

L'obiettivo di questa comunicazione è fondamentalmente divulgativo, lo scopo è far conoscere i metodi di valutazione clinica e il trattamento dei disturbi urinari in caso di HSP, cercando così di facilitare il lavoro dei medici di base e fornire indicazioni per i pazienti.

Per questo partiremo da una descrizione dei sintomi secondo i dettami dell'ICS

Sintomi delle basse vie urinarie (LUTS)

1) Sintomi di riempimento vescicale: **a)** Pollachiuria diurna **b)** Pollachiuria notturna: si riferisce alla necessità di urinare più spesso del normale di giorno o di notte **c)** Urgenza minzionale "E' un improvviso ed insistente desiderio di urinare, difficile da procrastinare nel tempo" **d)** Incontinenza urinaria "Ogni perdita involontaria di urina, a sua volta suddivisa in: **1)** Incontinenza urinaria da sforzo: "Perdita involontaria di urina durante uno sforzo fisico, starnutando o tossendo"

2) Incontinenza urinaria da urgenza: "Perdita involontaria di urina accompagnata o immediatamente preceduta da urgenza **3)** Incontinenza urinaria mista: l'insieme delle due precedenti" **4)** Enuresi notturna: "Perdita d'urina durante il sonno" **5)** Incontinenza urinaria continua **6)** I. durante i rapporti sessuali

e) Sensazione vescicale normale, aumentata, ridotta, assente, non specifica

2) Sintomi di svuotamento vescicale **a)** Flusso lento, **b)** splitting o spraying **c)** Flusso intermittente, **d)** Esitazione o attesa minzionale **e)** Impiego del torchio addominale, **f)** Gocciolamento terminale **g)** Sensazione di incompleto svuotamento

3) Sintomi post minzionali Gocciolamento post minzionale "perdita involontaria d'urina immediatamente dopo la fine della minzione, di solito dopo aver lasciato la toilette per gli uomini o dopo essersi alzate dalla toilette per le donne

4) Sintomi post minzionali

5) Sintomi associati con i rapporti sessuali

6) Dolore genitale e delle basse vie urinarie Dolore vescicale; uretrale; vulvare; vaginale; scrotale; perineale pelvico.

Per semplificare la valutazione dei sintomi abbiamo introdotto un questionario che riportiamo in allegato

I Centri Nervosi che intervengono nella regolazione del ciclo minzionale sono: Area corticale frontale, il Tronco encefalico. Il terzo circuito è responsabile della connessione tra nervo pelvico e nucleo del pudendo. Gli assoni sensitivi detrusoriali che lo compongono terminano sui motoneuroni del pudendo, permettendo in tal modo la coordinazione tra contrazione del detrusore e rilasciamento della muscolatura perineale. Il quarto circuito è destinato all'innervazione dei muscoli striati periuretrali, sui quali il nucleo del pudendo esercita un'azione continua di stimolo. Tale stimolo si interrompe solo durante la contrazione del detrusore o il rilasciamento volontario della muscolatura striata perineale. L'innervazione soprasspinale di questo è data da un arco riflesso (vie sensitive nelle colonne posteriori del midollo, e vie motorie lungo il fascio piramidale).

La fase di svuotamento vescicale inizia con l'abolizione dell'inibizione sovramidollare del riflesso parasimpatico minzionale. Dai recettori di tensione detrusoriale il segnale giunge al centro parasimpatico sacrale (S2-S3-S4); tramite i nervi pelvici si ha la stimolazione dei recettori colinergici del detrusore, con conseguente contrazione dello stesso e la contemporanea inibizione dell'attività simpatica e somatica (cui consegue l'apertura del collo vescicale ed il rilasciamento dell'uretra e della muscolatura perineale).

Gli Esami di laboratorio e strumentali sono preceduti dalla visita urologica e sono rappresentati da: **a)** Esame urine e urinocoltura + ABG **b)** Ecografia dell'apparato urinario, **c)** Ecografia perineale funzionale, **d)** Cistouretrografia minzionale, **e)** Endoscopia, **f)** Risonanza magnetica, **g)** Esame urodinamico che consiste in varie prove:

- | | |
|--------------------------------|-------|
| 1) Uroflussometria | UFG |
| 2) Cistometria | CMG |
| 3) Profilo Pressorio Uretrale | UPP |
| 4) Studio Pressione/Flusso | S P/F |
| 5) Elettromiografia sfinterica | EMG |
| 6) Videourodinamica | |

Nostra Casistica:

dal Novembre 2010 al Settembre 2011 sono stati esaminati 20 pazienti 12 maschi e 8 femmine, i risultati in corso di pubblicazione mostrano un'alta incidenza di iperattività detrusoriale, incontinenza da urgenza; sono presenti in alcuni casi segni dissinergia vescico-sfinterica e, nei casi più gravi è presente una ipocontrattilità detrusoriale con conseguente ritenzione urinaria cronica. I controlli dopo un anno di trattamento con antimuscarinici mostrano un netto miglioramento della sintomatologia da urgenza con riduzione della frequenza urinaria.

Terapia

- 1) Medica
- 2) Rieducazione neuromotoria Chinesiterapia, Biofeedback
- 3) Stimolazione elettrica funzionale

- 4) Cateterismo intermittente pulito
- 5) Chirurgica

1) Terapia medica Urologica dell'HSP si utilizzano:

- A) Farmaci che agiscono facilitando il riempimento:**
antimuscarinici: Tolterodina 2-4 mg Fesoterodina 4-8mg Trospium cl. 20-60 mg Solifenacin 5-10 mg Propiverina
- B) Farmaci che agiscono facilitando lo svuotamento vescicale :** Alfa litici Alfuzosin 2,5 10 mg Doxazosin 2-4 mg Terazosin 2-5 mg Tamsulosin 0,4 mg ; Miorilassanti : Baclofen 10-80mg/die
- c) Farmaci per il trattamento delle infezioni urinarie**
- C) Antibiotici a dosi e periodi adeguati** Associazione di Estratti del mirtillo rosso + metionina (acidificante urinario fisiologico) per periodi prolungati

2) Rieducazione neuromotoria Chinesiterapia Biofeedback Esercizi di riabilitazione del pavimento pelvico
Il rafforzamento della muscolatura striata è ottenuto attraverso ripetuti esercizi attivi e passivi in pazienti ben motivati. Stabilire da parte delle pazienti la consapevolezza e la funzione dei gruppi muscolari (corticalizzazione) ed eliminare l'inversione di comando.
Eventualmente associare il Biofeedback

3) Stimolazione elettrica funzionale : Stimola i nervi sacrali autonomi e somatici, promuove la continenza mediante due modalità: Contrazione dello sfintere e/o dei mm. del pavimento pelvico Inibizione riflessa del m. detrusore
Nuovi metodi di elettrostimolazione
Elettrostimolazione transcutanea a livello del tibiale posteriore S1 per l'instabilità detrusoriale (SANS=stoller afferent nerve stimulation)
Stimolazione magnetica pelvica per l'incontinenza da urgenza e da stress
Riabilitazione pelviperineale attraverso esercizi

4) Cateterismo Intermittente Pulito (Clean Intermittent Catheterization) CIC: Autocateterismo intermittente eseguito dal paziente in modo autonomo, si utilizzano cateteri monouso prelubrificati o autolubrificanti rivestiti da polivinilpirrolidone, sostanza che a contatto con l'acqua diventa scivolosa .
Scopo del CIC è : migliorare la qualità della vita consentendo di programmare lo svuotamento vescicale
Ridare dignità alle persone consentendo al paziente di rimanere asciutto
Salvaguardare l'integrità dell'apparato urinario, impedendo cioè che la vescica raggiunga pressioni elevate e quindi mettendo a riparo la giunzione ureterovesicale da un eventuale reflusso di urine verso il rene.

5) Il trattamento chirurgico è da riservarsi solo ai casi in cui sia necessaria una correzione (es. TVT-O nei casi di incontinenza urinaria femminile da ipermotilità uretrale, TURP o altro nei casi di concomitante ipertrofia prostatica).
Dott. Francesco Guillot