

I venerdì della Menopausa *Affrontare l'incontinenza urinaria*

Dalla prevenzione alla Riabilitazione del perineo... e dintorni

Roberta Stagnozzi



Casa di Cura
Madre Fortunata
Toniolo

Spazio Menopausa ... e dintorni
I venerdì della Menopausa
Affrontare l'incontinenza urinaria

PRESENTANO
Dott.ssa Nicoletta Gioia, ginecologa, ginecologa-oncologa, Spazio Menopausa Casa di Cura Toniolo
Dott.ssa Daniela Naccetti, ginecologa, Spazio Menopausa Casa di Cura Toniolo

**DALLA PREVENZIONE ALLA RIABILITAZIONE DEL PERINEO
... e dintorni**
Roberta Stagnozzi, ginecologa, Casa di Cura Toniolo

MODERANO
Prof. Giovanni Cabini, ginecologo-oncologo, Casa di Cura Toniolo
Dott.ssa Maria Ruggi, chirurga, Casa di Cura Toniolo

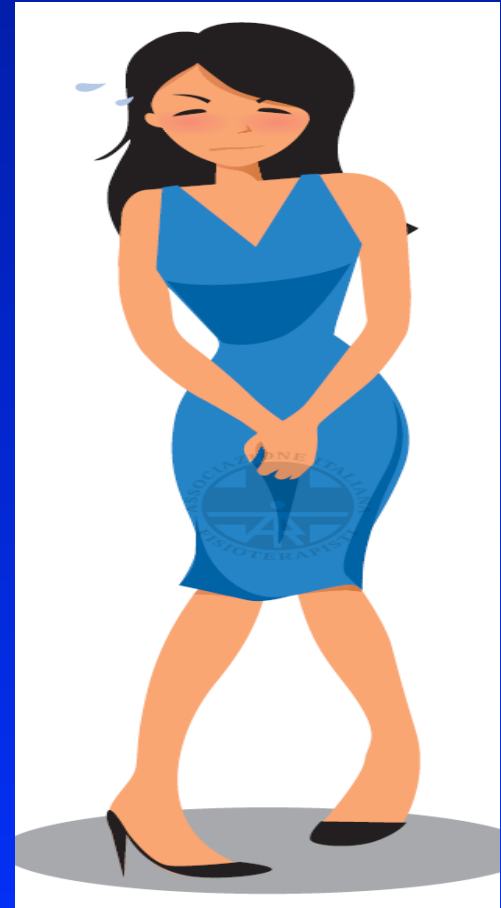
Venerdì 26 ottobre 2018
Casa di Cura Madre Fortunata Toniolo
Via Trossello, 24 - 40142 Bologna - Tel. 051-922111
SALA RIUNIONI, 4° PIANO
dalle ore 18 alle ore 20
INCONTRO LIBERO

Con il contributo organizzativo di ProgettiEducativi

Venerdì 26 ottobre 2018

Incontinenza urinaria: definizione

è la perdita o la mancata acquisizione della capacità di posporre a piacimento l'atto minzionale e di espletarlo in condizioni di convenienza igienica e sociale



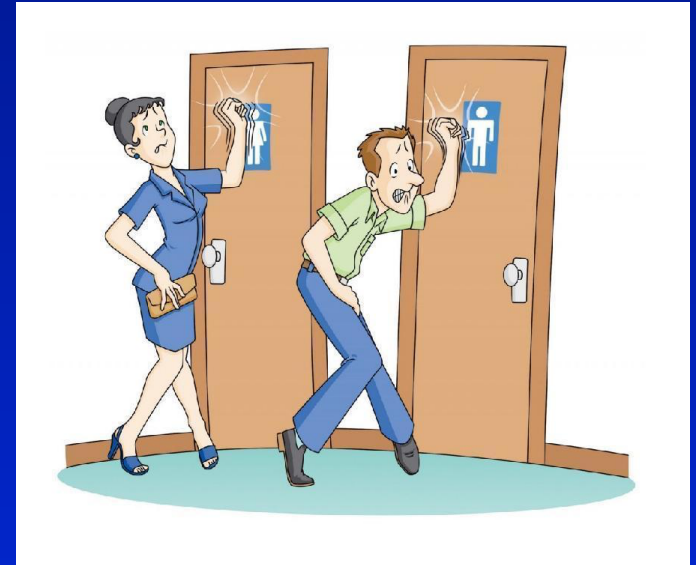
Incontinenza urinaria: definizione

- Nel 1988 l' International Continence Society (ICS) “*perdita involontaria di urina oggettivamente dimostrata che costituisce un problema igienico-sociale*”
- Abrams nel 2002 “*qualsiasi perdita involontaria di urina*”

Epidemiologia

- La prevalenza dell' IU varia con l' età
- Le percentuali salgono linearmente dal 10% in donne di 20-24 aa a un 40% in donne di 90 aa (*Hannestad, 2000*)
- 20-30% nella giovane adulta, 30-50% intorno ai 55 aa e resta più o meno a questi valori fino ai 70 aa. Negli anziani istituzionalizzati 70-83% (*Diokno, 1986*)

Epidemiologia



- IU colpisce 41% delle donne e il 27% degli uomini (Goode, 2008)

Incontinenza urinaria una patologia sommersa



Consulta il medico

38,5% donne

54,6% uomini

Si confida con parenti od amici oltre il 50%

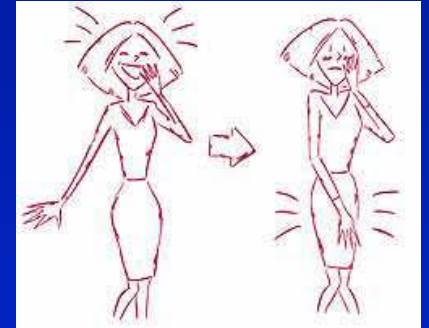
Incontinenza urinaria

pregiudizi comuni in ambito sanitario

- **è un disturbo minore**
- **se non c'è danno anatomico da operare non ci sono presidi efficaci**
- **nella scala di priorità delle patologie del paziente non è poi così importante**
- **è un disturbo sfinterico caratterizzato dall'avanzare dell'età**

Incontinenza urinaria: classificazione

- Incontinenza urinaria da sforzo (IUS)



- Incontinenza urinaria da urgenza (IUU)

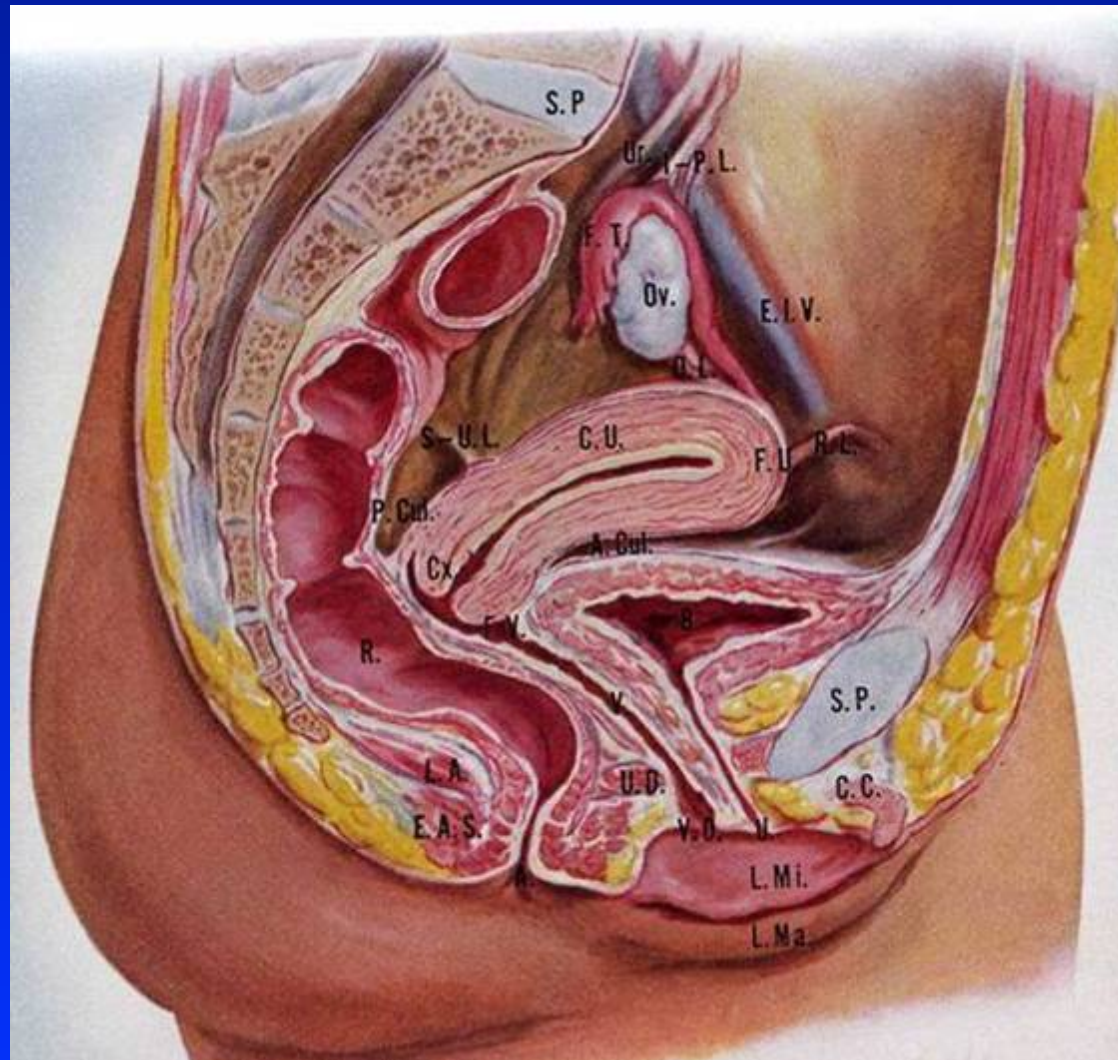


- Incontinenza urinaria mista (IUM)

Epidemiologia

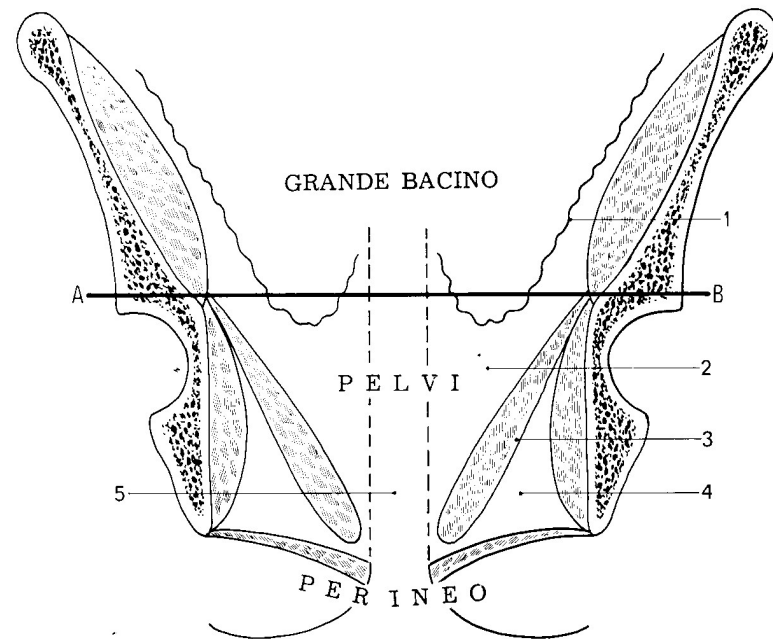
- Il 50% delle incontinenze femminili sono classificate come da sforzo, % che tende a calare con l'avanzare dell'età, quando diviene più frequente l'incontinenza da urgenza. I sintomi dell'IUM coesistono nel 2-3% delle pazienti incontinenti

Organi del bacino



Pavimento pelvico

si colloca sul
fondo della
cavità
addominale e
chiude lo spazio
imbutiforme
costituito dalla
pelvi ossea



Il bacino: sezione frontale artificiale e schematica. AB: piano del distretto superiore. 1 peritoneo pelvico; 2 spazio pelvi-sotto-peritoneale; 3 diaframma muscolare pelvico; 4 fossa ischio-rettale; 5 asse viscerale.

Pavimento pelvico

struttura di supporto che previene la discesa degli organi addominali e pelvici contrastando il vettore delle forze addominali

fascia endopelvica

muscolo elevatore dell' ano

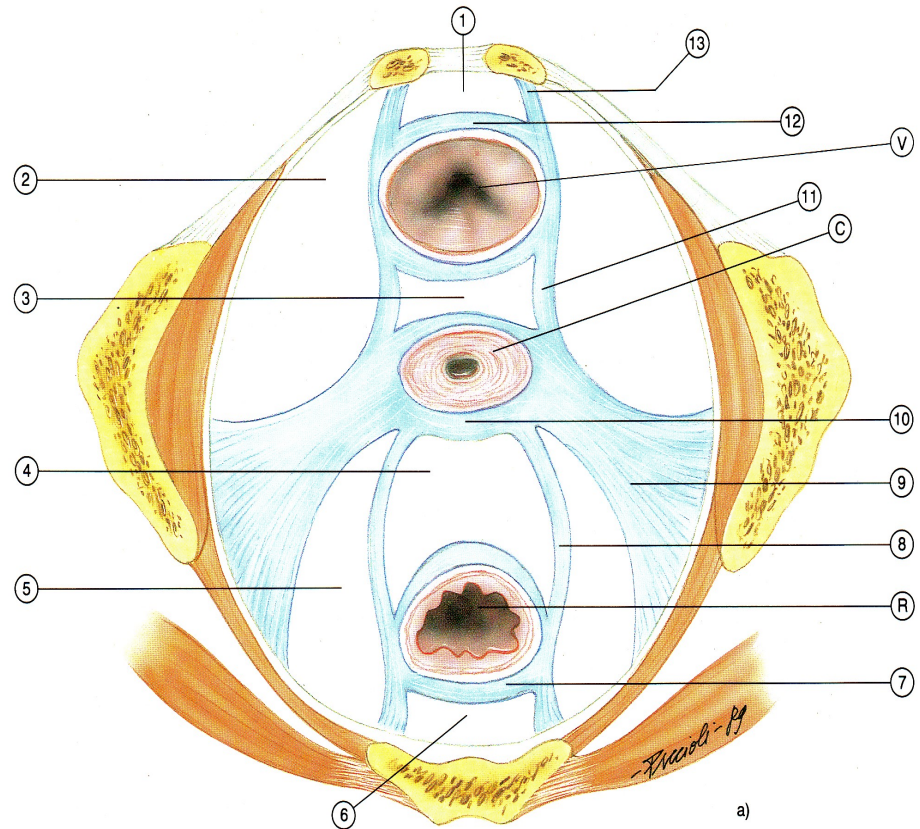
diaframma urogenitale

fascia endopelvica

È un sistema di sospensione che assicura reciproci rapporti tra i visceri pelvici e tra questi e le ossa del bacino

Fascia endopelvica

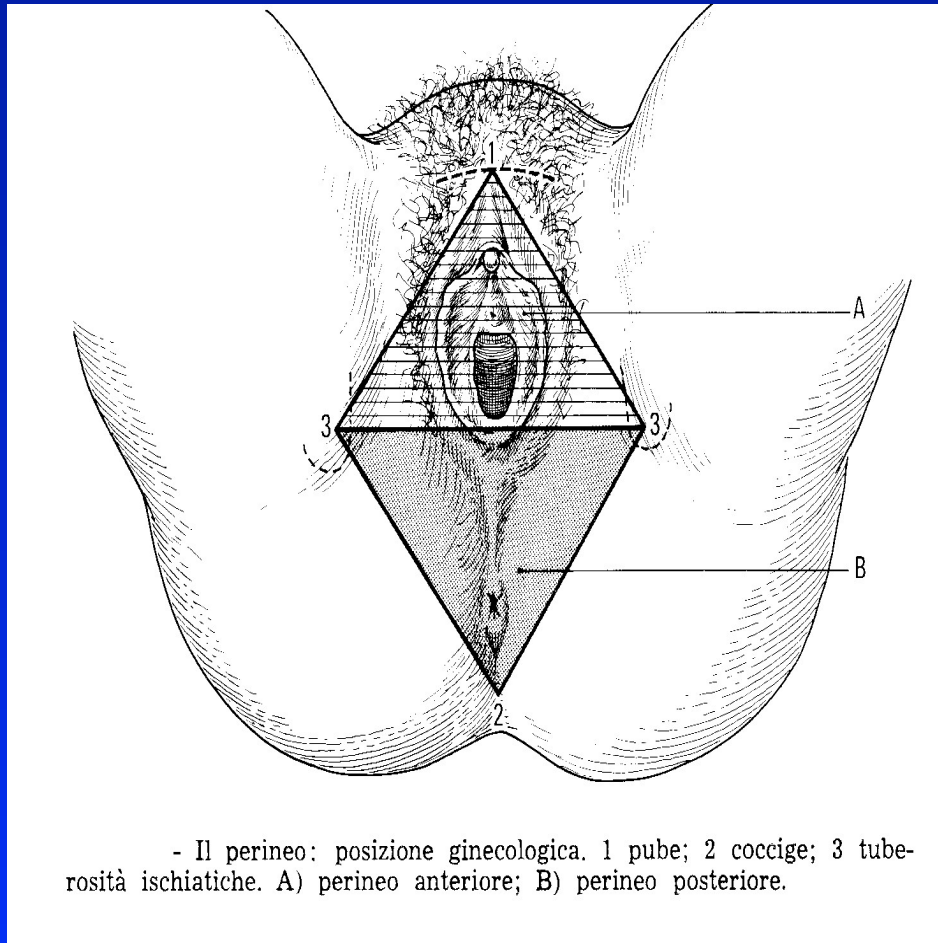
questa architettura
connettivale può
essere paragonata
ad un doppio arco
i cui estremi sono
la parete pelvica
postero laterale e
la regione
retropubica



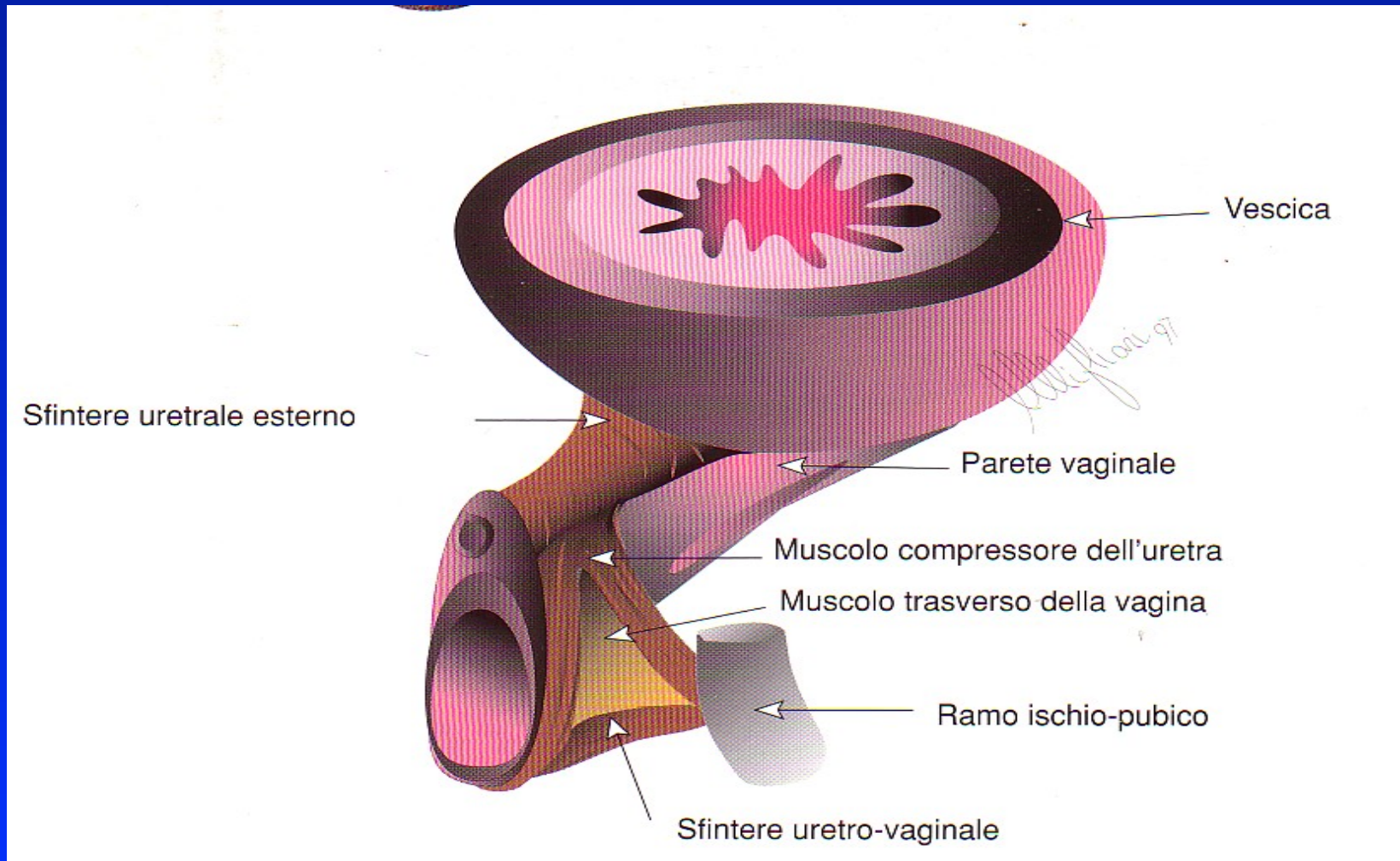
Tessuto connettivo endopelvico (sezione orizzontale): fasce viscerali, fasci connettivo-vascolo-nervosi, spazi della pelvi femminile.

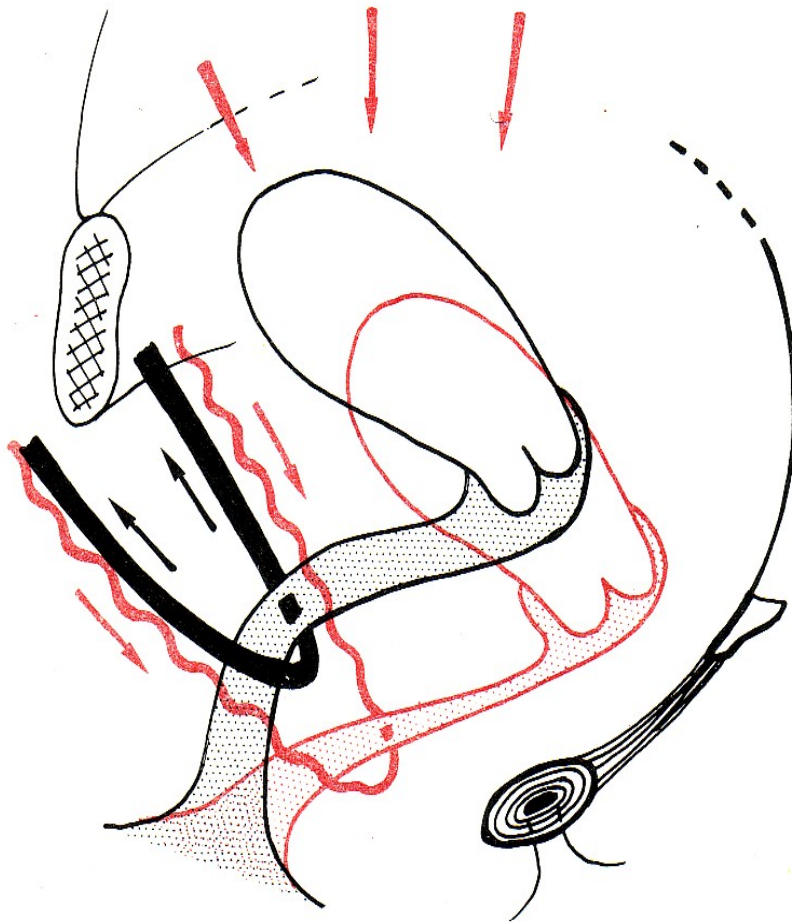
1) Spazio prevescicale (di Retzius); 2) Spazio (o fossa) paravescicale; 3) Spazio vescico-cervico-vaginale; 4) Spazio retto-vaginale; 5) Spazio (o fossa) pararettale; 6) Spazio retro-rettale; 7) Fascia rettale; 8) Legamento utero-sacrale e pilastro rettale; 9) Legamento cardinale o di Mackenrodt; 10) Fascia cervicale; 11) Pilastro vescicale (legamenti vescico-uterino e vescico-vaginale); 12) Fascia vescicale; 13) Legamento pubo-vescicale; R) Retto; C) Cervice uterina; V) Vescica.

Perineo anteriore e posteriore



sfintere uretrale esterno





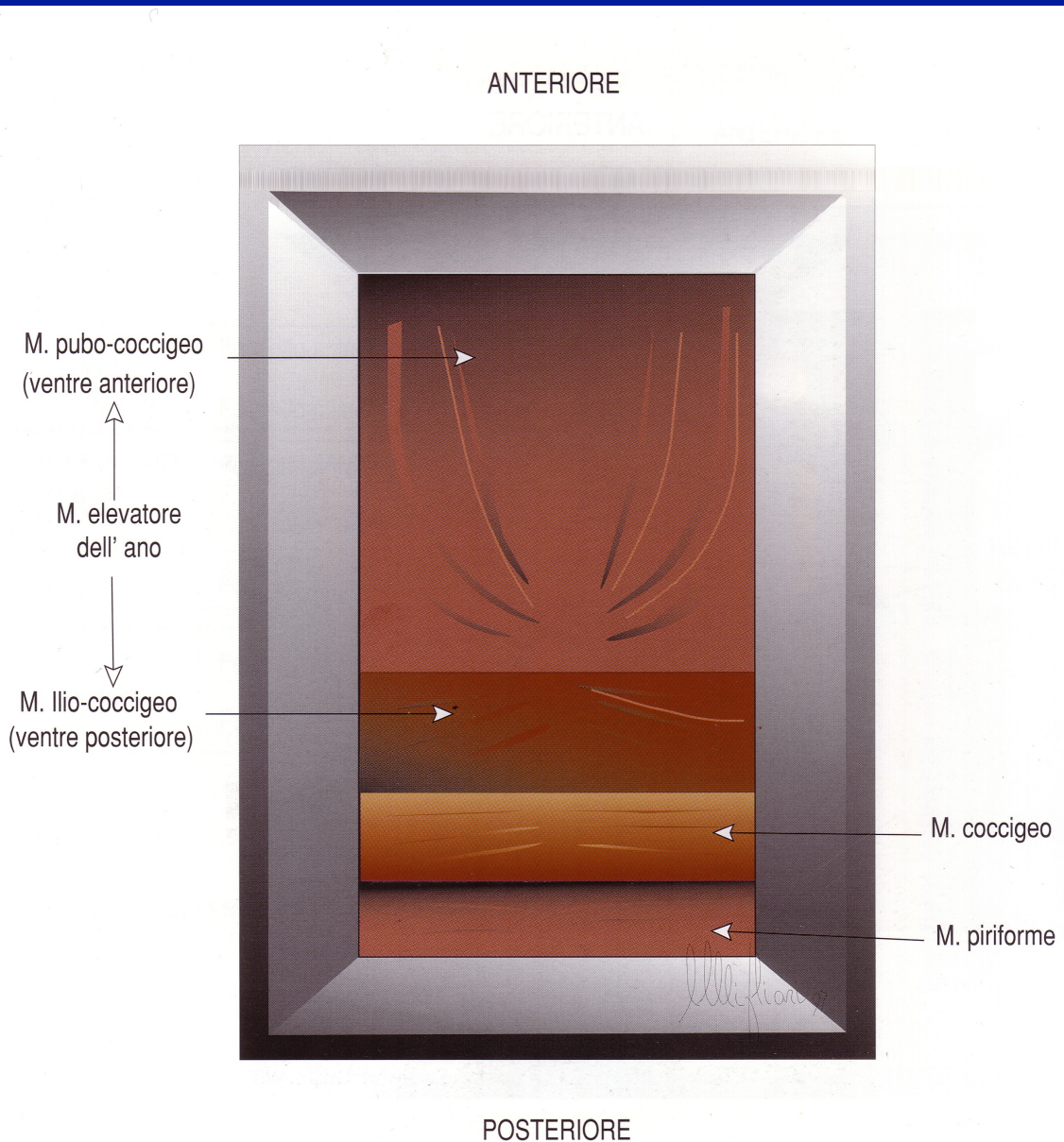
- Azione del fascio erettore dell'elevatore dell'ano durante la contrazione (in nero) e nell'atto del ponzare (in rosso).

Muscolo elevatore dell' ano

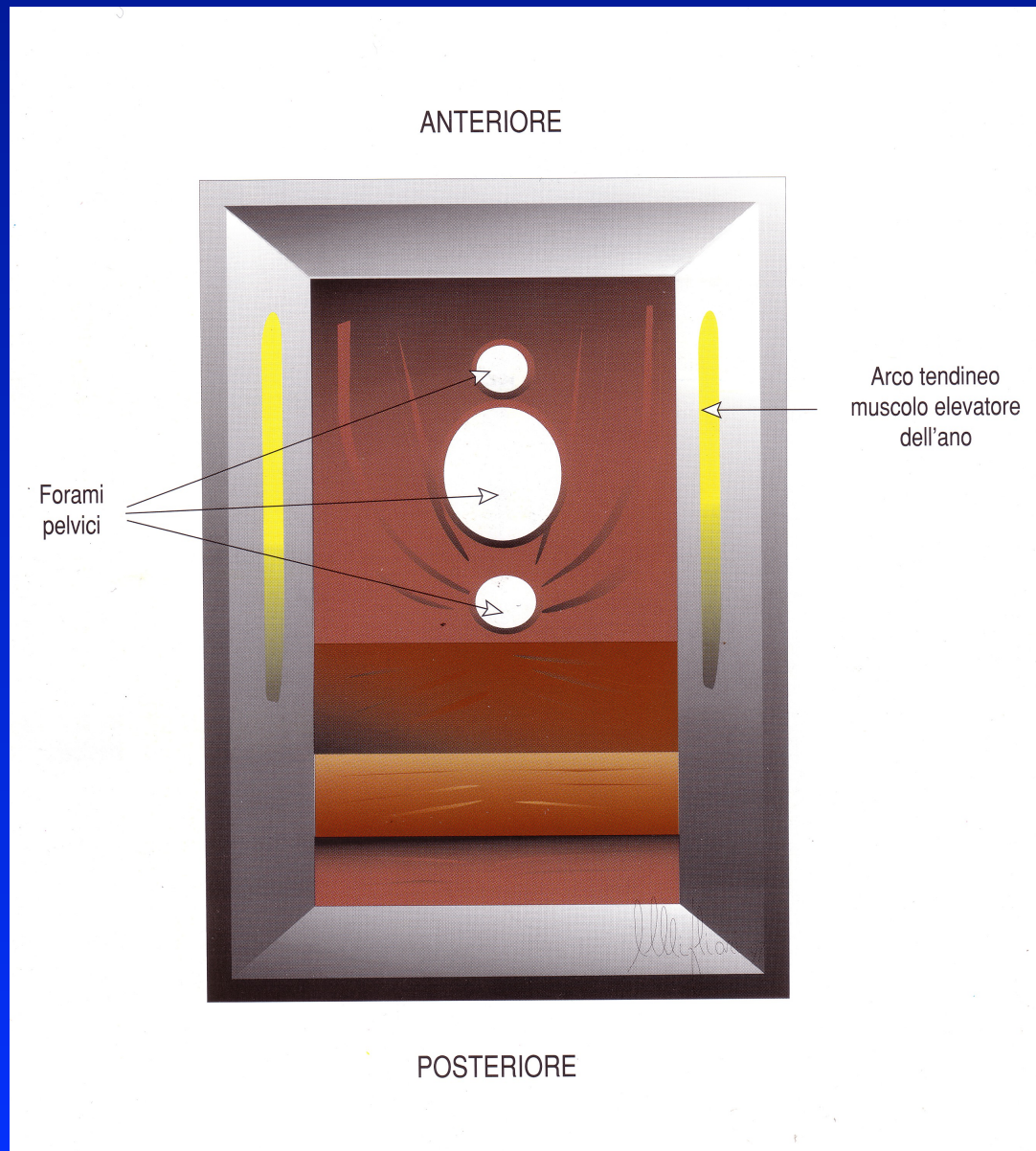
**La struttura più importante per
il supporto degli organi pelvici**

- **pubo-coccigeo (pubo-viscerale)**
- **ileo coccigeo**

muscolo elevatore dell' ano

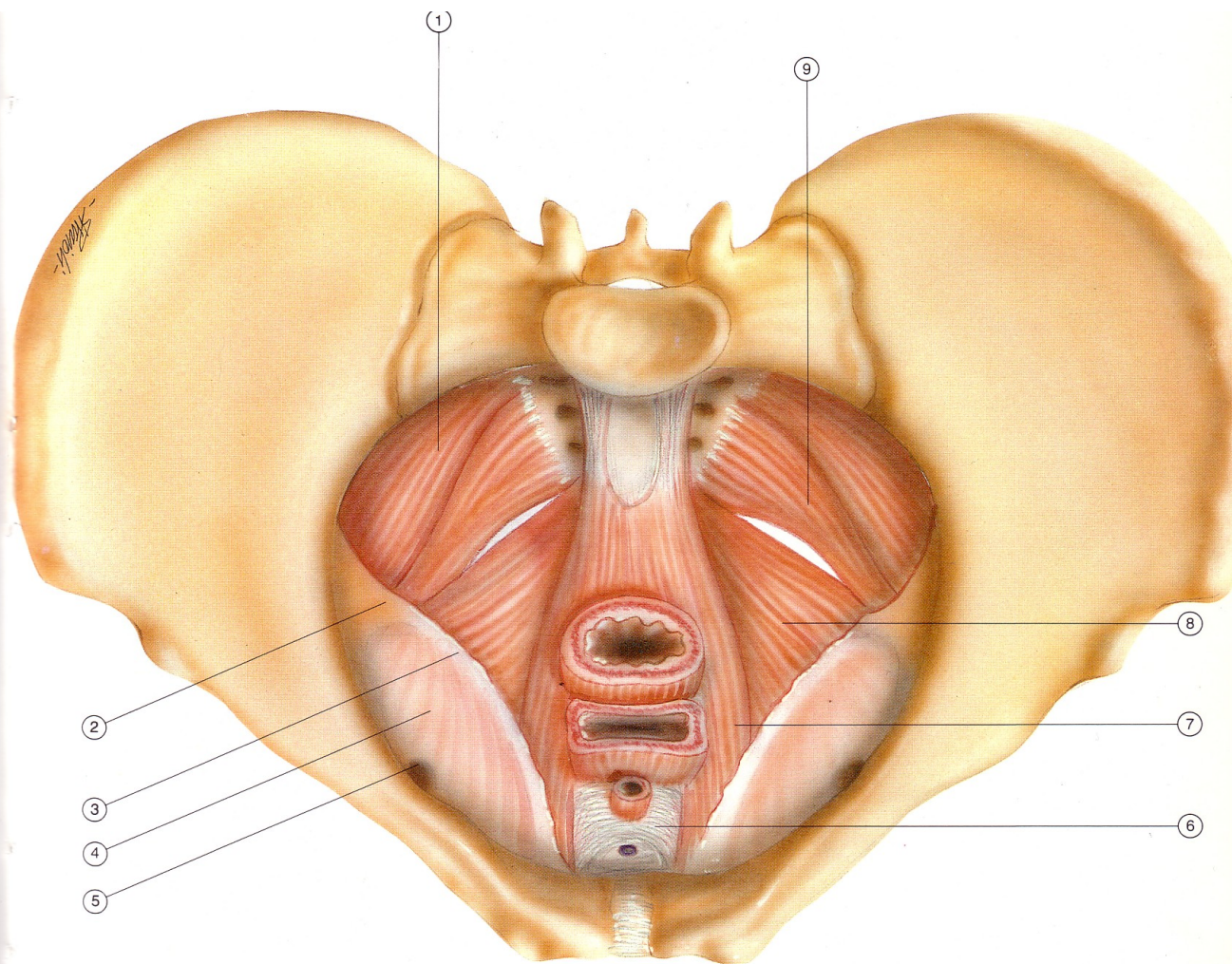


muscolo elevatore dell' ano

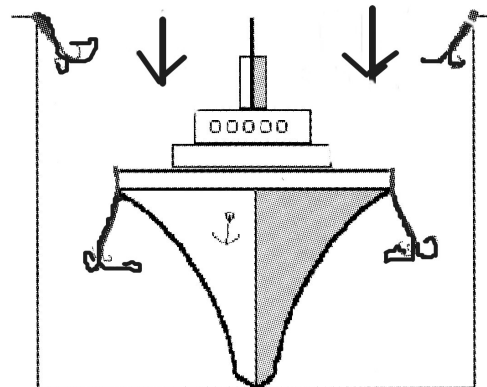
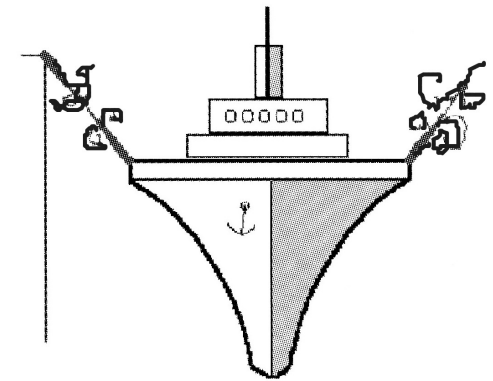
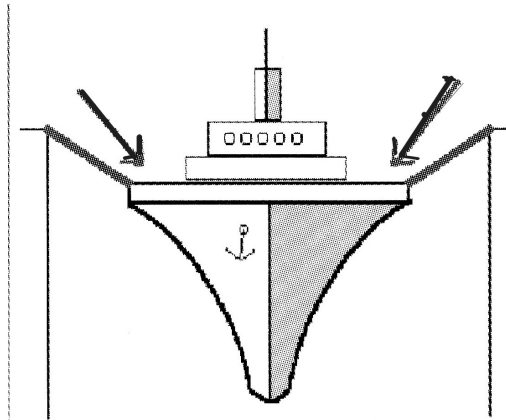
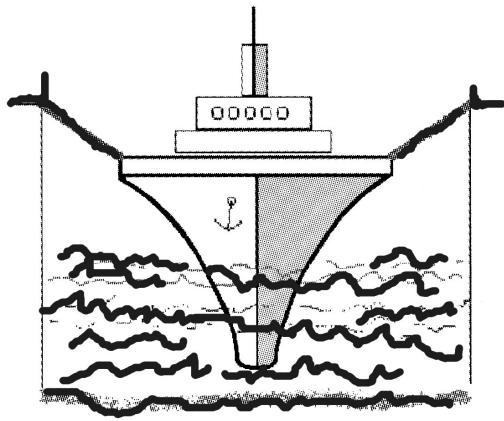


— *Muscoli del pavimento pelvico visto dall'alto*

1) Muscolo piriforme; 2) Spina ischiatica; 3) Arco tendineo del muscolo elevatore dell'ano; 4) Muscolo otturatore interno; 5) Canale otturatorio; 6) Diaframma uro-genitale; 7) Muscolo pubo-coccigeo; 8) Muscolo ileo-coccigeo; 9) Muscolo ischio-coccigeo.



Concetto di supporto pelvico



**alterazioni della muscolatura striata
pelvica e perineale o della fascia
endopelvica**



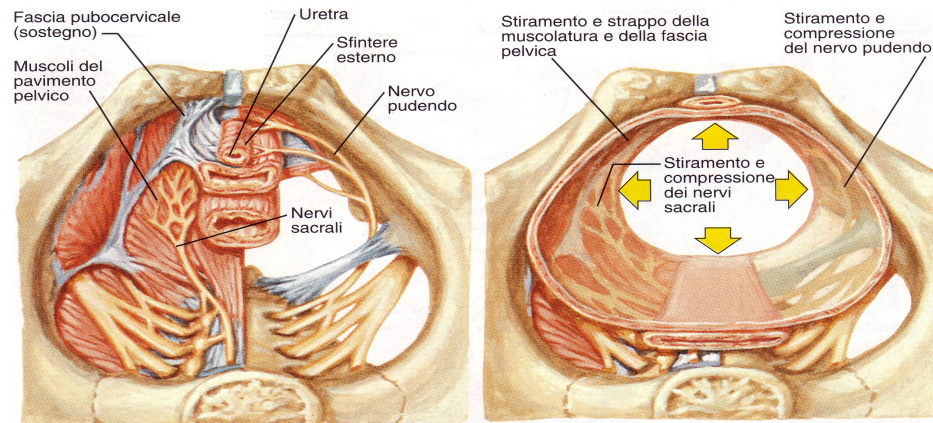
**determinano abnorme lassità del
pavimento pelvico**



incontinenza urinaria o prolasso

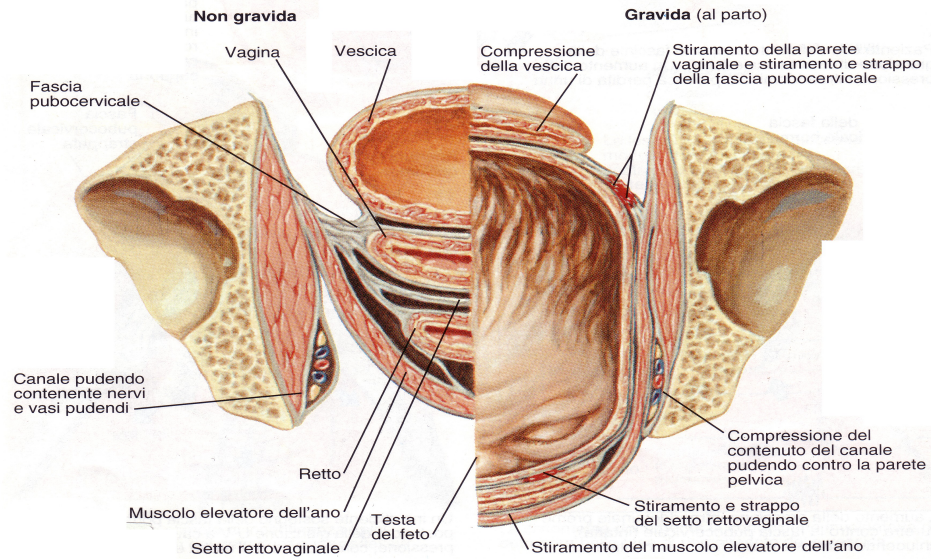
Parto

Fig. 15 - Parto naturale e Danno pelvico



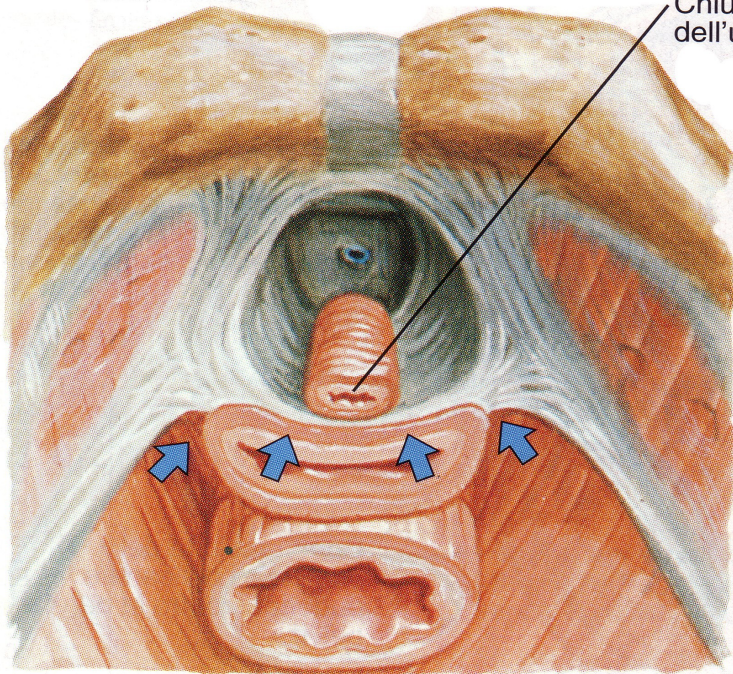
La fascia e i muscoli endopelvici ed i nervi per gli sfinteri esterni possono subire danni in conseguenza dello stiramento e della compressione durante il parto

Sezione frontale della pelvi



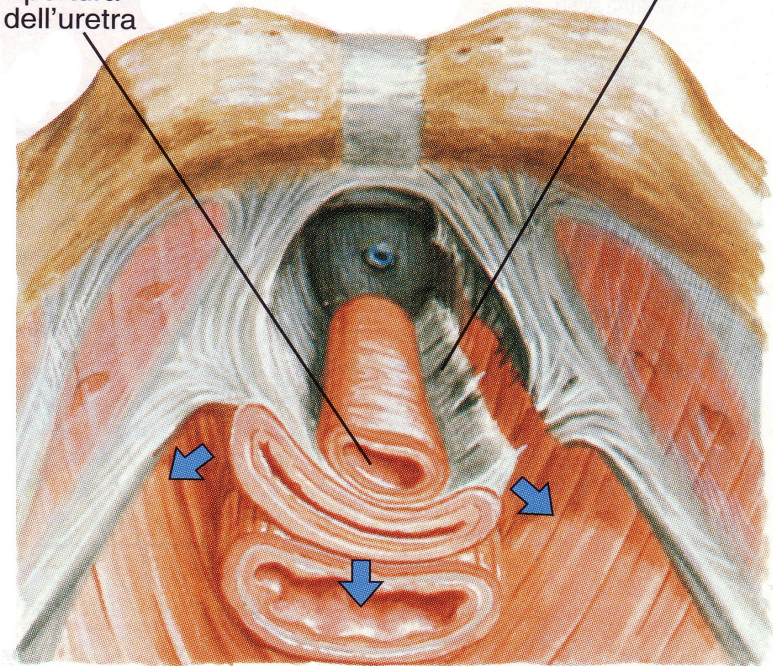
parto

Supporto della fascia pubocervicale normale



L'aumento della pressione intraaddominale preme l'uretra contro la fascia pubocervicale (intatta), chiudendo l'uretra e mantenendo la continenza

Aumento di pressione
Chiusura Apertura
dell'uretra dell'uretra

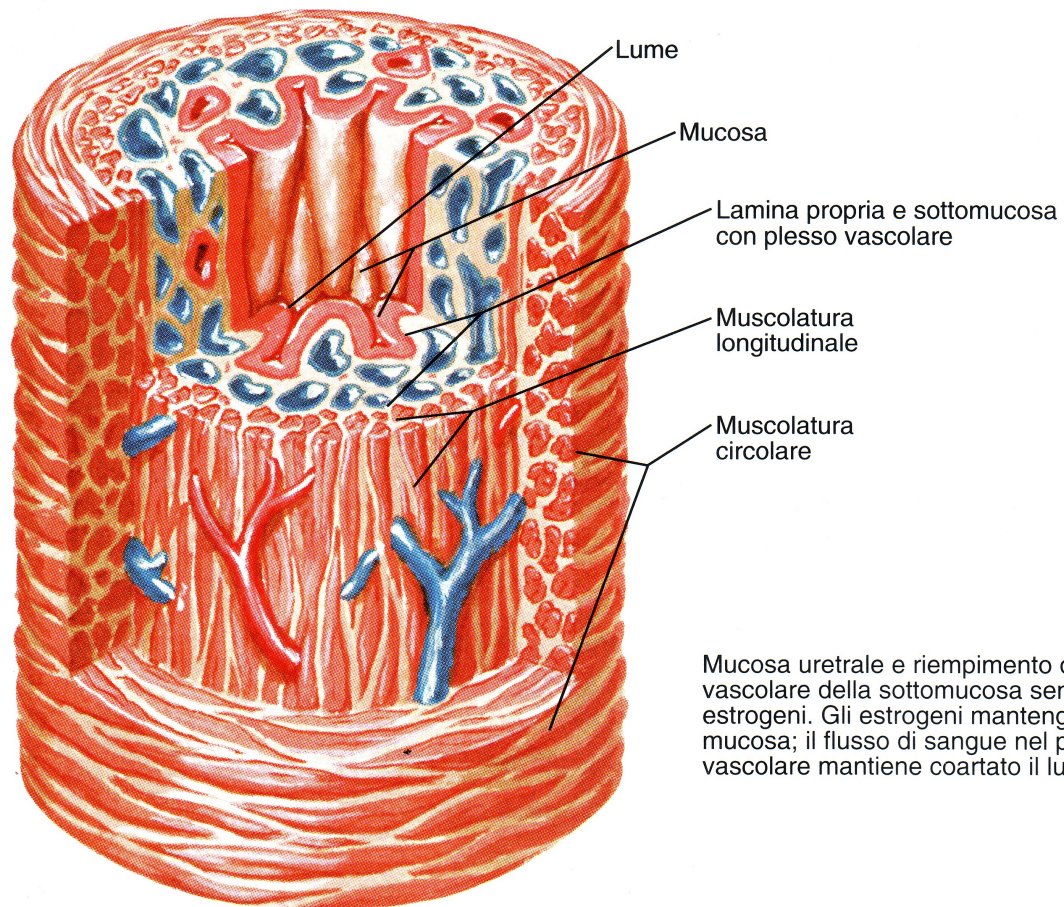


Un insufficiente sostegno della fascia porta alla rotazione posteriore della giunzione U-V a causa dell'aumento di pressione, con apertura dell'uretra e perdita di urina

Fig. 17 - Lesione della fascia pubocervicale

Menopausa

Fig. 6 - Uretra femminile



JOHN A. CRAIG, M.D.
© Ciba

Mucosa uretrale e riempimento del plesso vascolare della sottomucosa sensibile agli estrogeni. Gli estrogeni mantengono spessa la mucosa; il flusso di sangue nel plesso vascolare mantiene coartato il lume

Definizioni standard dell'incontinenza

da urgenza

perdita di urina con urgenza minzionale provocata da contrazioni vescicali anomale

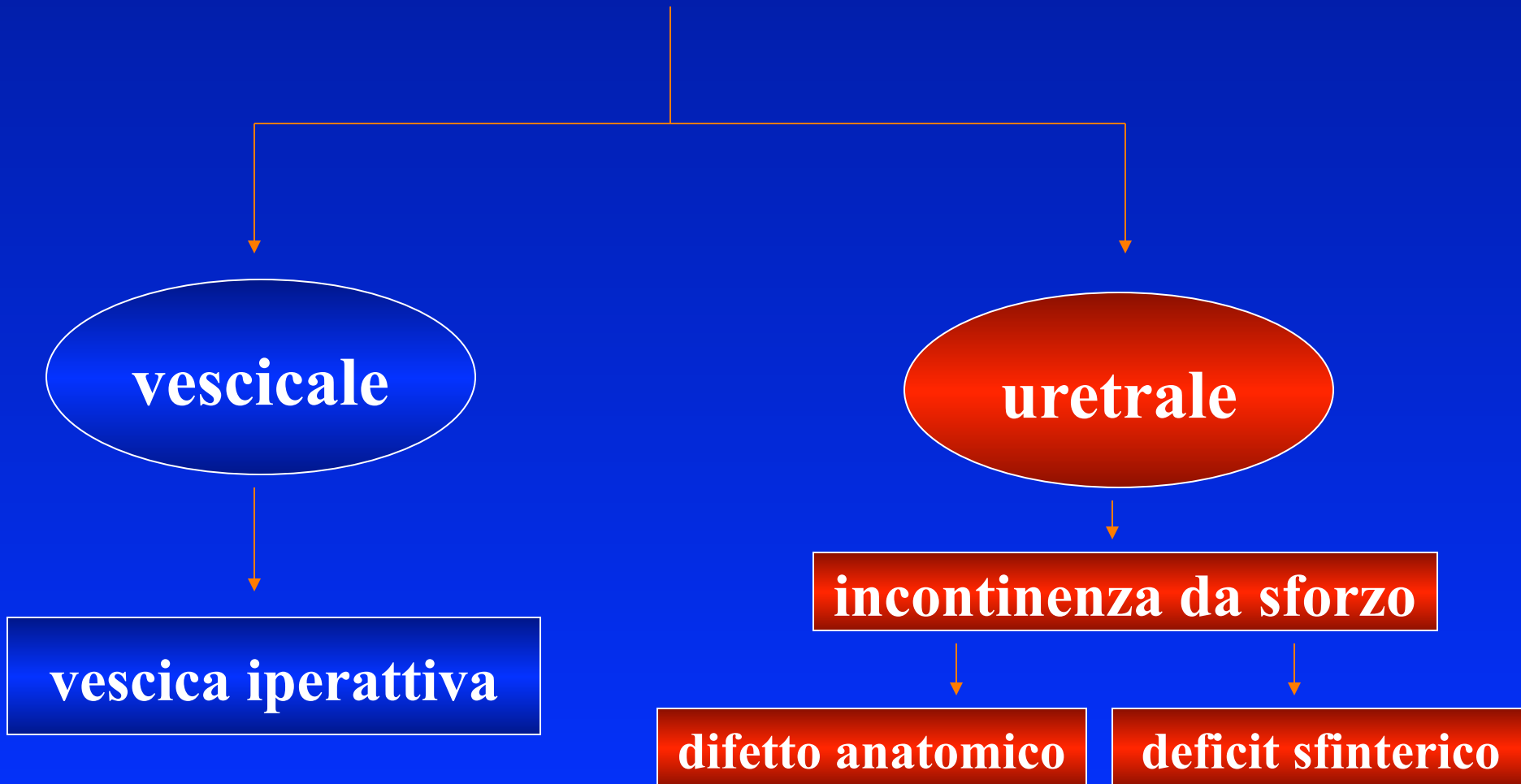
da sforzo

perdita di urina provocata da un aumento improvviso della pressione intra-addominale (ad es. riso, tosse, starnuto)

mista

combinazione dell'incontinenza da sforzo e da urgenza

Incontinenza urinaria femminile



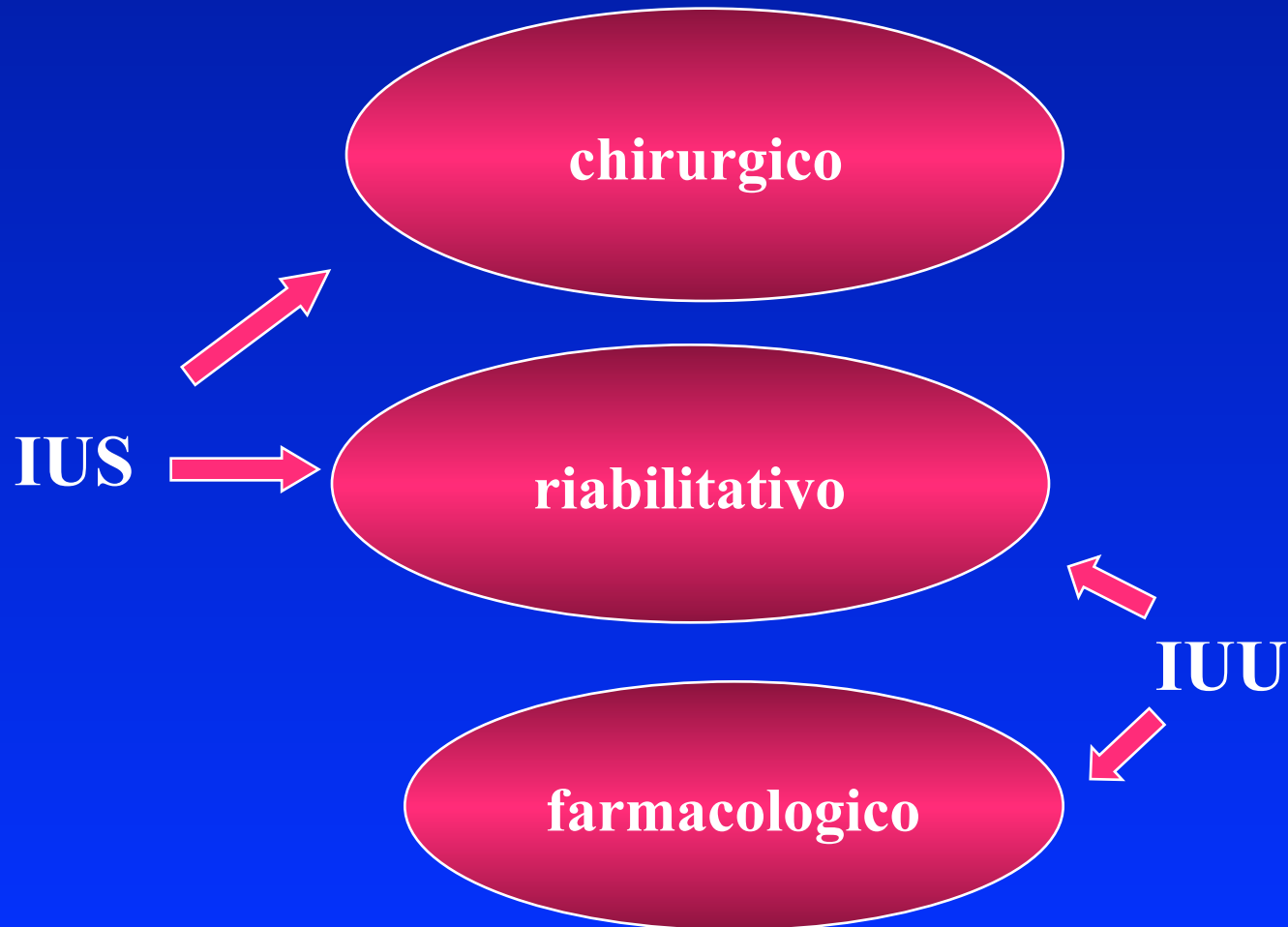
Incontinenza urinaria: fattori di rischio

- **il sesso e l'età**
- **la gravidanza e il parto**
- **la menopausa**
- **isterectomia**
- **fumo**
- **l'obesità**

Incontinenza urinaria e qualità di vita



Il trattamento dell' incontinenza urinaria



PROLASSO GENITALE

PROLASSO GENITALE

- **descensus dei visceri pelvici in direzione dello iatus genitale**
- **insieme all' incontinenza urinaria da sforzo è la manifestazione clinica più importante di un deficit anatomico e funzionale a carico delle strutture che costituiscono il cosiddetto pavimento pelvico**

PROLASSO GENITALE

- piuttosto frequente; prevalenza, come situazione sintomatica, del 20% nella popolazione femminile
- il *lifetime risk* di una donna di incorrere in un intervento chirurgico per incontinenza o prolasso urogenitale è circa dell' 11% e aumenta con l'età

EZIOPATOGENESI

- **FATTORI LOCALI CONGENITI**
 - dolico-Douglas, turbe innervazione muscoli elevatori, deficit componente connettivale del pavimento pelvico, brevità congenita della vagina
- **FATTORI LOCALI ACQUISITI**
- **FATTORI GENERALI (obesità, broncopneumopatie cr., neuropatia diabetica, stipsi cronica, lavori pesanti)**

FATTORI LOCALI ACQUISITI

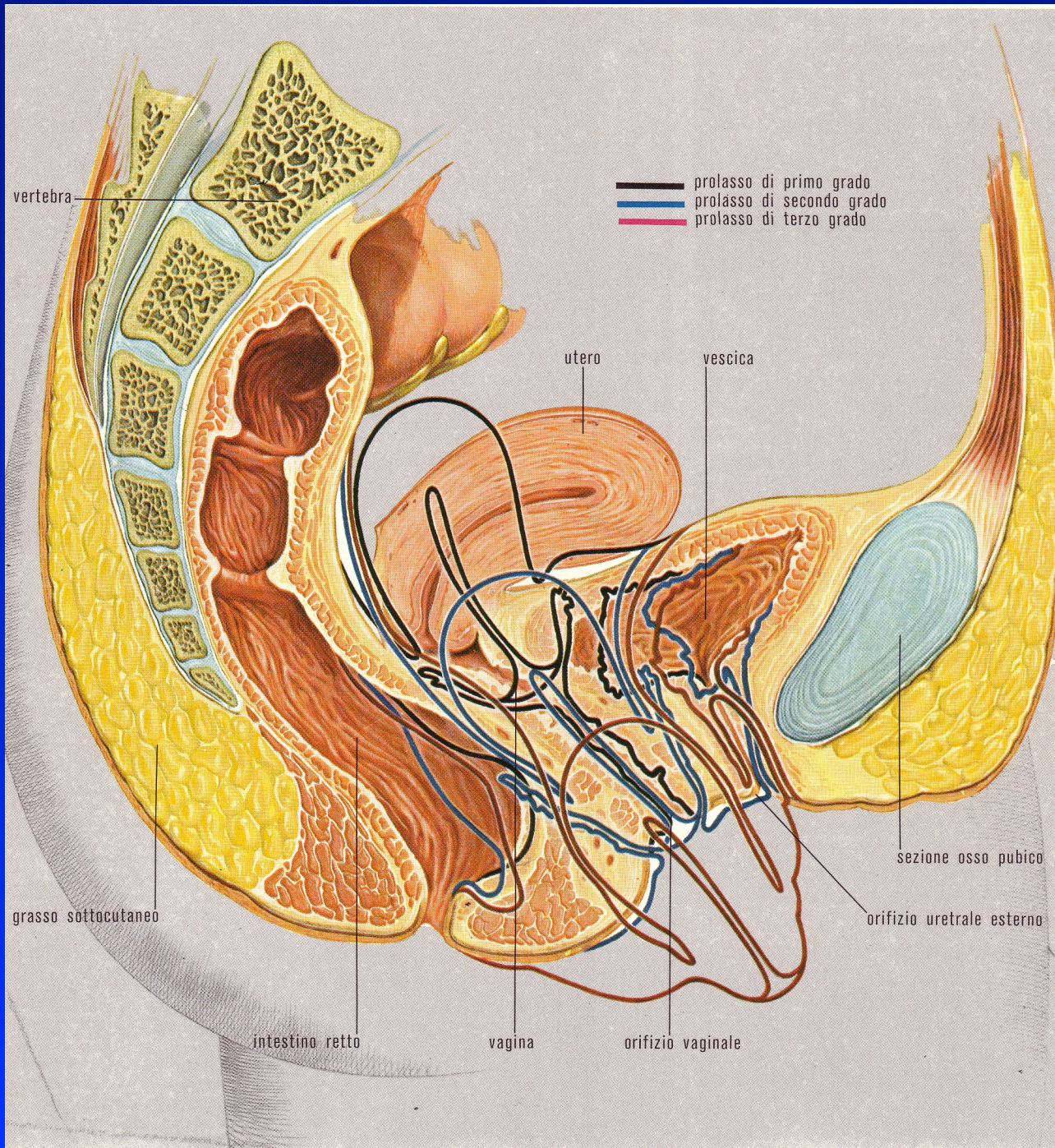
- **fattori ostetrici** (parto difficile e/o operativo, lungo periodo espulsivo, spinte a dilatazione non completa, macrosomia fetale, lacerazioni, multiparità, parti ravvicinati, gemellarità)
- **ipoestrogenismo** (comporta dopo la menopausa un' importante perdita di fibre collagene ed elastiche)

FATTORI LOCALI ACQUISITI

- il 20-30% delle donne che hanno partorito per le vie naturali presenta una incontinenza da sforzo transitoria e tra queste il 10% ha un'incontinenza da sforzo permanente
- la rarità del prolasso nella donna vergine e nella nullipara evidenzia come il parto rappresenti un importante traumatismo, che dà luogo a lesioni la cui manifestazione può essere ritardata fino alla comparsa di un cofattore quale può essere la menopausa, l'obesità ecc..

SINTOMATOLOGIA

- **senso di peso ai quadranti inferiori dell' addome**
- **incontinenza urinaria**
- **difficoltà minzionali e/o defecatorie**
- **pollachiuria, nicturia, urgenza minzionale**
- **dolore lombare**
- **dispareunia**
- **sanguinamento intermittente**







Cos' è la disfunzione perineale?

- **La disfunzione muscolare perineale si configura essenzialmente:**
 - **nell' ipovalidità prettamente muscolare cioè in una ridotta prestazione muscolare**
 - **o in un disturbo neuromotorio (contrazione perineale riflessa allo sforzo assente o scarsa; le dissinergie come ad esempio l' inversione di comando perineale)**

LA RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO



Riabilitazione perineale

- **Nessun trattamento chirurgico può restituire ad un muscolo striato una funzione perduta**
- **Nessun trattamento riabilitativo può ricostruire l'integrità anatomica di una fascia lesionata**

La riabilitazione perineale

Principali tappe storiche

- 1948 Kegel ottiene l' 80% di guarigioni in pz affette da IUS dopo 20-40 ore di rinforzo muscolare in 20-60 giorni
- 1990 ICS: la riabilitazione perineale acquista dignità scientifica

Prevenzione

- **Obiettivi attuali:**

Stabilire con chiarezza
ruoli e tempi della terapia



la riabilitazione perineale

- **Valido approccio per il trattamento di disfunzioni uroginecologiche tra cui principalmente:**
 - incontinenza urinaria**
 - alcune forme di prolasso genitale**
 - stipsi o incontinenza fecale**
 - sindromi dolorose perineali**

Finalità terapeutiche e preventive

La riabilitazione perineale finalità preventive

nel post-partum

prima e dopo chirurgia pelvica

Ipovalidità dell'elevatore dell'ano

la riabilitazione perineale

tecniche principali

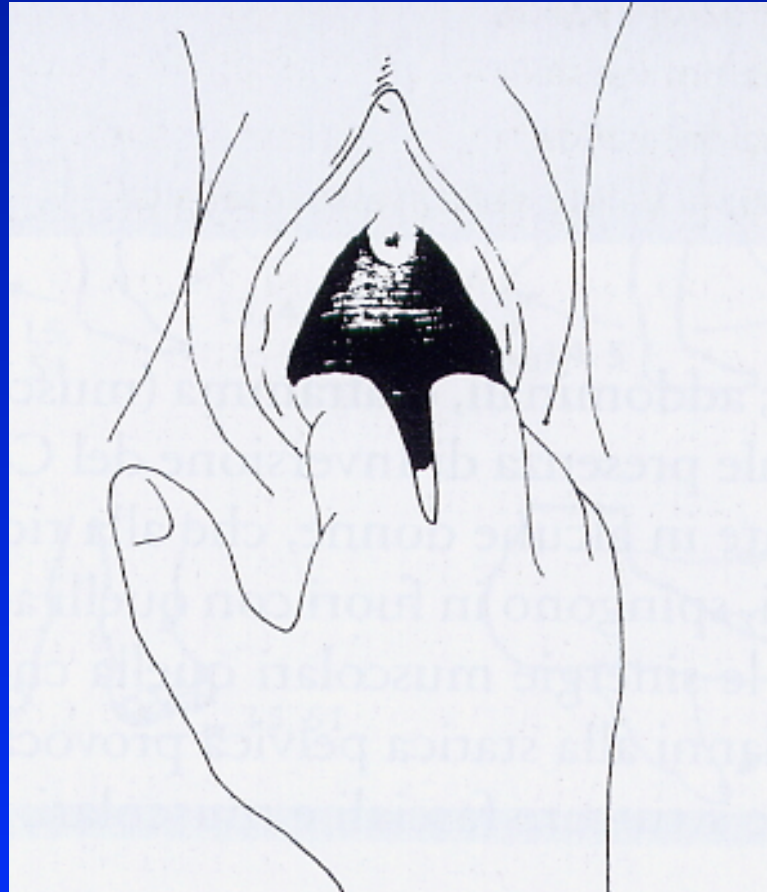
- **Elettrostimolazione perineale**
- **Biofeedback**
- **Chinesiterapia pelvi-perineale**
- **Tecniche minori: coni/sfere vaginali**
- **Altre tecniche associate: bladder retraining, psicoterapia, tecniche di rilassamento, stimolazione del nervo tibiale**

Diversamente impiegati a seconda del disturbo funzionale e organico della paziente

Valutazione dei muscoli perineali

Testing perineale o Test dell' elevatore dell' ano

- La manovra va eseguita sia posteriormente che a destra e a sinistra per valutare eventuali asimmetrie



Riabilitazione perineale: finalità

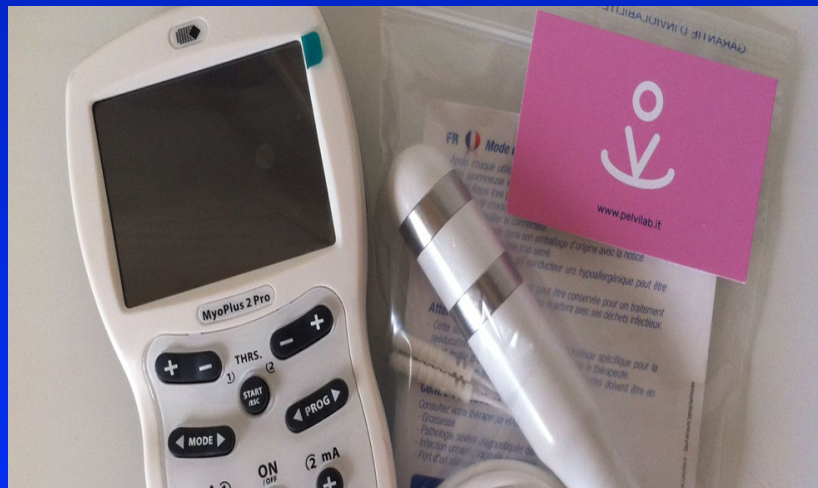
- aumentare la consapevolezza e la percezione di tale regione anatomica
- correggere eventuali alterazioni della statica pelvica
- influenzare positivamente il ciclo minzione – continenza
- aumentare il tono del muscolo elevatore dell'ano, aumentare la muscolatura striata periuretrale
- migliorare il riflesso di contrazione perineale allo sforzo
- migliorare la qualità della vita sessuale

La riabilitazione perineale

Tappe terapeutiche

- 1) Presa di coscienza della regione anatomica**
- 2) Eliminazione delle ev. sinergie muscolari**
- 3) Rinforzo muscolare**
- 4) Ripristino dell' automatismo**

La Stimolazione Elettrica Funzionale (SEF)



SEF

Le correnti pulsate. Generatori



La stimolazione elettrica è intermittente
e l' impulso elettrico è variabile per intensità, durata e frequenza

SEF: obiettivi

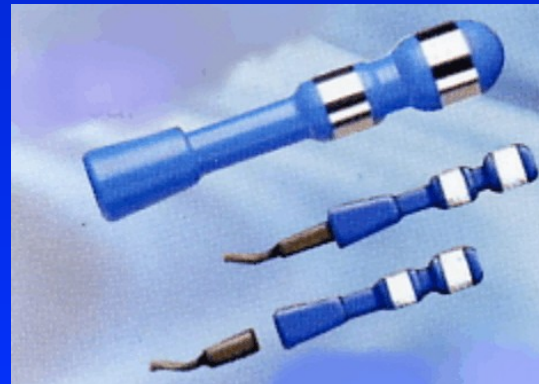
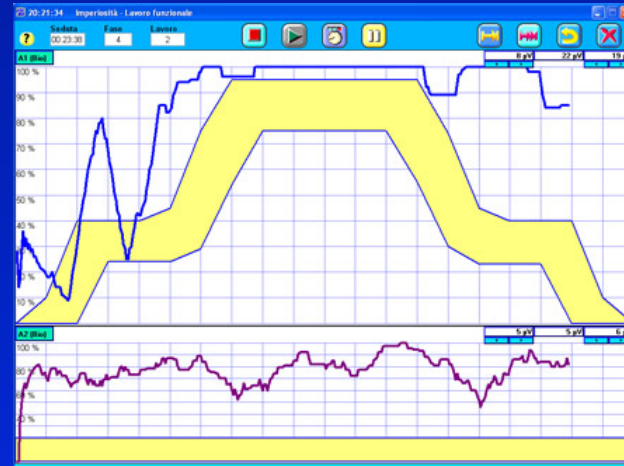
**FACILITARE LA PRESA
DI COSCIENZA**

**RINFORZARE
LA MUSCOLATURA
PERINEALE**

**DIMINUIRE L' ATTIVITA'
DEL DETRUSORE**

**OTTENERE
EFFETTO ANALGESICO**

Il Biofeedback (BFB)



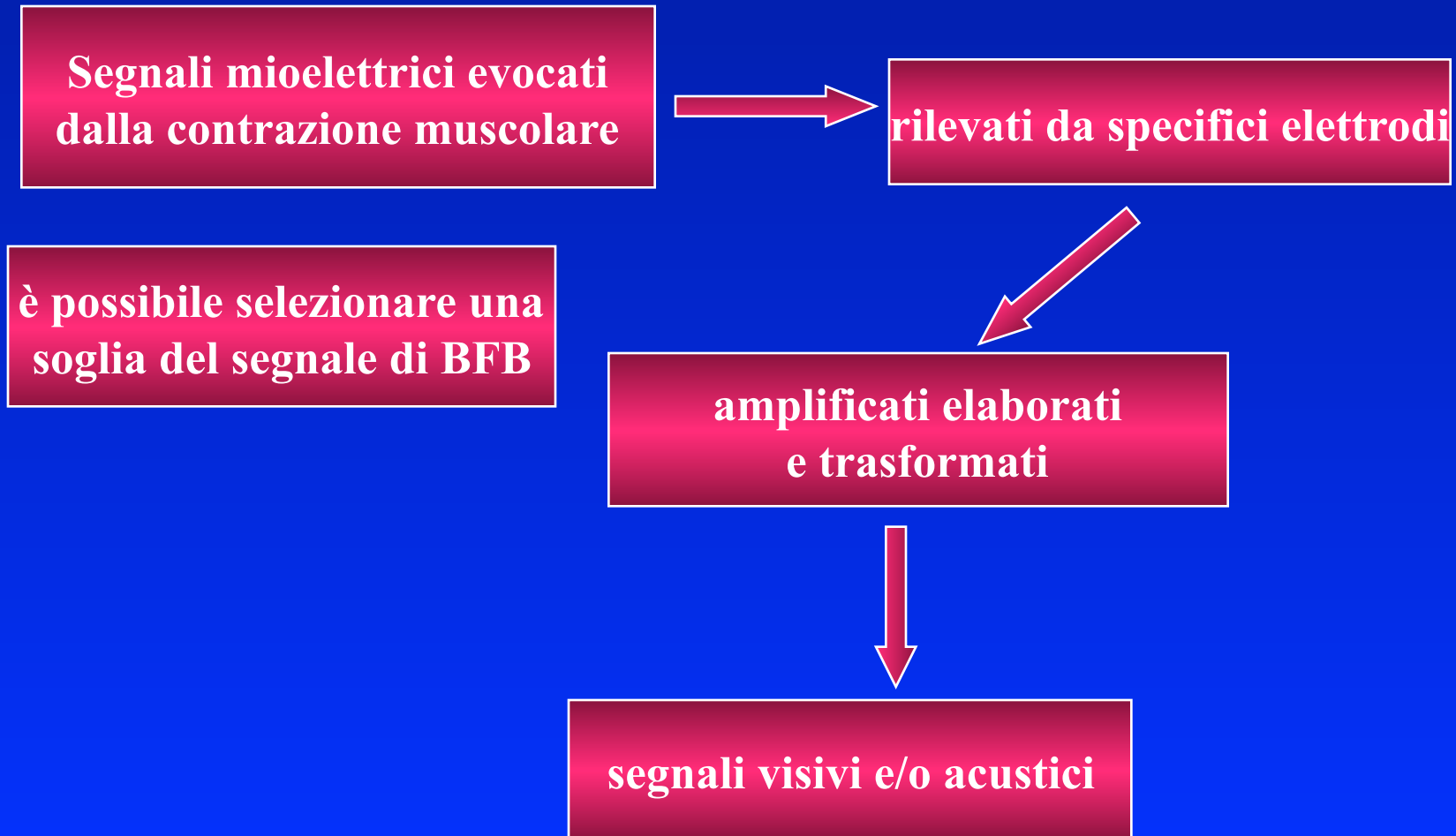
BFB

Caratteristiche

- **Fornisce inconsce informazioni dell' area pelvica**
- **Richiede pazienti motivate**
- **Necessita la supervisione del lavoro da parte del terapeuta**

BFB

Caratteristiche tecniche



BFB

Obiettivi

**Acquisire o aumentare la consapevolezza
del muscolo del pavimento pelvico**

Elettività della contrazione

**Rilassamento muscolare se
c'è ipertono**

**Rinforzo muscolare
(esercizi tonici e fasici)**

La Chinesiterapia pelvi-perineale (CPP)



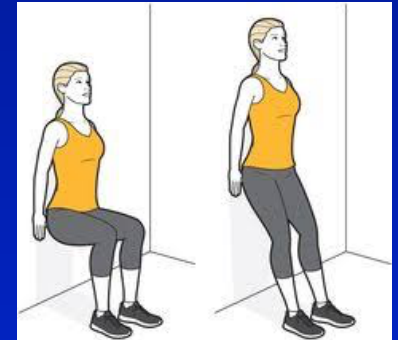
CPP

Obiettivi

Rinforzare le funzioni biologiche proprie del muscolo perineale

- **Elettiva utilizzazione dell' elevatore dell' ano**
- **Rinforzo dell' azione di supporto del viscere**
- **Sostegno della giunzione vescico-uretrale**
- **Rinforzo della motricità volontaria sfinterica**
- **Sviluppo del riflesso di chiusura perineale**

Pelvic Floor Training



**ripetizione consecutiva volontaria di contrazione e relax
dello specifico muscolo del piano perineale
aumenta il tono di base e la capacità contrattile rapida
aumenta la forza, la resistenza allo sforzo, la velocità di
contrazione, migliora l'elasticità e l'estensibilità**

Rieducazione posturale globale

- **E' finalizzata alla correzione di alcuni difetti della postura che possono influenzare negativamente la statica pelvica (cambiamento della lordosi lombare e una retroversione del bacino)**



La riabilitazione perineale coni/sfere vaginali



La riabilitazione perineale coni/sfere vaginali

Indicazioni

- **lieve incontinenza urinaria da sforzo**

**In assenza di importanti dissinergie muscolari (es.
l' inversione di comando)**

Vantaggi

- **tecnica non invasiva**
- **testing del muscolo del piano pelvico**
- **bassi costi**

Riabilitazione perineale successo terapeutico

- **adeguata selezione delle pazienti**
- **corretta istruzione da parte dell'operatore**
- **motivazione delle pazienti**
- **sequenza del programma**

Riabilitazione perineale risultati

- **Nella IUS miglioramenti e/o guarigioni dal 54 al 70% dei casi**
- **Nelle IUS a 5 aa 70% pz soddisfatte, 14% pazienti ricorse alla t. chirurgica (K. Bo et al, 1996)**
- **Nella IUU sono stati rilevati miglioramenti soggettivi intorno al 70% dei casi (Frewen, 1978)**

La riabilitazione perineale IUS

- **La riabilitazione perineale rappresenta il trattamento di prima istanza nella IUS senza grave grado di prolasso urogenitale**

La riabilitazione perineale

- **non ha effetti collaterali**
- **dà buoni risultati**
- **non compromette un' eventuale successiva correzione chirurgica**
- **valido metodo di prevenzione**



Grazie per l'attenzione.....