

# Aggiornamenti in Urologia: Specialisti e MMG a confronto

Teatro Auditorium Poggio Rusco (MN)  
17 Marzo 2018



## **Inquadramento clinico: dai LUTS alla Ritenzione Urinaria: Il ruolo del MMG**

Dott. Claudio ZAMBINO  
Medico di Medicina Generale  
Poggio Rusco, MN

# LUTS



# LUTS

## Lower Urinary Tract Symptoms

- Il termine LUTS è un acronimo in lingua inglese
- Indica un insieme di sintomi del basso tratto urinario che si possono manifestare sia nel maschio sia nella femmina, a qualsiasi età.

# LUTS

I **sintomi** sono legati alle diverse fasi della funzione minzionale e si suddividono in tre gruppi:

- sintomi della fase di riempimento vescicale
- sintomi della fase di svuotamento
- sintomi legati alla fase post-minzione

# LUTS

I **sintomi principali** sono:

- Alta **frequenza diurna** delle minzioni (pollachiuria) o notturna, causando interruzione del sonno (nicturia)
- Necessità di urinare con urgenza a volte associata a perdita involontaria di urina
- Getto debole intermittente con difficoltà ad iniziare la minzione
- Sgocciolamento di urina post-minzionale
- Senzazione di **mancato svuotamento** della vescica  
Senzazione di "**disconfort**" o "malessere" al basso ventre

# LUTS

Per raccogliere informazioni sui LUTS esistono **questionari** studiati appositamente dalla comunità scientifica.

## **International Prostate Symptom Score**

L'**IPSS** è un test composto di **otto domande**

Si basa sulle risposte a sette domande che riguardano i sintomi urinari, alle quali si aggiunge una domanda sulla qualità di vita percepita dal paziente.

Le domande si riferiscono ai seguenti sintomi urinari:

- Svuotamento incompleto
- Frequenza diurna
- Intermittenza
- Urgenza
- Forza del Flusso
- Difficoltà ad iniziare la minzione
- Nicturia

### QUESTIONARIO IPSS (International Prostatic Symptoms Score)

Il questionario IPSS, unico questionario validato in lingua italiana per questa patologia, permette una valutazione oggettiva della sintomatologia urinaria del paziente affetto da ipertrofia prostatica.

	Nessuna volta	Meno di una volta su 5	Meno della metà delle volte	Circa la metà delle volte	Più della metà delle volte	Quasi sempre
Quante volte nell'ultimo mese ha avvertito un senso di incompleto svuotamento vescicole al termine della minzione?	0	1	2	3	4	5
Nell'ultimo mese quante volte ha urinato meno di due ore dopo l'ultima minzione?	0	1	2	3	4	5
Nell'ultimo mese Le è mai capitato di dover mingere in più tempi?	0	1	2	3	4	5
Nell'ultimo mese quante volte ha avuto difficoltà a posporre la minzione?	0	1	2	3	4	5
Nell'ultimo mese quanto spesso il getto urinario Le è parso debole?	0	1	2	3	4	5
Quante volte nell'ultimo mese ha dovuto sforzarsi per iniziare ad urinare?	0	1	2	3	4	5
Nel corso dell'ultimo mese, quante volte si è alzato per andare ad urinare la notte?	0	1	2	3	4	5

	Bene	Soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Così Così	Relativamente Insoddisfatto	Male	Molto male
Se dovesse trascorrere il resto della Sua vita con la Sua attuale condizione urinaria, come si sentirebbe?	0	1	2	3	4	5	6

**LUTS : EZIOPATOGENESI**

**Iperplasia prostatica  
benigna**

**Patologia vescico- uretrale**

**Iperattività/Ipoattività detrusoriale**

**Infezioni genito urinarie**

**Disfunzione vescicale neurogena**

**AGING**

**LUTS**

**SINDROME METABOLICA CON  
INFIAMMAZIONE SISTEMICA ED  
INCREMENTO DELL' ATTIVITA'  
ALFA - ADRENERGICA**

# LUTS

In passato si riteneva che i LUTS fossero prevalentemente determinati da **Ostruzione Vescicale (Os Ve)/IPB**

Attualmente si dà più importanza ad altri fattori quali

**-Vescica iperattiva (OAB)**

**-Iperattività del Muscolo detrusore vescicale**

## Ostruzione vescicale da IPB

### Ostruzione vescicale da altre cause:

Stenosi uretrale, ostruzione primitiva o contrattura del collo vescicale, alterazioni della sinergia destruttore-sfintere (i.e. da sclerosi multipla o mielo-lesione).

### Vescica iperattiva ed iperattività del detrusore:

(OAB)

E' spesso correlata all'iperattività del detrusore e si associa più frequentemente a disturbi del riempimento di tipo irritativo rispetto a quelli dello svuotamento. Le cause di OAB, spesso non note, possono essere di tipo neurologico (malattie cerebro-vascolari, m di Parkinson, sclerosi multipla, lesioni midollari) o ostruttivo (post-chirurgia pelvica o da calcoli vescicali).

## **Screening iniziale**

I pazienti con LUTS devono essere valutati mediante una attenta anamnesi (assunzione di anti-depressivi, diuretici, bronco-dilatatori, anti-istaminici, sintomi neurologici, pregressi traumi) ed un accurato esame obiettivo.

I Pazienti con sintomi e storia suggestivi di IPB e OsVe possono essere trattati empiricamente anche in ambiente non specialistico.

## Test diagnostici di secondo livello

### Uroflussimetria e residuo vescicale post-Minzionale

### Ecografia apparato urinario e prostata trans-addominale e/o trans-rettale:

Utili per misurare lo spessore di parete della vescica, del detrusore, il volume prostatico.

### **Tra i test diagnostici invasivi:**

### Studi uro-dinamici di pressione-flusso:

Sono il gold standard per la diagnosi di iperattività del detrusore, in particolare nei pazienti neurologici e nei non responder ai trattamenti per OsVe.

### Uretro-cistoscopia:

Da eseguire in caso di sospetta patologia vescicale uretrale e/o prima di interventi chirurgici minimamente invasivi.

## TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

### Trattamento dei LUTS da OsVe

Quando prevalgono i sintomi di svuotamento dovuti a OsVe secondaria a IPB, il trattamento iniziale è farmacologico, specie se i disturbi sono di entità medio-moderata e non vi è indicazione a una soluzione chirurgica. Le opzioni terapeutiche comprendono:

**α-litici** (terazosina, doxazosina, tamsulosina, alfuzosina e silodosina): sono farmaci di prima linea nel trattamento della IPB e dei sintomi ad essa correlati. Agiscono rilassando la muscolatura liscia a livello del collo vescicale e della prostata.

**Tamsulosina e silodosina** sono α-litici selettivi, con minori effetti cardio-vascolari (vertigini ed ipotensione) rispetto ai meno selettivi terazosina e doxazosina;

**Inibitori della 5-α reduttasi** ( finasteride dutasteride):

il blocco competitivo dell'enzima inibisce la conversione del Testosterone in DHT: né deriva atrofia delle cellule epiteliali

prostatiche, con una riduzione volumetrica della ghiandola fino al 25% e un miglioramento dei sintomi e del flusso

urinario dopo almeno tre mesi. Gli effetti indesiderati più frequenti sono **disfunzione eiaculatoria** ed **erettile**, calo della

libido e **ginecomastia**. Prima dell'utilizzo di questi farmaci, il paziente dovrebbe essere valutato per altre condizioni

urologiche, incluso il tumore della prostata. La combinazione di α-litici e inibitori della 5-α reduttasi risulta molto efficace nel miglioramento dei sintomi.

## Trattamento dei LUTS da OAB

Laddove prevalgono i sintomi da urgenza/frequenza dovuti a OAB, l'obiettivo è ridurre le contrazioni involontarie del detrusore, mediate, dall'azione dell'acetilcolina sui recettori muscarinici utilizzando farmaci anti-colinergici (tolterodina, ossibutinina, darifenacina, solifenacina, fesoterodina, trospio) . Gli effetti indesiderati, legati al blocco dei recettori muscarinici M2, sono secchezza delle fauci, paralisi del muscolo ciliare del cristallino con conseguente visione offuscata, tachicardia, sonnolenza, ridotta motilità gastro-intestinale con costipazione e ridotta funzione cognitiva.

Il **mirabegron**, agonista  $\beta$ -adrenergico, si è dimostrato utile nel controllo dei sintomi da urgenza/frequenza al pari degli anti- colinergici , con maggior profilo di sicurezza sul rischio di ritenzione urinaria, anche se può favorire lo sviluppo di ipertensione arteriosa

## TRATTAMENTI CHIRURGICI

La chirurgia è riservata a casi di scarsa/insoddisfacente risposta al trattamento medico, pazienti con sintomatologia ingravescente nonostante il trattamento, pazienti che scelgono una risoluzione definitiva. Le opzioni chirurgiche possono includere ablazione trans-uretrale in radio-frequenza, laser vaporizzazione della prostata, TURP, prostatectomia.

## **RITENZIONE URINARIA**

Per **ritenzione urinaria**, o **iscùria** (dal greco *Ischö* ritengo, fermo + *Oyron* urina = "trattenere urina"), si intende la presenza di **urina** nella **vescica**, come conseguenza dell'incapacità della stessa di svuotarsi. La ritenzione urinaria può essere **incompleta**, quando rimane un residuo di urina in vescica al termine della minzione, oppure **completa**, e in tal caso può insorgere in modo brusco o essere l'esito di una precedente ritenzione urinaria incompleta.

## EPIDEMIOLOGIA

La ritenzione urinaria è più frequente nel sesso maschile rispetto al femminile. La maggior parte degli episodi di ritenzione sono correlati a interventi chirurgici in anestesia generale e alla storia naturale della Iperplasia prostatica Benigna

## SINTOMI

La forma cronica di ritenzione urinaria si manifesta in modo graduale e progressivo, con disturbi della minzione di lunga durata (mesi o anni).

Si manifesta, inoltre, con un aumento della frequenza minzionale, specialmente notturna, minzione dolorosa, difficoltà nell'incominciare la minzione, tempi di attesa minzionale prolungati, minzione in più tempi, getto debole. La sintomatologia dolorosa che caratterizza la forma acuta è assente quella cronica, ma le cause sono pressoché le stesse in entrambe le forme.

Trascurare i sintomi e ritardare le cure può sfociare anche in una seria alterazione della funzione renale.

Il termine "*iscuria paradossa*" viene utilizzato per definire una ritenzione di urina, con emissione di gocce di urina causata da una vescica troppo distesa. È un reperto classico dell'Iperplasia prostatica benigna.

## SEGNI

Il "globo vescicale" è una condizione caratterizzata dall'aumento di volume della vescica che può arrivare a contenere fino a 3000/4000ml, dovuta a un'impossibilità o a difficoltà nella minzione e quindi alla ritenzione delle urine al suo interno. La vescica diventa così palpabile

## CLASSIFICAZIONE

La ritenzione urinaria può essere così classificata:

### Ritenzione ostruttiva:

è causata da ostacoli nel passaggio dell'urina come un ingrossamento prostatico, restringimento dell'uretra, presenza di calcoli che occludono parzialmente l'uretra

### Ritenzione non ostruttiva:

Tale patologia può insorgere in seguito a svariate cause: l'iperreflessia detrusoriale con perdita della normale coordinazione tra detrusore ed apparato sfinterico può sfociare in ritenzione urinaria dovuta a disinergia vescico-sfinterica; la disfunzione a livello della conduzione degli stimoli nervosi dalla vescica al cervello può comportare un eccessivo riempimento della vescica senza ricevere lo stimolo allo svuotamento (areflessia detrusoriale); l'incapacità di distendere il pavimento pelvico può anch'essa dare origine a ritenzione urinaria di origine funzionale.

## ALTRE CAUSE

Altre cause sono collegabili alla perdita di tono muscolare della vescica, oppure ad altri fattori come:

•**Eventi traumatici**

•**Stenosi del collo vescicale**

•**Indotta da alcune tipologie di farmaci**

(antipsicotici, antidepressivi, antibiotici, anticolinergici, inibitori della COX-2, benzodiazepine, calcioantagonisti, anestetici, morfina e altri oppiacei)

Fra i fattori di rischio esistono diverse malattie che predispongono a livello neurologico a tale evento, come il diabete, la malattia di Parkinson, la sclerosi multipla.

## DIAGNOSI

La diagnosi può essere facilmente effettuata se la persona in questione non riesce più a urinare, altrimenti come esame è previsto il cateterismo postminzionale.