Incontinenza urinaria: come vincere il tabù e chiedere aiuto

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
H. San Raffaele Resnati, Milano

"Ho 58 anni e sono sposata con tre figli grandi. Ho però un problema grosso che mi umilia moltissimo e di cui ho vergogna a parlare anche con il medico: non riesco più a trattenere l'urina! Mia mamma ha avuto questo problema quando era molto anziana. Averlo già adesso mi ha dato un colpo di vecchiaia tremendo. Mi è venuta anche un po' di depressione, ho paura a uscire. Però ho sentito un suo intervento in televisione, che mi ha ridato coraggio. Mi rispiega come funziona la capacità di trattenere l'urina, e cosa potrei fare per migliorare?".
Antonietta R. (Padova)

Volentieri, gentile signora. Anche perché il suo problema è comune a ben cinque milioni di italiani che, come lei, soffrono di incontinenza urinaria. Un sintomo che colpisce al cuore il senso di dignità personale e scatena sentimenti di umiliazione, di imbarazzo, di vergogna. Ancor oggi è sentito come un tabù inconfessabile. Per questo induce le persone a ridurre la vita sociale e a chiudersi in casa. A evitare anche l'intimità sessuale. O a uscire con pannoloni sempre più grandi.
L'incontinenza indica la perdita di urina involontaria, senza controllo, in luoghi e tempi inappropriati. Definizione che sottolinea l'importanza della continenza nella vita sociale e la necessità di avere un ottimo controllo sulla minzione, per poterla rimandare, appunto, a luoghi e tempi appropriati.
Le forme più frequenti includono:
- l'incontinenza da urgenza, in cui la contrazione della parete vescicale ("iperattiva") è così forte, e lo stimolo minzionale così imperioso, da forzare tutti e tre i sistemi di chiusura (box 1);
- l'incontinenza da sforzo, in cui i tre sistemi di chiusura sono variamente lesi per cui non riescono più a contrastare la pressione che la vescica fa per svuotarsi. Soprattutto se la pressione intraddominale è accentuata da uno sforzo: un colpo di tosse, un saltello, il prendere in braccio un nipotino, portare le borse della spesa, ridere;
- l'incontinenza mista, in cui sono presenti entrambe le componenti.
L'incontinenza colpisce di più le donne, che costituiscono più del 60% delle persone che ne soffrono e nelle quali il disturbo compare in età più giovane rispetto agli uomini.

Box 1. Continenza urinaria: che cosa l'aiuta?
La funzione della continenza richiede un lavoro di squadra, per far sì che la forza e la pressione di chiusura dei sistemi di tenuta, che consentono di trattenere l'urina, sia superiore alla pressione sviluppata dalla contrazione della vescica. Ci vogliono:
- una vescica elastica, capace di distendersi per accogliere volumi crescenti di urina, da 250 cc fino addirittura a 500 cc, senza mandare segnali imperiosi per riempimenti sempre minori («Adesso mi svuoto, non resisto più»);

© 2021 - Periodici San Paolo - www.alessandragraziottin.it

- un cervello capace di tenerla agli ordini, rimandando lo svuotamento a luoghi e tempi appropriati («Calmati, adesso non è il momento»);
- ben tre sistemi di chiusura che funzionino adeguatamente: vediamoli in dettaglio.

Il primo sistema è lo sfintere interno dell'uretra, un anellino muscolare posto al passaggio tra la vescica e l'uretra, il canalino che consente all'urina di andare dalla vescica all'esterno del corpo. Funziona come un rubinetto, che apre e chiude il passaggio di urina. Il primo comandante che dà l'ordine di aprire o chiudere il rubinetto è il cervello.

Il secondo meccanismo di chiusura è dato dal tono del robusto muscolo elevatore dell'ano, che chiude in basso il bacino, circondando uretra, vagina e ano. Consente il controllo volontario della continenza urinaria e fecale, comportandosi come una porta a doppio battente, una paratia, che obbedisce ai comandi del cervello, quando il sistema è in ordine e tutto funziona.

Il terzo sistema è il "meccanismo intrinseco": dipende da quanto sono toniche e ben nutrite le cellule e le strutture della parete dell'uretra. Quando si giustappongono verso il lume dell'uretra, garantiscono che non si perda nemmeno una goccia di urina. Dopo la menopausa, sono tenute in forma dalla terapia ormonale locale.

Perché le donne sono più colpite dall'incontinenza urinaria?

La maggiore vulnerabilità femminile all'incontinenza urinaria ha molte cause:

- anatomiche: l'uretra, il condottino che porta l'urina dalla vescica all'esterno del corpo, nella donna è breve, 3-4 centimetri di lunghezza; nell'uomo è di 12-15 cm, fino a 18. Anche per questo i meccanismi di chiusura sono meno efficaci. Inoltre, la sua brevità favorisce la risalita di germi patogeni, soprattutto l'Escherichia coli Uropatogeno (UPEC), che costituisce la causa più frequente di cistiti. Più la parete vescicale è infiammata, meno si distende e più manda segnali precoci di irritazione, che inducono a minzioni frequenti e a basso riempimento. Infiammazioni frequenti ledono la parete della vescica, riducendone la distensibilità, aumentano l'urgenza minzionale, e possono accelerare la comparsa dell'incontinenza, se altri nemici entrano in gioco;
- riproduttive: le donne partoriscono, gli uomini no. E' questa la ragione per la quale le donne soffrono di incontinenza da sforzo molto più degli uomini. Uno studio corposo ha stimato che una donna su tre soffre di incontinenza urinaria dopo il parto (oltre il 30%) e una su dieci (10%) soffre di incontinenza fecale. Entrambe possono migliorare se ben curate già in puerperio. Durante il parto per via vaginale il passaggio del bambino può ledere le fibre mediali del muscolo elevatore, ossia la parte centrale delle paratie che chiudono in basso il bacino. Il danno è più probabile quando il bambino è di peso elevato ("macrosoma"), problema più frequente nelle donne diabetiche o che comunque sono aumentate troppo di peso durante la gravidanza; quando la testa del bambino è grossa, anche rispetto al bacino della mamma; oppure quando il periodo espulsivo è stato prolungato, o precipitoso, o abbia richiesto l'uso di ventosa o forcipe, o abbia causato lesioni gravi degli sfinteri. La lesione delle fibre mediali del muscolo elevatore può ridurre la capacità di controllo volontario della minzione, tanto più quanto maggiore è il danno delle fibre muscolari;
- ormonali: la perdita di estrogeni e progesterone, causata dalla menopausa, e la netta riduzione del testosterone e del deidroepiandrosterone, preziosi ormoni maschili che anche noi donne abbiamo in grande quantità, e che si riducono dai vent'anni in poi, causano un danno grave e

progressivo a tutto il sistema di continenza: 1) ledono in modo progressivo tutti e tre i sistemi di chiusura, rendendoli sempre più deboli e incapaci di trattenere lo stimolo e quindi di rimandare la minzione a luoghi e tempi appropriati; 2) rendono la vescica sempre più iperattiva, con scatto del segnale di svuotamento per riempimenti sempre minori; 3) rendono il cervello meno capace di dare ordini e controllare l'efficienza del sistema. La vescica sembra "prendere il comando" e, come dicono alcune signore: «Decide lei quando svuotarsi, io non conto più niente»;
- motivazionali: la depressione, che è molto più frequente nelle donne, e aumenta ulteriormente dopo la menopausa, riduce la capacità e la motivazione al controllo. L'arrendersi all'incontinenza è molto più frequente nelle donne depresse. Sovrappeso e obesità sono ulteriori fattori di rischio: da un lato contribuiscono al problema perché l'aumento della pressione endoaddominale associato all'obesità aumenta la pressione che concorre a forzare i sistemi di chiusura; dall'altro contribuiscono alla depressione e alla perdita della motivazione al controllo. Non ultimo, l'obesità è spesso associata al diabete, che aumenta nettamente il rischio di infezioni fino a triplicarle.
Ecco perché il problema va affrontato bene e subito, non appena si presenti, vincendo imbarazzo e vergogna.

Come si fa la diagnosi di incontinenza urinaria?
Proprio perché la continenza richiede un lavoro di squadra fra organi e tessuti, è indispensabile che l'incontinenza venga affrontata in modo coordinato e attento alle diverse cause, sul fronte sia della diagnosi, sia della terapia. L'urologo o l'uroginecologo sono gli specialisti di riferimento. L'esame urodinamico, che valuta le caratteristiche del flusso urinario e l'entità del riempimento vescicale, è l'esame di prima scelta. E' poi lo specialista a valutare l'opportunità di altri accertamenti.

Terapia dell'incontinenza urinaria: ci vogliono strategie di cura
La persona che soffre di incontinenza, donna o uomo che sia, ha un ruolo cardinale. Per il successo delle cure è infatti indispensabile:
- chiedere aiuto all'inizio, quando l'incontinenza compare, e non dopo mesi o anni;
- tenersi in forma, con attività fisica aerobica quotidiana e dieta appropriata: gli stili di vita sono il primo fattore di cura per ridurre i fattori (fra cui diabete, obesità, depressione e infiammazione) che concorrono a peggiorare il problema;
- ricorrere alla fisioterapia, che dà un aiuto formidabile per la prevenzione e la riabilitazione del muscolo elevatore dell'ano. Andrebbe iniziata prima della gravidanza, come misura preventiva, e poi ripresa subito dopo il parto, come si fa in Francia, Paese molto avanzato da questo punto di vista, continuando con opportuni esercizi per tutta la vita. Può aiutare anche se iniziata dopo la menopausa, e ancor di più se praticata in sinergia con terapie ormonali almeno locali;
- dopo la menopausa, seguire una terapia ormonale sostitutiva, almeno vaginale, meglio se sistemica e anche con testosterone e prasterone: rinforza tutti i componenti della squadra della continenza (box 2);
- assumere farmaci specifici, su prescrizione dell'urologo;
- ricorrere eventualmente alla terapia laser e alla chirurgia, sempre su indicazione medica.

Un programma terapeutico strategico è essenziale perché la continenza si mantenga negli anni. E per poter invecchiare in autonomia, dignità e grazia, come diceva mia Mamma, che chiamava gli amici ormoni, assunti per tutta la vita fino a tarda età, "farmaci della dignità".
Non si arrenda gentile signora, e cerchi un aiuto qualificato. Auguri di cuore!

Box 2. Terapie ormonali sostitutive: quando possono ridurre l'incontinenza urinaria

Le diverse opzioni, anche solo locali, contribuiscono a ridurre la gravità della sindrome genitourinaria della menopausa, che comporta anche incontinenza. Non trattata, può peggiorare molto tutti i sintomi urinari e vescicali.

Le terapie ormonali vanno confezionate "su misura", e possono contribuire a migliorare la capacità di continenza quando:

- il disturbo è moderato;
- la menopausa è insorta da poco;
- la menopausa presenta molte comorbilità, fra cui la depressione;
- l'incontinenza non è associata a lesioni anatomiche gravi, perché altrimenti è indicata la chirurgia.