



Università
degli Studi di Siena



Azienda Ospedaliera
Universitaria senese

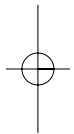
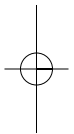


Vincere
l'incontinenza
urinaria
femminile

**OGGI
È POSSIBILE**



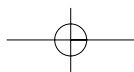
POLICLINICO "LE SCOTTE" - SIENA
CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA



Ideazione grafica e impaginazione
Ufficio Comunicazione online
Università degli Studi di Siena
K. Bifani, P. Caroni

Vignette
Emilio Giannelli

Finito di stampare nel mese di aprile 2009



**VINCERE L'INCONTINENZA
URINARIA FEMMINILE
È OGGI POSSIBILE**

DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA, OSTETRICIA E MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE

Sezione di Clinica Ostetrica e Ginecologica

Direttore: Prof. Felice Petraglia

A cura di:

Anna Bernabei

Ambulatorio di Urologia Ginecologica e Urodinamica

Università degli Studi di Siena

PAG. INDICE

5 L'INCONTINENZA URINARIA: UN PROBLEMA LARGAMENTE DIFFUSO

L'incontinenza urinaria è un inconveniente molto diffuso, il più delle volte, tenuto nascosto e vissuto con rassegnazione e perfino vergogna.

6 UN DISTURBO DALLE SVARIATE SFACCETTATURE

Ci sono diverse forme di incontinenza urinaria che si distinguono per modalità di manifestazione, cause e terapie. Le forme più comuni sono quella da "sforzo" e quella da "urgenza".

8 RIPERCUSSIONI SULLA QUALITÀ DELLA VITA

Il problema della incontinenza urinaria mina la qualità di vita di chi ne soffre, su diversi fronti: il sociale, lo psicologico, il privato, il lavorativo, il sessuale e il fisico.

10 IL PRIMO PASSO

È un grave errore tenere nascosto il problema. Il primo passo da fare è quindi quello di parlare con il proprio medico, al comparire dei primi sintomi.

12 L'AMBULATORIO DI UROLOGIA GINECOLOGICA E URODINAMICA

L'ambulatorio offre alla paziente una serie di accertamenti specifici mirati alla corretta diagnosi del caso.

16 VARI TRATTAMENTI PER VARI TIPI DI INCONTINENZA

Dalla terapia medica, alla terapia riabilitativa, alla terapia chirurgica: sono vari i trattamenti possibili per le diverse forme di incontinenza urinaria. E non dimentichiamo la prevenzione da effettuare, soprattutto con le donne gravide e le puerpere.

22 ALTRE FREQUENTI PATOLOGIE

Presso l'Ambulatorio di Urologia-Ginecologica vengono trattate anche altre patologie femminili molto frequenti e debilitanti come le cistiti croniche e il dolore pelvico cronico.

Gentile Signora,

Presso il Policlinico di Siena, nel Dipartimento di Pediatria, Ostetricia e Medicina della riproduzione, ormai da dodici anni è in funzione l'ambulatorio di Urologia Ginecologica e Urodinamica che si occupa di problematiche femminili oggi purtroppo molto frequenti e al tempo stesso molto fastidiose: il prolasso genitale, l'incontinenza urinaria, le cistiti, il dolore pelvico e le vulvodinie.

L'obbiettivo di questo ambulatorio è di rendere più facile, alle donne che ne sono affette, esternare il loro problema, inquadrare con precisione il tipo di patologia e intraprendere il corretto iter terapeutico.

Prof. Felice Petraglia
Clinica Ostetrica e Ginecologica
Direttore

Prof.ssa Anna Bernabei
Clinica Ostetrica e Ginecologica
Responsabile dell'ambulatorio
Urologia Ginecologica



E' NATURALE!
L'ETA' COMINCIA
A FAR ACQUA





MARIA: 44 anni, buono stato di salute generale; non ha mai subito interventi chirurgici; non assume farmaci; ha un apparato genitale in ordine, alle varie visite ginecologiche effettuate regolarmente. Da due anni per lei la affligge un problema che le sta condizionando la vita in maniera sempre più accentuata: la necessità di andare in bagno parecchie volte al giorno, e talvolta anche di notte. Ultimamente, poi, si è aggiunta anche la necessità di "correre" in bagno, dovendo sospendere all'improvviso ciò che sta facendo, pena la perdita di pipì. Quante volte le è capitato di rientrare a casa e, non trovando subito le chiavi è stata assalita da un bisogno impellente-urgente che non è riuscita a trattenere! Tutto ciò l'ha indotta persino a evitare gite con gli amici per timore di quelle "corse" alla ricerca di una toilette.

FRANCESCA: 52 anni, due figli, da circa cinque anni è afflitta da un problema sempre più diffuso: quello di perdere urina, in maniera più o meno accentuata, quando solleva la cesta dei panni del bucato, o quando corre dietro ai nipotini, o quando tossisce. Questo è il suo segreto nascosto: non ha il coraggio di raccontarlo a nessuno perché pensa che sia una cosa normale dovuta all'età, e che deve solo essere tollerata.



Un problema diffuso

L'incontinenza urinaria (IU), cioè la perdita involontaria di urina, è una malattia di vasta portata che affligge circa tre milioni di italiani con una maggiore incidenza nella popolazione femminile. Ma questa stima è sicuramente solo la punta di un iceberg, di cui la parte maggiore è quella sommersa. Molte donne, infatti, nascondono questo problema e non ne parlano con il loro medico, credendo che il disturbo sia una ineluttabile conseguenza del trascorrere degli anni e quindi non trattabile; altre donne ritengono che non esistano rimedi e perciò lo affrontano con rassegnazione e con tecniche "fai-da-te", o, altre ancora, per imbarazzo e vergogna, cercano di sopportarlo piuttosto di subire l'umiliazione di confessarlo a qualcuno, anche se questo qualcuno è il proprio medico di famiglia o addirittura il proprio ginecologo. Inoltre, spesso gli operatori del settore riescono a far emergere il problema solo dopo una anamnesi accurata ed effettuata con esperienza e tatto. Non è raro infatti, avere una risposta negativa alla domanda diretta " Signora perde mai urina?" Mentre, invece, domande indirette sapute fare con discrezione ottengono di solito una risposta affermativa nella stessa paziente. Se si valuta poi, tra gli incontinenti, il lasso di tempo tra la comparsa dei disturbi e la decisione di consultare un medico, la cifra risultante si calcola in anni. Questo ci fa capire quanto la patologia sia diffusa ma anche quanto essa sia nascosta. L'incontinenza urinaria è gestibile e trattabile, secondo gli specialisti nella maggior parte dei casi. Pertanto il problema non va vissuto con atteggiamento colpevole, quasi fosse un peccato che si fa fatica a confessare. Il vero peccato è rifiutarsi di porvi rimedio.



Un disturbo dalle svariate sfaccettature

Come abbiamo già detto per incontinenza urinaria si intende una perdita di urina involontaria, di entità variabile da una piccola goccia ad una minzione completa o quasi, che si può manifestare essenzialmente sotto due forme: l'Incontinenza Urinaria da Stress o da Sforzo o IUS e l'Incontinenza Urinaria da Urgenza o IU urge.

La IUS è la perdita di urina che si verifica a seguito di uno sforzo fisico, come tossire, starnutire, correre, saltare, sollevare pesi, cambiare posizione, senza essere mai accompagnato dal bisogno di urinare. Ovviamente, tanto maggiore è la perdita allo sforzo, e tanto minore è l'entità dello stesso, quanto maggiore sarà la gravità della IUS. Al momento dello sforzo fisico si crea un aumento di pressione nell'addome e nella vescica che, superando la resistenza nell'uretra, permette la fuga di urina.

Questa forma di IU si può verificare ogni volta che ci sia un deficit nella capacità di chiusura uretrale dovuta ad alterazione della componente connettivale o muscolare dei tessuti che circondano e sostengono l'uretra. La IUS si riscontra più frequentemente nelle donne che hanno subito traumi ostetrici al parto, che svolgono attività lavorative sempre in piedi o molto faticose, e che soffrono di stitichezza cronica o di tosse cronica.

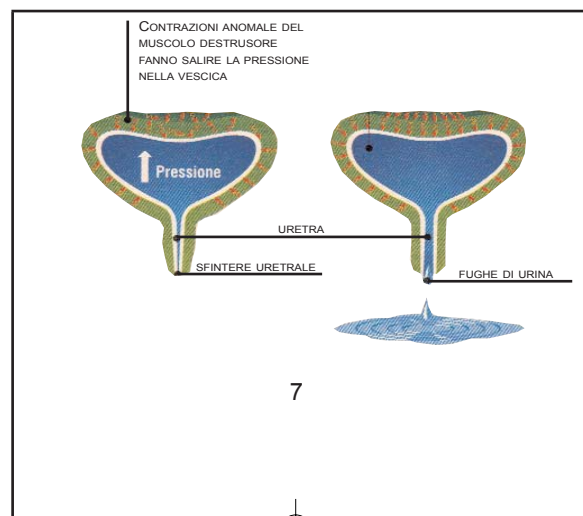
L'incontinenza urinaria da urgenza è invece sempre accompagnata dal bisogno di urinare: anzi, si tratta sempre di un bisogno che insorge improvvisamente, anche a vescica semivuota, impellente, impossibile da controllare, che costringe la paziente a correre alla ricerca di un bagno. Talvolta il disturbo è rappresentato soltanto dall'aumento della frequenza (quando l'atto minzionale si verifica più di 8 volte al



giorno e più di 2 per notte) e urgenza minzionali (quando la necessità di urinare sopraggiunge in maniera repentina e improvvisa); altre volte, invece, oltre a questo si aggiunge anche l'incapacità di trattenere l'urina con una vera e propria incontinenza d'urgenza. Lo stimolo è dovuto all'insorgere improvviso di contrazioni spasmodiche del muscolo detrusore che costituisce la parete della vescica. Queste contrazioni incontrollabili provocano all'interno della vescica un aumento della pressione che superando quella uretrale permette la fuga di urina.

Talvolta, queste contrazioni capricciose sono una conseguenza di una infezione vescicale, di un calcolo, o di altro ancora: cause che, una volta scoperte possono essere adeguatamente eliminate.

Altre volte, invece la causa non è identificabile e in questo caso si può solo fare una terapia sintomatica, cioè volta alla sola eliminazione del sintomo e non della causa. Ci sono poi anche donne (dal 33% al 55%) che soffrono contemporaneamente di entrambe le forme di IU: si parla allora di IU mista.



Ripercussioni sulla qualità della vita

L'IU compromette le più semplici attività quotidiane e ha ripercussioni su tutti i versanti dell'esistenza, da quello sociale a quello psicologico, lavorativo, privato, fisico e sessuale.

BEI TEMPI QUANDO
SI ANDAVA A BALLARE
E SI FACEVA LE ORE
PICCOLE

ORA NON SI BALLA PIÙ
E SI FANNO LE URINE



FRONTE SOCIALE

La paziente si allontana dagli altri, evita le occasioni di incontro e dirada i rapporti con gli amici; evita le uscite troppo lunghe e le gite; fa una accurata mappatura delle toilettes del quartiere.

FRONTE PRIVATO

I lavori domestici vengono svolti con minor cura, le relazioni con i familiari si fanno critiche; la paziente riadatta il letto alle proprie esigenze, tende a utilizzare abiti larghi e scuri facili da "abbassare"; l'igiene diventa maniacale e cos  anche l'uso di deodoranti e profumi.

FRONTE PSICOLOGICO

L'autostima si riduce; insorge la sensazione di non essere pi  padroni del proprio corpo, di invecchiamento e degenerazione della integrit  fisica; il disagio porta al disinteresse verso se stessi fino ad una vera e propria depressione.

FRONTE FISICO

Le attivit  ginniche vengono ridotte; l'assunzione di liquidi viene limitata per diminuire la produzione di urine; si va spesso in bagno per evitare le perdite. L'anziano viene spesso rifiutato dalle case di riposo perch  non autosufficiente.

FRONTE LAVORATIVO

Il lavoro ne risente per le sempre pi  frequenti assenze.

FRONTE SESSUALE

I rapporti sessuali vengono ridotti, o addirittura aboliti, per vergogna, con ripercussione sul rapporto di coppia.

Dalla tabella si pu  ricavare come la qualit  della vita della paziente viene ad essere notevolmente peggiorata.



Il primo passo

Il problema IU è un **tabù**: difficile da accettare; difficile da digerire, ancora più difficile da riferire a chicchessia. Anche se si fa fatica a credere che le persone direttamente interessate preferiscano tenersi il problema piuttosto che riferirlo al proprio medico, a questo riguardo le statistiche ci dicono che solo il 38,5% delle donne consulta il medico. Si deve invece sapere che il problema della IUS può essere risolto nell'80-85% dei casi con adeguati esercizi muscolari tesi a rinforzare il pavimento pelvico e interventi chirurgici sempre meno invasivi; e che di vescica iperattiva oggi si può guarire con l'aiuto di specifici farmaci. Dunque, il primo passo da fare è uscire allo scoperto, rivolgendosi al medico di famiglia. Il colloquio che questo riesce ad avere con le sue pazienti e l'accurata ricostruzione della loro storia clinica sono fondamentali per una corretta valutazione dell'incontinenza urinaria.

Semplici analisi dell'urina consentono al medico di scartare alcune patologie più banali, come le infezioni e i calcoli delle vie urinarie, che possono comunque generare nella paziente il bisogno impellente di urinare. In questi casi, sarà lo stesso medico di famiglia a risolvere il problema. Nei casi più complessi, e in cui si rendono necessari esami specialistici, il medico potrà indirizzare le pazienti verso il nostro centro. Semplici questionari possono poi aiutare il medico nella valutazione iniziale.



L'ambulatorio di urologia ginecologica: la diagnosi

Per determinare la terapia adatta lo specialista deve effettuare una diagnosi accurata del problema che affligge la paziente. Per fare questo, egli sottoporrà la donna ad una visita uro-ginecologica seguita da vari test, eseguiti nello stesso contesto, e mirati a valutare:

- la presenza, o meno, di un prolasso genitale (vescica, utero e retto) e l'eventuale suo grado;
 - la presenza, o meno, di ipermobilità uretrale, con il **Q TIP TEST**;
 - la presenza, o meno, di perdita di urina sotto sforzo, **STRESS TEST**;
 - il tono della muscolatura del pavimento pelvico, **PC TEST**.
- Potrà essere effettuato contemporaneamente un **PAD-TEST** o test del pannolino per quantificare la perdita di urina nelle pazienti che manifestano una evidente incontinenza urinaria. La paziente deve indossare per un'ora un pannolone di cui si è provveduto in precedenza a misurare il peso. Durante il tempo del test la paziente deve bere 1 l. di acqua e poi eseguire una serie di attività fisiche ben precise: camminare, alzarsi e sedersi, tossire, chinarsi, lavarsi le mani con l'acqua fredda ecc. Alla fine dell'ora, il pannolone viene pesato di nuovo: se ha guadagnato più di un grammo il test è positivo.
- Inoltre potrà essere richiesto alla paziente di riempire un **DIARIO MINZIONALE**: la paziente non deve fare altro che annotare per una settimana l'ora di ogni minzione spontanea e l'ora in cui si sono verificate le perdite involontarie di urina. Si tratta di un documento utile per inquadrare meglio la natura e la gravità del problema.



MAL COMUNE



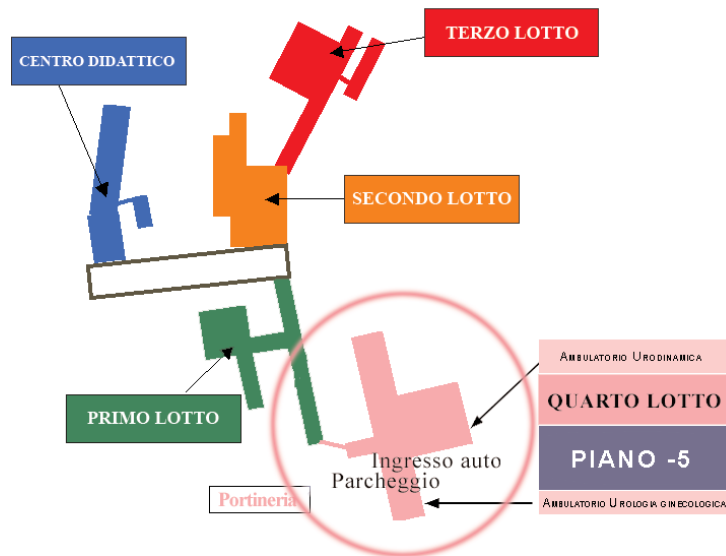
L'ambulatorio di urologia ginecologica/urodinamica: esami strumentali

Spesso sono poi necessari altri esami specialistici:

- **ECOGRAFIA**, effettuata presso l'Ambulatorio di Urologia Ginecologica, che valuta la morfologia della vescica, dell'utero e delle ovaie.
- **ESAME URODINAMICO** effettuato presso l'Ambulatorio di Urodinamica, consta di:
 - **UROFLUSSOMETRIA**: fornisce una valutazione del flusso urinario durante la minzione;
 - **CISTOMANOMETRIA**: registra la pressione all'interno della vescica in vari momenti del suo riempimento e svuotamento e permette di evidenziare contrazioni anomale del detrusore e la presenza di fughe di urina;
 - **PROFILO PRESSORIO URETRALE**: misura la tenuta dello sfintere uretrale e può quindi essere utile per individuare l'incontinenza urinaria da sforzo;
- **CISTOSCOPIA**: eseguita in Urologia; vescica e uretra vengono ispezionati nel loro interno con uno strumento apposito, cioè il cistoscopio.
- **CISTOURETROGRAFIA**: effettuato in Radiologia; un nome lungo e difficile per indicare un esame radiografico che, grazie all'introduzione nella vescica di un mezzo di contrasto, permette di studiare la morfologia e la posizione di quest'organo.

Possano poi essere richieste altre visite specialistiche come:

- **VISITA COLONPROCTOLOGICA**: nel caso in cui fossero presenti anche problemi di tipo evacuativo come stipsi o incontinenza fecale, oppure prolasso rettale o emorroidi;
- **VISITA NEUROLOGICA**: nel caso in cui fossero concomitanti altre patologie di tipo neurologico o alterazioni della sensibilità perineale.



L'ambulatorio di Urologia Ginecologica è il numero 6 situato nel IV lotto al piano -5S del Policlinico "Le Scotte". L'ambulatorio di Urodinamica è situato sempre al IV lotto al piano -5S nel corridoio pediatrico. Coloro che giungono dall'interno dell'ospedale possono seguire la LINEA GIALLA per terra: questa conduce direttamente al IV lotto; una volta arrivati si scende al piano 5S. Coloro che invece giungono dall'esterno possono utilizzare la navetta gratuita e scendere alla fermata del IV lotto: ci si trova proprio di fronte all'ingresso del piano 5S. Per gli appuntamenti telefonare al tel. **0577-586603** dal lunedì al venerdì dalle ore 11 alle ore 13.30.

Vari trattamenti per vari tipi di incontinenza

Dopo aver formulato la giusta diagnosi, si può compilare una terapia, partendo da quella più semplice e meno invasiva a quella più complessa.

PANNOLONI ANTI INCONTINENZA

Rappresentano la risposta più semplice al problema. L'offerta da parte dell'industria sanitaria è molto vasta: diversi tipi di pannoloni, cuscini per sedie muniti di una pellicola idrorepellente, biancheria intima resistente al bagnamento, lenzuola idroresistenti. Questi articoli sono di uso semplice e possono consentire alla paziente di gestire le fughe di urina con facilità; ma se usati in modo non corretto e, non vengono sostituiti con una certa frequenza, potrebbero causare irritazioni e infezioni. Si ricorda comunque che si tratta di misure temporanee che non risolvono il problema.

RIEDUCAZIONE VESCICALE

Con questa metodica si cerca di insegnare alla paziente come far fronte all'impellente bisogno di urinare in modo da aumentare piano piano l'intervallo minzionale ed aumentare la capacità vescicale. E' una tattica indicata soprattutto nei casi di vescica iperattiva. In parole povere, si invita la paziente ad andare in bagno a cadenze prefissate in modo da raggiungere intervalli non inferiori alle due-tre ore. La rieducazione vescicale prevede una forte partecipazione psicologica da parte della donna tale da saper imporsi un cambiamento comportamentale.

GINNASTICA DEL PAVIMENTO PELVICO

La riabilitazione del pavimento pelvico consiste nel rafforzare la muscolatura e viene utilizzata nel trattamento della incontinenza urinaria da sforzo lieve o moderata. Il rinforzo di questa muscolatura determina la creazione di un solido punto di appoggio per la vescica, l'uretra, l'utero e il retto, evitando un loro scivolamento verso il basso durante uno sforzo fisico e una migliore tenuta dello sfintere uretrale: il risultato è il ripristino della capacità di tenuta, e quindi l'assenza di fuga di urina.

Questa ginnastica deve essere effettuata, almeno nelle fasi iniziali, con l'aiuto di una fisioterapista che stabilisce il tipo di riabilitazione e che insegna alla paziente i movimenti utili da fare e quelli assolutamente da evitare.

Ci sono diverse metodiche per il rinforzo muscolare:

- l'elettrostimolazione EST che, mediante una sonda vaginale che eroga corrente elettrica, stimola il muscolo e ne induce una contrazione "passiva"; questo tipo di riabilitazione viene utilizzato ogni volta che la paziente non è in grado di effettuare da sola nessuna contrazione per grave ipotonia o non ha addirittura la percezione dell'esistenza di quel muscolo.
- bio feed-back: qui viene utilizzata, sempre con l'aiuto di una fisioterapista, una sonda vaginale su cui la paziente esegue contrazioni "attive", la cui intensità viene registrata e analizzata da un computer. La paziente, osservando il monitor, può verificare il buon andamento dei suoi esercizi ed avere una facilitazione nell'apprendimento.

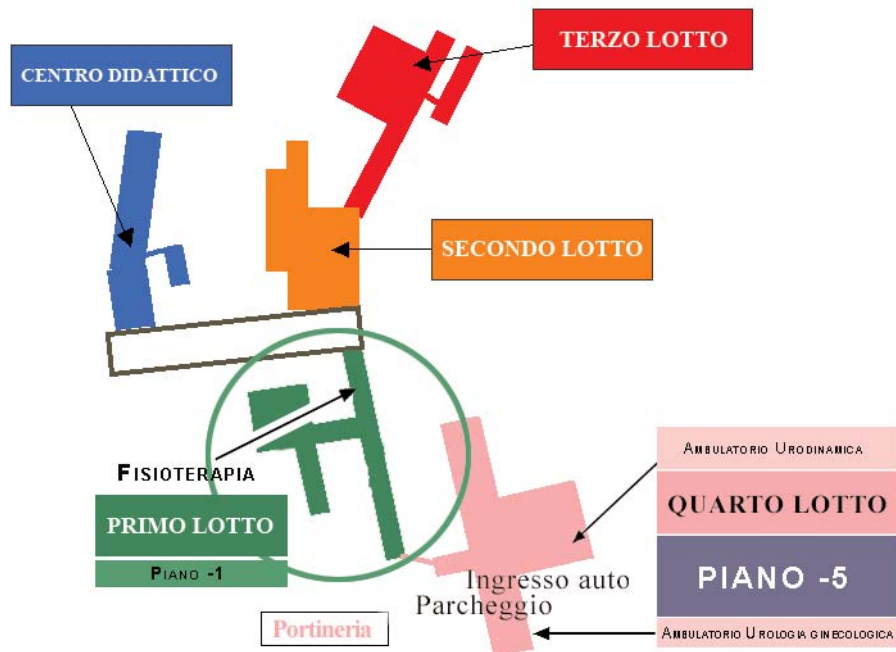
□ Chinesiterapia: in questo caso saranno le mani della fisioterapista ad indirizzare la paziente ad effettuare le contrazioni nel modo giusto.

La buona riuscita della fisioterapia si basa soprattutto sulla continua collaborazione da parte della paziente che è invitata ad eseguire a casa gli stessi esercizi che ha imparato nel centro di riabilitazione. Una volta poi ottenuto un buon tono muscolare, e soprattutto una buona tenuta della muscolatura è importante raggiungere l'automatismo: cioè la capacità di contrarre quasi inconsciamente questa muscolatura durante le varie attività quotidiane, nei momenti di sforzi fisici. La riabilitazione oltre ad avere una riconosciuta validità terapeutica, viene anche utilizzata a scopo preventivo:

1) **nel post-partum** poiché la gravidanza e il parto sono le cause più frequenti ed importanti dello sfianamento della muscolatura, una corretta ginnastica del pavimento pelvico due mesi dopo il parto, ha la finalità di ripristinare una muscolatura anatomicamente e funzionalmente corretta. In questa ottica, è sconsigliato, almeno inizialmente, un rinforzo degli addominali che determinano una spinta verso il basso, cioè verso un perineo che ancora non può esercitare una controspinta verso l'alto.

2) nel **post-operatorio**: alle pazienti che sono state operate per un problema di prolasso genitale con o senza incontinenza urinaria, si consiglia di rinforzare il pavimento pelvico per avere un miglior risultato dell'intervento e soprattutto per ridurre il pericolo delle recidive.

Questa riabilitazione viene effettuata da personale specializzato al Centro di Fisioterapia localizzato al piano 1S del I lotto



La riabilitazione viene effettuata da personale specializzato al centro di Fisioterapia localizzato al I lotto piano 1S

TERAPIA FARMACOLOGICA

Un trattamento farmacologico pu  essere consigliato soprattutto nelle forme di vescica iperattiva. Le contrazioni della muscolatura vescicale che si verificano normalmente durante la minzione, e quelle anomale che provocano l'incontinenza d'urgenza, sono dovute all'attivita di recettori nervosi chiamati recettori muscarinici. Quindi, i farmaci anti-muscarinici che bloccano questi tipi di recettori sono in grado di controllare le contrazioni vescicali anomale, di ridurre l'entita degli spasmi del detrusore, mitigando cos  il bisogno imperioso di mingere e aumentando la capacit  vescicale in una buona percentuale di pazienti. Si conoscono diverse molecole antispastiche: ossibutinina, iosciamina e tropio.

I recettori muscarinici si trovano per  anche nelle ghiandole salivari e intestinali e quindi spesso i farmaci suddetti possono bloccare anche la produzione della saliva e la motilit  intestinale: secchezza delle fauci e stipsi possono essere perci  effetti collaterali.

Recentemente sono state introdotte nuove molecole come la **tolterodina** e la **solifenacina** che hanno una maggiore selettivit  per i recettori vescicali e quindi provocano minori effetti collaterali.

Ci sono poi anche farmaci che possono essere utilizzati con una qualche efficacia nella incontinenza urinaria da sforzo. Si tratta di ormoni ad attivita estrogenica che, usati localmente in vagina possono aumentare lo spessore della parete dell'uretra, facilitandone cos  la chiusura.

TERAPIA CHIRURGICA

Nel caso in cui i presidi terapeutici prima esposti non risolvano il problema, la parola passa alla chirurgia nel caso per il solo di IUS. Anche in questo settore, ci sono svariati tipi di soluzione.

□ **Mini-sling:** si tratta di interventi chirurgici mini-invasivi, eseguiti in anestesia spinale o generale o locale che richiedono un breve ricovero in ospedale. Consistono nella applicazione di una benderella in materiale non assorbibile sotto l'uretra a mo' di amaca. Gli interventi risultano duraturi nel tempo e inducono una guarigione in circa il 90% dei casi.

□ **Colposospensione:** il suo scopo è sollevare il collo vescicale e l'uretra, issando la parete anteriore della vagina e ancorandola a tessuto legamentoso resistente che si trova al di dietro dell'osso pubico. Questo intervento può essere effettuato per via laparotomica oppure anche per via laparoscopica.

□ **Iniezioni parauretrali:** nel caso di IUS di III tipo, cioè da disfunzione dello sfintere uretrale, si possono praticare, in anestesia locale e in regime ambulatoriale, per via cistoscopica, tre iniezioni di materiale inerte (collagene, grasso autologo ecc). Questo crea dei rigonfiamenti che riducono il lume dell'uretra aumentandone la pressione di chiusura e quindi migliorando la sua capacità di tenuta. Il materiale utilizzato, col tempo, può essere riassorbito; pertanto, l'efficacia dell'intervento si può affievolire e può rendersi necessaria una ripetizione. Sono per il allo studio altri materiali inerti che rimangano stabili nel tempo.





Altri frequenti problemi di ordine uro-ginecologico

CISTITI ACUTE E CRONICHE

La cistite è una infiammazione della vescica molto frequente nella donna.

Le forme acute, a rapida insorgenza, si possono manifestare con sintomi tipici come aumento della frequenza minzionale, bruciore e dolore alla minzione, tenesmo vescicale, febbre, ematuria (sangue nelle urine) e piuria (pus nelle urine). In questi casi l'esame delle urine e l'urinocoltura permettono di fare una giusta diagnosi, di identificare il germe responsabile e quindi di poter effettuare una terapia antibiotica adeguata.

Le forme croniche, in genere evoluzione delle forme acute, si manifestano con sintomi più attenuati rispetto alle acute, ma soprattutto con dolore minzionale marcato e inoltre tendono a ripetersi nel tempo.

Ci sono *cistiti batteriche* che sono dovute alla risalita di germi dall'esterno, per esempio a seguito di vaginiti; oppure per migrazione interna di germi dall'intestino in caso di coliti; ma anche in presenza di prolasso vescicale e ristagno post-minzionale, per facile proliferazione batterica.

Ci sono anche *cistiti non batteriche*: in menopausa, per carenza ormonale e conseguente secchezza delle mucose, è estremamente facile la comparsa di irritazione vescicale che si manifesta con gli stessi sintomi della cistite batterica.

Una rara forma di infiammazione vescicale cronica è la *cistite interstiziale*: a eziologia sconosciuta, è una malattia estremamente debilitante e ingravescente, caratterizzata da dolore sovrapubico, tenesmo vescicale, aumento della frequenza minzionale che può arrivare fino a 40-50 volte al giorno e 20-30 volte a notte. La diagnosi viene fatta con cisto-



scopia in anestesia generale e biopsia della mucosa vescicale. Non esiste purtroppo una terapia specifica. Le uniche cure sono palliative e individuali e comprendono trattamenti orali, instillazioni endovesicali fino alla terapia chirurgica..

DOLORE PERINEALE CRONICO

Il dolore perineale cronico è definito come la presenza di sintomatologia algica a localizzazione pelvica che perdura da oltre sei mesi. Tale sindrome dolorosa rappresenta uno dei più frequenti problemi della pratica ginecologica ed interessa all'incirca il 15-20% delle donne in età fertile.

Le algie pelviche rappresentano per la donna un disturbo altamente invalidante, in grado di compromettere gravemente la sua vita sociale e coniugale.

Può avere una origine viscerale o anche muscolare. In molti casi, le cause di dolore pelvico sono complicate da disturbi psico-sessuali, rendendo così estremamente difficoltoso il trattamento.

La valutazione della paziente affetto da dolore pelvico cronico è molto complessa. È importante indagare inizio, durata, eventuali cambiamenti e ciclicità del dolore, come pure tutti quei fattori che lo modificano, come la postura, i pasti, i movimenti peristaltici intestinali, la minzione, le mestruazioni, i rapporti sessuali o l'uso di farmaci. Vanno pure raccolti eventuali sintomi associati come anoressia, stipsi od astenia. Precedenti interventi chirurgici, infezioni pelviche, infertilità o parti travagliati possono essere significativi. Depressione e disturbi del sonno sono comuni nei soggetti con dolore pelvico cronico.

Può essere opportuno richiedere degli esami strumentali come l'ecotografia pelvica e/o la risonanza magnetica. Ciò nonostante, si stima che il 60% dei soggetti affetti da dolore pelvico cronico non abbiano trovato una soddisfacente spiegazione a questo disturbo.

Si potrebbero distinguere cause di dolore perineale organiche (o strutturali), funzionali (o psico-somatiche), psico-fisiologiche e psico-sessuali; in realtà una distinzione netta non è sempre possibile.

Le cause possono essere ginecologiche (endometriosi, PID, sindromi aderenziali pelviche, ecc.), urologiche (infezioni urinarie croniche, instabilità uretrale), intestinali o muscolo-scheletriche. Quando non è reperibile una eziologia organica, è giustificato ricercare una spiegazione di tipo psicologico o psico-somatico al dolore pelvico cronico.

È stato recentemente suggerito da alcuni Autori che il dolore perineale cronico possa riconoscere tra le sue cause pure una sindrome da intrappolamento del nervo pudendo e dei suoi rami; tale patologia sarebbe all'origine di una sintomatologia dolorosa di difficile diagnosi, determinando una elevata percentuale di casi di dolore pelvico cronico idiopatico. Altre volte una alterazione muscolare può essere chiamata in causa: Mialgia tensiva del piano perineale

La muscolatura del piano perineale, quando iperattiva, può essere causa di dolore pelvico cronico. Nella sindrome dell'elevatore dell'ano il dolore è riferito al sacro, al pavimento pelvico, alla zona perirettale, alla vagina, alla regione lombo-sacrale; risultano fastidiose la posizione seduta (anche la posizione supina) e la defecazione.

Il trattamento del dolore pelvico cronico su base "funzionale" deve essere effettuato su vari campi: psicologico, farmacologico, comportamentale e riabilitativo.





Policlinico "Le Scotte"

Viale Bracci - 53100 Siena

Numeri utili

Ambulatorio di Urologia-ginecologica

Tel. 0577/586603

Tel. 0577/586620

Ambulatorio di Urodinamica

Tel. 0577/586507

Reparto di Ginecologia

Tel. 0577/586611

Tel. 0577/586615

Centro di riabilitazione

Tel. 0577/585823

Tel. 0577/585608

Centralino Policlinico Le Scotte

Tel. 0577/585111

Fax 0577/586178

