un aspetto non trascurabile nella valutazione dell'anziano con IU: si stima che il 70% degli anziani con IU residenti al domicilio non riferisca tali sintomi al proprio curante.

I soggetti affetti oltre che riversare le spese per la gestione del problema sulla propria famiglia, presentavano anche una significativa perdita funzionale ed un distress psicologico superiore ai coetanei senza IU.



CENNI ANATOMO- FISIOLOGICI

Cenni anatomo-fisiologici

La **vescica** funziona come un **serbatoio** che permette la raccolta delle urine (continuamente prodotte dai reni) e lo svuotamento periodico secondo le necessità sociali dell'individuo.

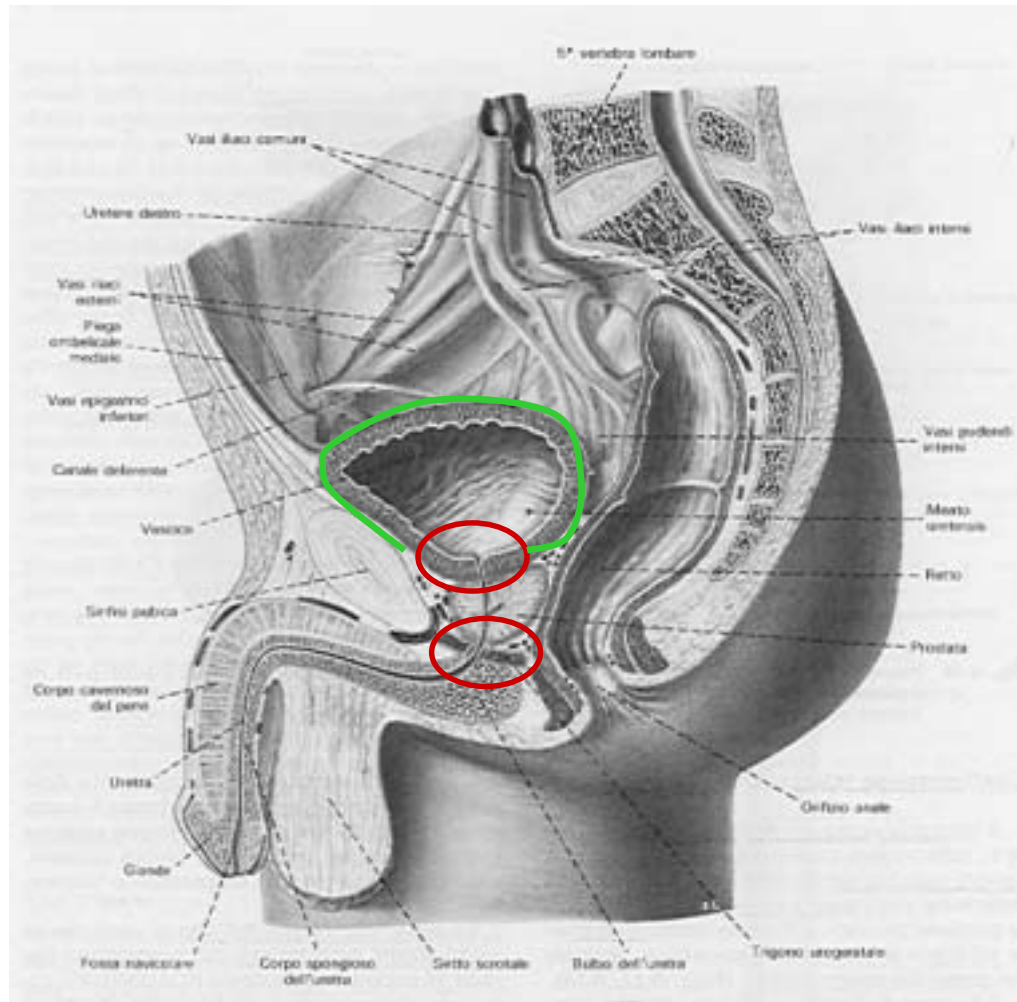
Perché ciò avvenga è necessario che la vescica posseda, unico fra gli organi dell'apparato urinario, **un'innervazione integra**.

Cenni anatomo-fisiologici

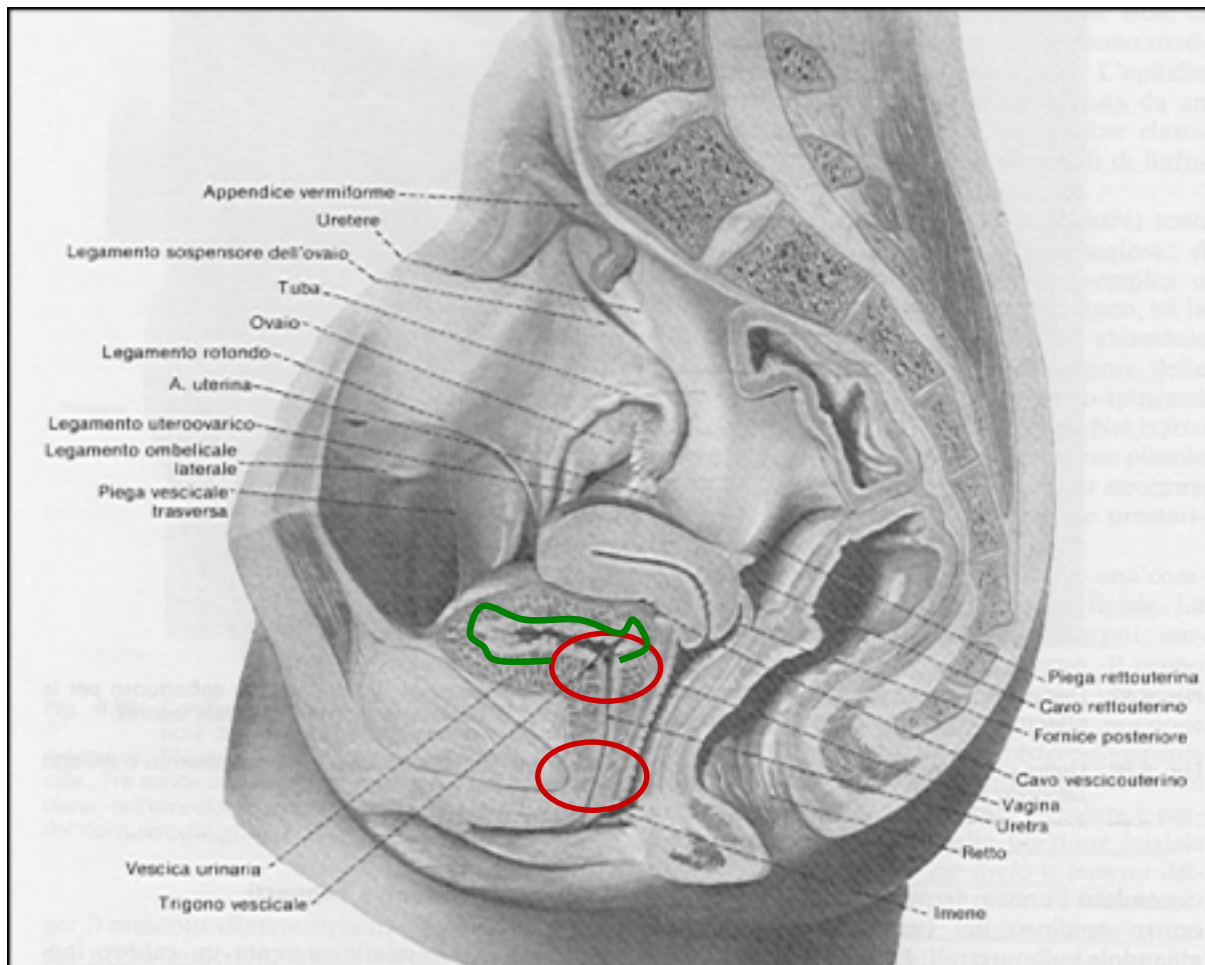
L'atto della **minzione** avviene attraverso un arco riflesso il cui centro sinaptico è situato nei segmenti sacrali del **midollo spinale**; questi a loro volta sono controllati da centri nervosi superiori situati nel ponte e nella corteccia cerebrale.

La **continenza** sia nell'uomo che nella donna è affidata alla presenza di **due sfinteri**, uno prossimale (a livello del collo vescicale, non controllato dalla volontà), ed uno distale localizzato a livello dell'uretra (sotto il controllo del sistema nervoso volontario).

Localizzazione della vescica nella pelvi



Localizzazione della vescica nella pelvi



Cenni anatomo-fisiologici

L'attività vescicale è distinta in due fasi:

Riempimento: la velocità normale di riempimento è di circa 50 ml/ora, ed una lieve **sensazione** di riempimento si realizza solo a volumi di 100-150 ml; in questa fase gli sfinteri sono contratti e determinano la "continenza", permessa inoltre da tre caratteristiche proprie della vescica: la *conformazione* anatomica a sacco ripiegato, l'*elasticità* e le capacità intrinseche di *adattamento del tessuto muscolare*.

L'incremento della *distensione* vescicale porta ad un corrispondente aumento di tensione dello sfintere liscio e dello striato, con progressiva **consapevolezza dello stimolo**.

Cenni anatomo-fisiologici

Svuotamento: la minzione è un fenomeno molto complesso, e si compone di due momenti:

la contrazione del muscolo detrusore (che fornisce la forza propulsiva per l'espulsione delle urine)

un'inibizione dello stato di contrazione degli sfinteri (per ridurre la resistenza al passaggio delle urine).

L'attività della minzione è una *funzione volontaria*, controllata soprattutto dalle regioni frontali della corteccia cerebrale, e per questo durante la minzione il flusso urinario può essere interrotto volontariamente con la contrazione dello sfintere esterno.

Cenni anatomo-fisiologici

Il normale **invecchiamento** ha effetto sul basso apparato urinario in una varietà di modi:

La capacità vescicale, la capacità di ritardare lo svuotamento della vescica e i valori di flusso urinario diminuiscono in entrambi i sessi;

la pressione massima di chiusura dell'uretra diminuisce nelle donne;

la dimensione della prostata aumenta nella maggior parte degli uomini;

Cenni anatomo-fisiologici

Il volume di urina residua postminzionale aumenta (ma non più di **10-50 ml**).

L'escrezione dei fluidi (a differenza del giovane in cui vengono espulsi la sera, prima di coricarsi), avviene nel corso della notte, quindi uno o due episodi di nicturia per notte possono considerarsi normali.

Cenni anatomo-fisiologici

Nessuno di questi cambiamenti dovuti all'età causa l'incontinenza, ma ciascuno di essi **predisporre** ad essa.

L'insorgenza o l'esacerbazione del disturbo nell'anziano è probabilmente dovuta ad un **evento precipitante**, esterno all'apparato urinario.

La cura del solo fattore precipitante può talvolta essere sufficiente a ripristinare la continenza.

Classificazione dell'incontinenza urinaria



Rembrandt – Watering woman (1631)

- **Fisiopatologica**
 - IU Transitoria
 - IU Persistente
- **Clinica**
 - IU da Urgenza
 - IU da Sforzo
 - IU da Rigurgito
 - IU Funzionale)

Classificazione Fisiopatologica

Transitoria è l'IU che regredisce con la guarigione della malattia o la correzione della condizione che la ha provocata. Ha inizio di solito improvviso ed è causata da malattie acute o da fattori iatrogeni o ambientali.

Persistente è la IU che si mantiene nel tempo, spesso con un andamento ingravescente.

Il riconoscimento delle cause di IU transitoria conduce alla guarigione in oltre il 30% dei casi; vanno ricercate anche nei pazienti con IU persistente in quanto la loro correzione porta spesso ad un miglioramento del quadro clinico.

Classificazione Fisiopatologica

Le cause di IU transitoria sono così riassumibili:

- ***Delirium***
 - ***Farmaci***
 - ***Infezione sintomatica delle vie urinarie***
 - ***Fecalomi***
 - ***Vaginite atrofica***
 - ***Psicologiche***
 - ***Mobilità limitata***
-

Classificazione Clinica

Incontinenza da urgenza: La perdita di urina avviene per l'incapacità di ritardare lo svuotamento vescicale a causa di uno stimolo a mingere imperioso.

La sensazione di urgenza può avvenire in qualsiasi posizione e ad ogni momento della giornata e della notte.

La quantità di urina varia da poche gocce a qualche centinaio di ml, con un completo svuotamento della vescica.

Classificazione Clinica

Incontinenza da urgenza: I meccanismi patogenetici che sono alla base di questo tipo di IU sono l'ipertonia e l'iperreflessia del muscolo detrusore, caratterizzata da contrazioni incontrollate dovute ad una perdita dell'inibizione corticale.

Il risultato è una elevata pressione a bassi volumi, che supera rapidamente la resistenza dello sfintere uretrale e causa una perdita involontaria di urine.

Si riscontra frequentemente in soggetti con ictus cerebrale, parkinsonismo, tumori del lobo frontale, idrocefalo normoteso, demenza, lesioni del midollo spinale e sclerosi multipla.

Classificazione Clinica

Incontinenza da sforzo o stress: La IU da sforzo viene definita come una perdita di urina coincidente con un aumento della pressione intra-addominale (tossire, starnutare, ridere, scaricarsi), in assenza di una contrazione del muscolo pubovesiciale o di una vescica sovradilatata.

quantitativamente modesta

Classificazione Clinica

Cause più frequenti di IU da sforzo o stress:

- Ipermobilità uretrale nelle donne , o significativo *spostamento dell'uretra e del collo della vescica* durante uno sforzo quando si alza la pressione addominale.
 - Insufficienza dello sfintere uretrale intrinseco:
 - *debolezza congenita* dello sfintere in pazienti con mielomeningocele, epispadia, denervazione pelvica;
 - *acquisita* dopo prostatectomia, trauma, terapia da irradiazione, o lesione della corda sacrale.
-

Classificazione Clinica

Incontinenza mista: Non è insolito per i pazienti essere affetti sia da incontinenza da urgenza che da sforzo. Quando sono presenti entrambe i sintomi, l'incontinenza è chiamata IU mista. L'IU mista è comune nelle donne, specialmente quelle più anziane.

Spesso, tuttavia, la manifestazione di una delle due forme di incontinenza è più insidiosa dell'altra ed è legata alla soggettività del paziente. E' importante identificare il sintomo più fastidioso per poter centrare gli interventi diagnostici e terapeutici più adeguati.

Classificazione Clinica

Incontinenza da sovrariempimento: La perdita involontaria di urina associata a sovradilatazione della vescica viene definita incontinenza da sovrariempimento, e tipicamente si manifesta con un gocciolamento frequente o costante (iscuria paradossa), o con sintomi di incontinenza da urgenza o da sforzo.

Classificazione Clinica

Cause IU da sovrariempimento:

- Scarsa o assente attività del muscolo pubovesicale

-farmaci

-neuropatia da diabete

-lesione della corda spinale inferiore

-chirurgia pelvica radicale

- Ostruzione uretrale

-Uomini: iperplasia prostatica e, meno frequentemente, da carcinoma prostatico o stenosi uretrale.

-Donne: complicazione chirurgica, grave prolasso dell'organo pelvico.

Classificazione Clinica

Incontinenza funzionale: La perdita di urina può essere causata da fattori che esulano dalla compromissione del tratto urinario inferiore come:

- Deficit cognitivo;
- Deficit funzionale

Diagnosi per esclusione (vanno comunque escluse prima tutte le altre cause di IU)



Incontinenza Fecale

Definizione

L'incontinenza fecale (IF) è usualmente definita come involontario o inappropriato passaggio di feci e gas e può presentarsi come perdita passiva o conseguente all'impellente bisogno di defecare (urgenza).

L'IF è un segno o un sintomo, non una diagnosi, pertanto devono essere ricercate le cause che l'hanno determinato.

Epidemiologia

Revisione della letteratura: (Kamm, BMJ 1998)

- prevalenza del **2% nella popolazione adulta** (episodi di incontinenza giornalieri o settimanali)
- prevalenza è del **7%** tra le persone con età superiore a **65 anni**, autosufficienti.

Studi epidemiologici:

- prevalenza di IF compresa fra **l'1 e il 10% tra gli adulti**
(NICE guidelines, 2007)
 - studio con 1000 partecipanti con una età **media di 75** anni: prevalenza IF equivale al **12%** (12,4% negli uomini e 11.6% nelle donne). (Goode, JAGS 2005)
-

Epidemiologia

Tra i residenti delle **Case di Riposo** la prevalenza varia dal **20% al 54%**.

(Chassagne, Am J Med 1999; Chiang et al., JAGS 2000; Bosshard et al., Drugs Aging 2004; Wald, Drugs Aging 2005)

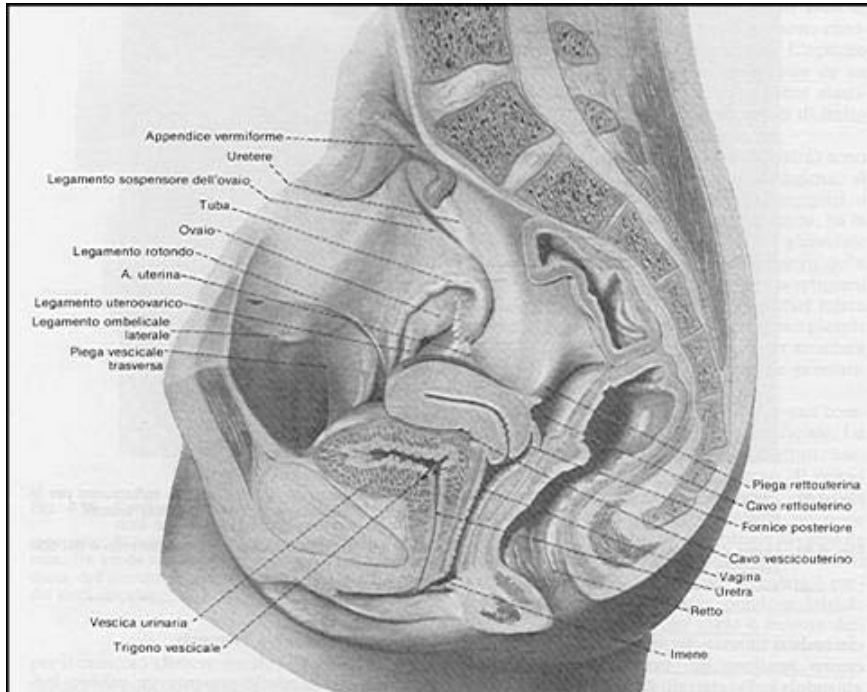
Il sesso femminile è maggiormente predisposto rispetto a quello maschile, e la costipazione è un problema comune durante la gravidanza, dopo il parto e dopo un intervento chirurgico. (Rehabilitation Nursing Foundation, 2002)

I costi dell'incontinenza

Per comprensibili ragioni il problema è **largamente nascosto**: molti pazienti trovano imbarazzante e vergognoso ammettere di soffrire di incontinenza ai curanti, e spesso anche a familiari e amici. È anche per questo motivo che i costi **economi e sociali non sono facilmente quantificabili**

(Bellicini, Dig Dis Sci 2008; NICE guidelines, 2007).

La letteratura dimostra come l'impatto dell'IF sui vari aspetti della vita incida in modo negativo sulla salute fisica e mentale e colpisca gli affetti personali, sociali e lavorativi (nei più giovani) del soggetto.



CENNI ANATOMO- FISIOLOGICI

Cenni anatomo-fisiologici

Continenza: muscolatura pelvica

Lo **sfintere interno**, composto da muscolatura liscia, è responsabile del mantenimento del tono a riposo del canale anale e della prevenzione del passaggio passivo delle feci.

Lo **sfintere esterno**, composto da muscolatura striata, mantiene la continenza durante l'urgenza di defecare o in occasione di aumentata pressione addominale come durante un esercizio.

Il **muscolo puborettale**, forma una fionda (sling) intorno al retto. Questo muscolo crea un angolo tra il retto e la parte superiore dell'ano chiamato angolo anorettale (quando l'angolo è inferiore ai 110 gradi il materiale fecale contenuto nel retto non passa nell'ano).

Cenni anatomo-fisiologici

Defecazione: comincia quando la massa fecale passa nel retto, stimolando gli impulsi sensoriali e causando consapevolezza.

Espansione del retto -> **riflesso inibitorio** -> rilassamento dello sfintere interno e del muscolo puborettale.

Quando è il momento del passaggio delle feci, in situazione appropriata, la pressione nel retto aumenta durante la contrazione dei muscoli dell'addome. (**manovra di valsalva**)

La **pressione esercitata dagli sfinteri diminuisce**, la muscolatura del pavimento pelvico scende, angolo puborettale aumenta.

Classificazione (Norton, 2002)

IF nell'anziano è multifattoriale (a differenza del giovane).
Classificazione sulla base della causa primaria (eziologica) in una
modalità clinicamente significativa:

- 1. Overflow: incontinenza fecale da sovrafflusso (stipsi)**
 - 2. Incontinenza funzionale**
 - 3. Incontinenza fecale associata a demenza**
 - 4. Incontinenza associata ad alvo diarroico:** conseguente ad
abuso di lassativi, intolleranze alimentari, uso di antibiotici e
infezioni gastroenteriche
 - 5. Incontinenza conseguente a comorbidità**
 - 6. Incontinenza conseguente a disfunzioni ano rettali**
-

Classificazione (Norton, 2002)

1. Overflow: incontinenza fecale da sovrafflusso secondaria a stipsi

- 27% dei pazienti in ospedale
- 52% dei soggetti in casa di riposo

Principali cause di stipsi:

- Immobilità
 - effetti secondari da farmaci
 - malattia di Parkinson
 - dieta povera di fibre
 - scarsa idratazione.
-

Classificazione (Norton, 2002)

2. Incontinenza funzionale

La prevalenza dipende dal grado di dipendenza funzionale e dalla scala di valutazione di disabilità usata.

L'incontinenza fecale funzionale si verifica nei soggetti che non sono in grado di accedere al bagno in tempo per difficoltà nella mobilità, nella destrezza, o nella visione.

3. Incontineza fecale associata a demenza

46% dei soggetti con IF in RSA

I pazienti con demenza avanzata possono avere una disibinizione neurologica del retto, con una tendenza a svuotare l'ampolla rettale una volta o due volte al giorno in conseguenza ai movimenti peristaltici.

Classificazione (Norton, 2002)

4. Incontinenza associata ad alvo diarroico

Le feci liquide aumentano il rischio di incontinenza fecale negli anziani normalmente continenti (44% dei pazienti in RSA).

Le più frequenti cause reversibili di feci liquide sono:

- Abuso di **lassativi** (oltre 30% della popolazione geriatrica)
- intolleranza al **lattosio** (50% degli ultra-60enni)
- diarrea conseguente all'utilizzo di farmaci **antibiotici**
- **infezioni gastroenteriche**.

5. Incontinenza conseguente a comorbilità

Patologie causa di incontinenza fecale:

- stroke** (40% dei soggetti con stroke recente, 10% a 6 mesi),
 - diabete mellito**
 - disfunzioni nell'**innervazione sacrale**.
-

Classificazione (Norton, 2002)

6. Incontinenza conseguente a disfunzioni ano rettali

riscontrato nel 34% delle donne ultra65enni con IF

La disfunzione correlata all'età dello sfintere anale può contribuire all'aumentata prevalenza di IF negli ultraottantenni.

Vanno distinti i problemi fisiologici da quelli anatomici pregressi:

- Lesioni di tipo **ostetrico**: sono relative alla muscolatura dello sfintere anale.
 - Precedenti interventi **chirurgici anorettali**: emorroidi, polipectomia transrettale, dilatazione anale terapeutica e iniezioni di tossine di botulino possono danneggiare gli sfinteri e i nervi.
 - Lesioni **traumatiche**: fratture pelviche.
 - **Prolasso** rettale: un disordine predominante nelle donne.
-

Grazie
