FlOW-CHART OPERATIVA PER LA INCONTINENZA URINARIA FEMMINILE

Dott. Diego Riva

Classificazione

- Incontinenza da sforzo
- Incontinenza da urgenza minzionale (Vescica iperattiva con incontinenza)
- Forme miste
- Altre: incont. da rigurgito, fistole, comunicazioni anomale, ecc.

Elementi di valutazione

- Anamnesi generale e specifica
- Esame obiettivo specifico
- Diario minzionale
- Esami di laboratorio
- Visualizzazione e quantizzazione perdita
- Accertamenti urodinamici
- Tecniche di imaging
- Qualità di vita e richiesta di terapia

Anamnesi Generale

- Interventi chirurgici e specificatamente ginecologici pregressi
- Patologie in atto (co-morbilità)
- Terapie in atto
- Valutazione globale dello stato psico-fisico (autonomia e livello cognitivo)

Anamnesi specifica

- Storia ostetrica e parità (parti operativi, feti macrosomi)
- Interventi uro-ginecologici
- Pregresse patologie urologiche
- Infezioni urinarie

Anamnesi - Valutazione Sintomi

- Incontinenza durante attività fisica (es. tosse, corsa, sollevare pesi, ecc)
- Incontinenza con urgenza / pollachiuria/ nicturia (Vescica iperattiva)
- Incontinenza con sintomi misti

Altri elementi

- Impatto sulla qualità di vita (attività quotidiane - rapporti sociali - sessualità)
- Trattamenti precedenti ed esito
- Attese della paziente
- Desiderio di terapie specifiche

Valutazione Soggettiva

- Quantizzazione perdita con uso pannolini
- Score sintomatologico (es. Ingelmann-Sundberg / Score di Monza)
- Visual Analogical Score (V.A.S.)

Diario minzionale

- Registrazione ora e quantità minzioni
- Registrazione fughe di urina e motivo
- N° cambi (indumenti o pannolini)

Diario Minzionale –Esempio

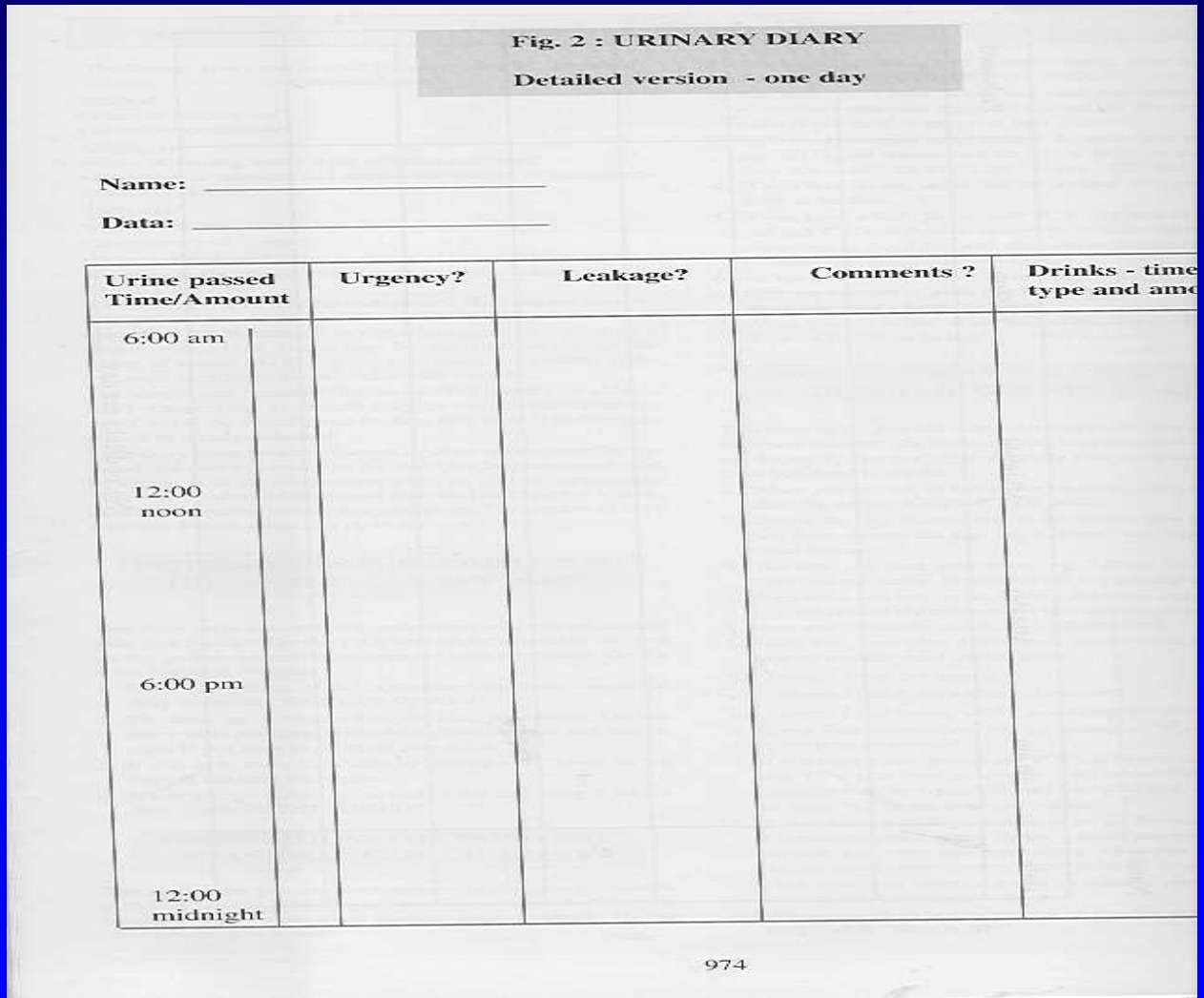


Fig. 2 : URINARY DIARY

Detailed version - one day

Name: _____

Data: _____

Urine passed Time/Amount	Urgency?	Leakage?	Comments ?	Drinks - time type and amo
6:00 am				
12:00 noon				
6:00 pm				
12:00 midnight				

974

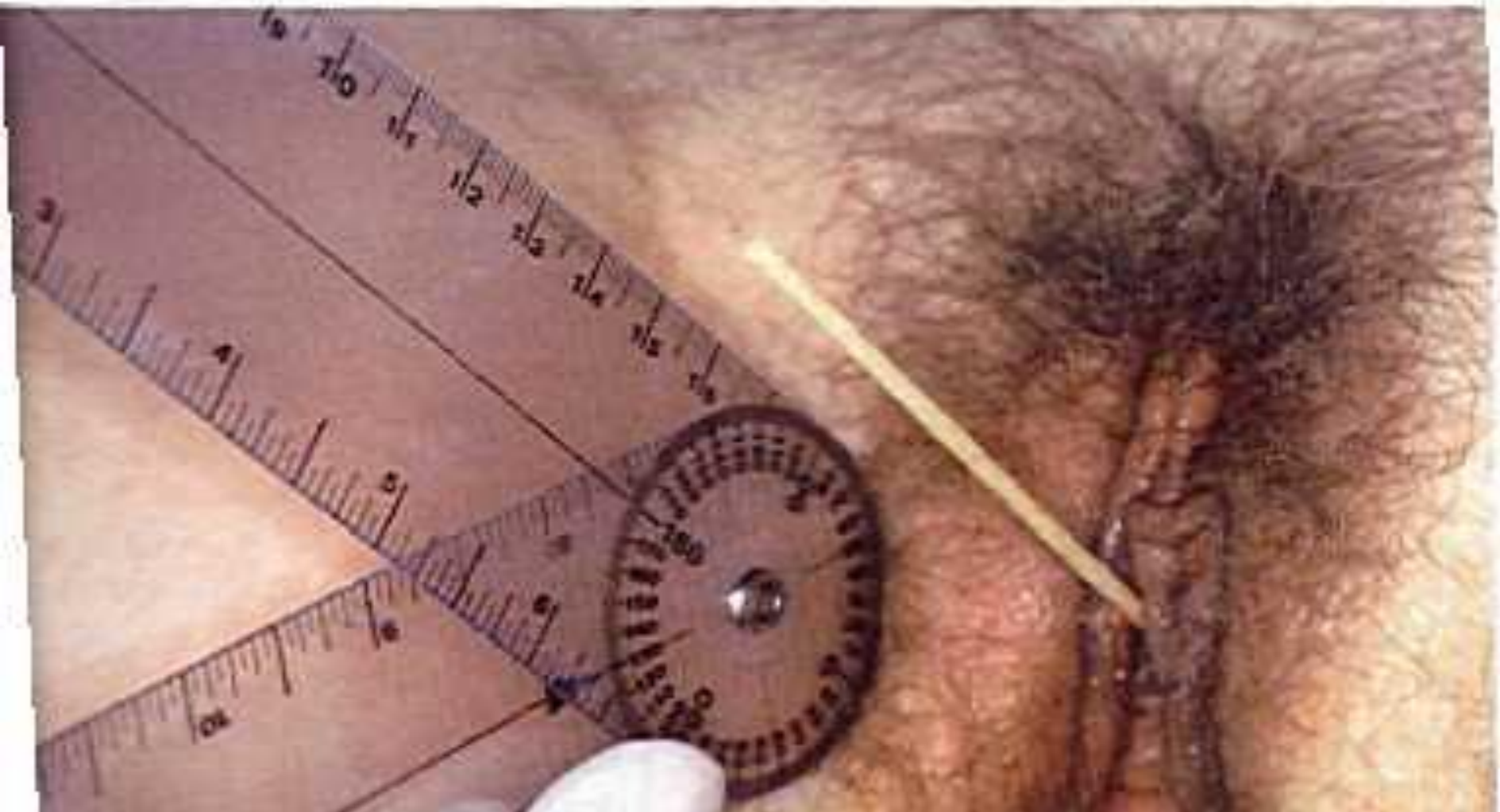
Valutazione Clinica

- Esame ginecologico
- Trofismo mucoso e tissutale
- Valutazione del supporto fasciale
- Visualizzazione perdite - Stress test (test della tosse)
- Residuo post-minzionale (valutazione con cateterismo o ecografico)

Ipermobilità giunzione uretro-vescicale

- Elemento patognomonico di incontinenza urinaria da sforzo
- Verificabile mediante:
  - Q tip test
  - Profilometria uretrale dinamica

Q Tip test



Diagnosi Presunta

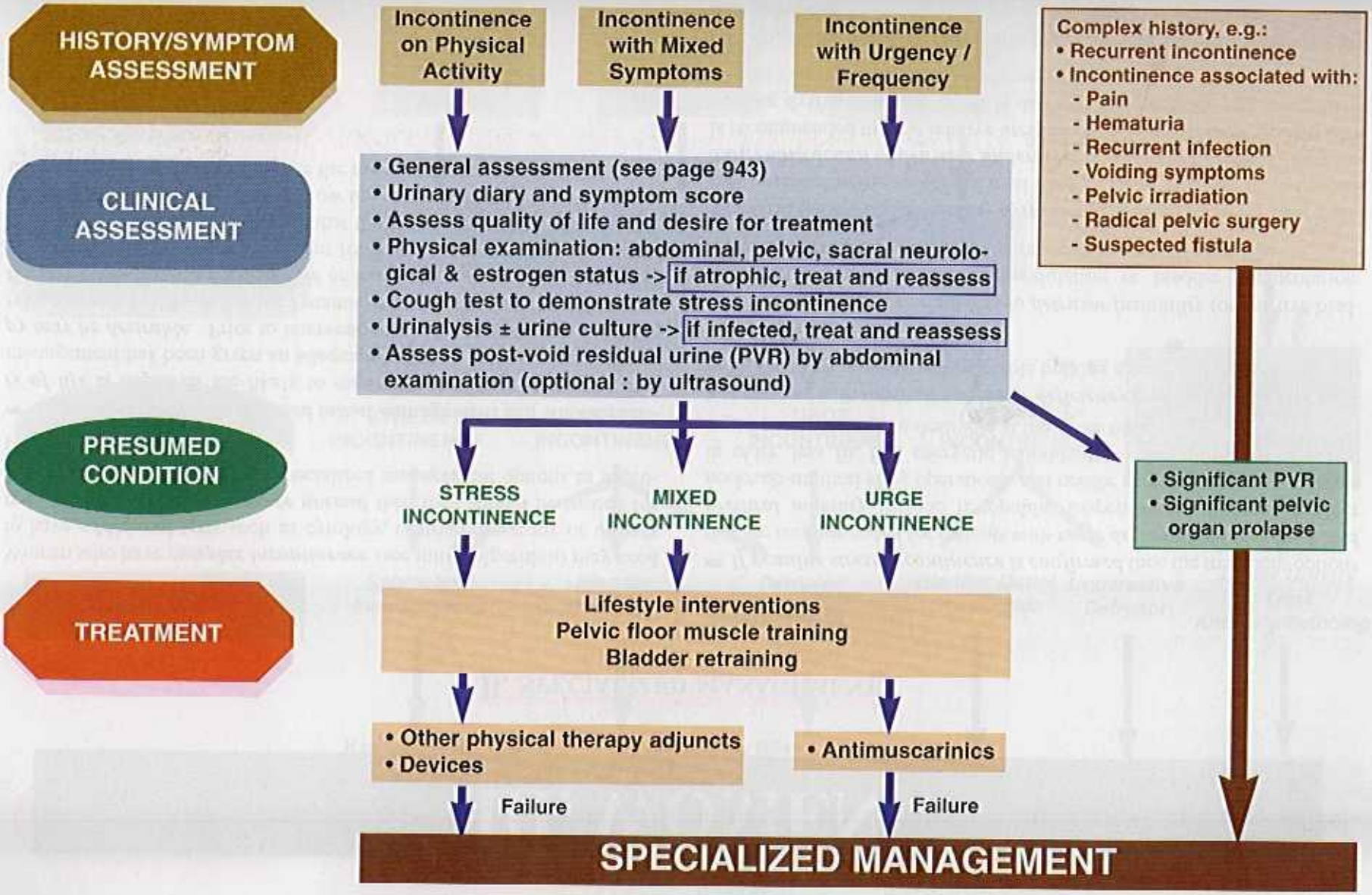
- Incontinenza da sforzo
- Sindrome urgenza/frequenza con o senza incontinenza (vescica iperattiva)
- Situazione mista

Iter diagnostico semplificato

- Valutazione soggettiva circostanze perdita
- Condizione presunta
- Provvedimenti conservativi (es. abitudini di vita)
- Eventuale terapia riabilitativa o farmacologica

- I.C.I. 2002

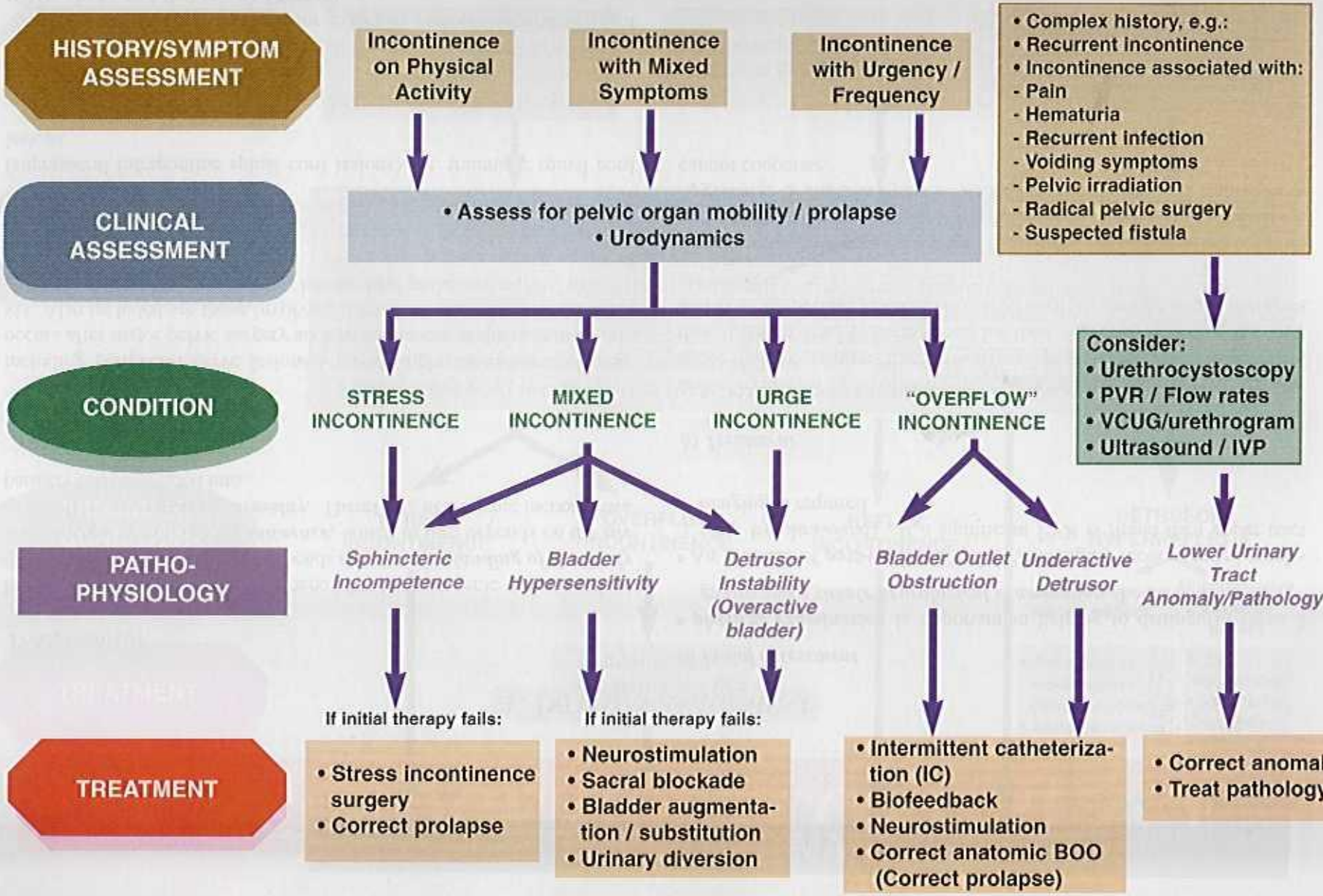
Initial Management of Urinary Incontinence in Women



Situazioni Complesse

- Incontinenza recidiva
- RPM significativo o prolasso genitale
- Mancata risposta alla terapia
- Associazione con :
  - dolore
  - ematuria
  - sintomi disurici/ostruttivi
  - radioterapia pelvica o chirurgia radicale
  - sospetto di fistola

Specialized Management of Urinary Incontinence in Women



Affronto specialistico

- Valutazione della mobilità pelvica e/o del prolasso
- Urodinamica: Flussometria- C.M.G.- P.P.U statico e dinamico
- Altri accertamenti:
  - uretrocistoscopia
  - studio pressione/flusso
  - ecografia

Esame Clinico

- Il metodo più comune utilizzato per diagnosticare la IUS
- L'esame pelvico può identificare:
  - Anomalie come cancro o masse pelviche
  - Forza della muscolatura pelvica
  - Supporto pelvico (Baden-Waljer e POP-Q)
  - Mobilità del collo vescicale (Q-tip test)
- Test provocatori per la produzione di IUS
- L'esame clinico è un componente vitale per la diagnosi della IUS, anche se non si può replicare la perdita come nella vita reale

Misurazioni della perdita obiettive

- Diario Minzionale:
  - Volume evacuato
  - Urgenza
  - Episodi di incontinenza
  - Uso della protezione
  - Assunzione di fluidi
  - Discriminazione tra IUS e OAB: frequenza e minzioni notturne
- Pad Tests:
  - Non standard
  - Non distinguono tra OAB e IUS

Uroflussometria, residuo minzionale e studi pessione/flusso

- Gli studi del flusso pressorio comportano la registrazione simultanea della pressione vescicale e la portata del flusso:
  - Possono smascherare una disfunzione neurologica
  - Il residuo minzionale può evidenziare una minzione incompleta e un'incontinenza da sovrariempimento (dovuta all'inattività del detrusore)
  - Sebbene ci sia una buona correlazione tra i risultati urodinamici nella fase di riempimento e i sintomi, non è assoluto
  - Non possono essere giustificati come esami routinari per programmi di cura minimali

Patofisiologia della IUS

- La classificazione della IUS in ISD e Ipermobilità è una super-semplificazione
- In realtà le due componenti co-esistono e formano una continua gamma
- Dati clinici mostrano che gli agenti iniettabili producono simili % di successo in pazienti con ISD o Ipermobilità

Conclusioni

- Valutazione di 1° livello essenzialmente clinica
- Gestione specialistica e urodinamica pre-operatoria o solo in casi particolari
- Valutazione globale della situazione !
- Ascoltare le pazienti !