

Incontinenza urinaria maschile

Incontinenza urinaria maschile

Epidemiologia

L'incontinenza urinaria affligge l'umanità dalla notte dei tempi, essendo citata la prima volta in un manoscritto egiziano del 1500 A.C.

L'incontinenza urinaria è definita come la *perdita involontaria di urina al di fuori dell'atto volontario della minzione*.

Colpisce buona parte anche della popolazione maschile e la sua incidenza aumenta con l'età. Si stima che a 70 anni circa un quarto degli uomini soffra di qualche forma di incontinenza urinaria. I numeri sono aumentati negli ultimi decenni per il maggior ricorso alla chirurgia pelvica e alle altre forme di trattamento del tumore della prostata.

Può essere suddivisa in:

- **Incontinenza da sforzo:** perdita involontaria di piccole quantità di urina che si verifica sotto sforzo quando aumenta la pressione sulla vescica. Si tratta della forma più frequente e tipicamente avviene con i colpi di tosse o durante sforzi addominali severi, ma in alcuni casi anche dopo sforzi o movimenti lievi come l'alzarsi dalla sedia, camminare o ridere.

- **Incontinenza da urgenza:** causata da contrazioni involontarie del muscolo detrusore. Tali contrazioni generano la sensazione di impellenza della minzione (urgenza), con impossibilità a trattenere l'urina. La vescica iperattiva a sua volta si suddivide in: idiopatica (non se ne conoscono le cause); neurogena quando causata da disfunzioni del sistema nervoso provocate da traumi o malattie quali sclerosi multipla, Parkinson o spina bifida;

- **Incontinenza mista** (sintomi tipici dell'incontinenza da stress e dell'incontinenza da urgenza);

- **Incontinenza da rigurgito:** si verifica quando la vescica si riempie oltre la sua capacità e non riesce a svuotarsi completamente (mancata sensazione di riempimento o presenza di ostacoli a livello dell'uretra che impediscono lo svuotamento completo della vescica provocandone il riempimento oltre i limiti fino al superamento della resistenza dello sfintere con perdita incontrollata dell'urina (adenoma della prostata, stenosi uretrale);

Cause

- Chirurgia pelvica (Prostatectomia radicale)
- Chirurgica dell'ipertrofia prostatica
- Malattie neurologiche
- Ipertrofia prostatica
- Deterioramento cognitivo

Sintomi

La sintomatologia è caratterizzata dalla perdita d'urina in quantità variabile.

Diagnosi

La diagnosi si basa inizialmente su anamnesi ed esame obiettivo.

E' fondamentale valutare in quali occasioni si verificano le perdite e cercare di quantificarle (ad esempio verificando quanti assorbenti vengono cambiati ogni giorno).

In seconda battuta possono essere eseguiti a seconda del caso specifico, esami diagnostico strumentali quali:

- *Esame urine ed urinocoltura* (per valutare eventuali infezioni delle vie urinarie);
- *Diario minzionale* (diagramma volume/frequenza - valuta la capacità vescicale, la frequenza delle minzioni e delle perdite urinarie);
- *Test del pannolino* (Pad test - valuta l'entità delle perdite giornaliere o

- dopo un breve periodo di esercizio);
- *Ecografia addominale* (per valutare eventuale ristagno di urina in vescica o grossolane anomalie anatomiche);
 - *Uretrocistoscopia* (per valutare anomalie anatomiche);
 - *Esame Urodinamico* (per valutare il funzionamento della vescica e dell'uretra);
 - *Uroflussometria* (valutazione del flusso urinario).

Terapia

La terapia dell'incontinenza urinaria si basa sull'utilizzo di presidi atti a contenere l'urina, terapia fisica o farmacologica ed eventuale terapia chirurgica quando indicato:

- *Presidi sintomatologici* (pannolini, condom o stringipene per migliorare la qualità di vita evitando o contenendo le perdite urinarie).
- *Stile di vita ed esercizio fisico* (cambiamenti della dieta, attività fisica adeguata e modifica di abitudini sbagliate).
- *Rieducazione pelvica* (esercizi specifici con lo scopo di rinforzare la muscolatura del pavimento pelvico e lo sfintere urinario: esercizi di Kegel, biofeedback e stimolazione elettrica).
- *Terapia farmacologica* varia a seconda della causa che ha dato origine all'incontinenza (antimuscarinici che appartengono alla classe degli anticolinergici, agonisti α/β -adrenergici, duloxetina).

Interventi chirurgici

- *Neuromodulazione sacrale* (posizionamento di un piccolo stimolatore nervoso in corrispondenza di una radice nervosa).
- *Posizionamento di Sling uretrali* (Advance, Atoms e altri).
- *Posizionamento di sfintere artificiale*.
- *Iniezioni parauretrali con bulking agents sottomucosi o parauretrali*, sostanze o

dispositivi volumizzanti, che riducendo il calibro dell'uretra riducono la perdita urinaria creando ostruzione al flusso.

[Vai agli interventi](#)

Per doverosa informazione, si ricorda che la visita medica rappresenta il solo strumento diagnostico per un efficace trattamento terapeutico. I consigli forniti in questo sito devono essere intesi semplicemente come suggerimenti di comportamento.