

Menopausa e disturbi urinari. Studio multicentrico

M.A. BOVA¹, L. MORABITO², P. LIGUORI³

RIASSUNTO: Menopausa e disturbi urinari. Studio multicentrico.

M.A. BOVA, L. MORABITO, P. LIGUORI

La menopausa rappresenta un importante momento di transizione con rilevante impatto sulla qualità della vita della donna; dopo la fine del periodo fertile si assiste a modificazioni cutanee e mucose imputabili alla perdita di trofismo, si riduce la lubrificazione vaginale, si modifica l'aspetto della pelle e degli annessi cutanei; la maggiore secchezza delle mucose risulta peggiorativa non solo delle condizioni delle mucose "esterne" come quella vaginale, orale e nasale, ma anche di mucose "interne" come quella vescicale, uretrale e rettale.

Dal nostro studio emerge come la incontinenza urinaria si manifesta più spesso in donne che hanno espletato parti vaginali multipli con travagli che si sono protratti per lungo tempo e feti di peso superiore alla norma, in condizioni ormonali di ipoestrogenismo, isterectomizzate e/o con alterazione del profilo vaginale.

Traumatismi pelvici, in donne predisposte a lassità dei tessuti, possono compromettere l'intrinseca resistenza dell'uretra e dislocare il collo vescicale essendo queste strutture con scarsa capacità di compenso.

SUMMARY: Menopause and urinary disturbs. Multicentric study.

M.A. BOVA, L. MORABITO, P. LIGUORI

Menopause represents an important moment of transition with a relevant impact on woman's quality life, in fact, after the end of the fertile period, there are skin modifications and mucous membrane caused by the trophism loss, the vagin lubrication decreases, the skin look changes; the major dryness of the mucous membrane results worse both in the "external" mucous membrane as the vaginal mucous, oral mucous and nasal mucous, and in the "internal" mucous as the mucous of the bladder, the one of the urethra and the mucous of the rectum.

From our study stands out that women that had multiples vaginal birth with long labours and foetus overweight, with hormonal conditional of hypoestrogenism, with hysterectomy and/or with a vaginal alteration often have a case of urinary incontinence.

Pelvic traumatism in women that are prone for laxity of tissue, can compromise the intrinsic resistance of urethra and displace the bladder neck because these are structures with a scarce capacity of compensation.

KEY WORDS: Menopausa - Incontinenza urinaria.
Menopause - Urinary incontinence.

Nel periodo post-menopausale si assiste all'istaurarsi di modificazioni cutanee e mucose imputabili alla perdita di trofismo, si riduce la lubrificazione vaginale, si modifica l'aspetto della pelle (che perdendo elasticità si presenta più sottile e più secca) e dei capelli (che diventano più sottili e più fragili); la maggiore secchezza delle mucose risulta peggiorativa non solo delle condizioni delle mucose "esterne" come quella vaginale, ora-

le e nasale, ma anche di mucose "interne" come quella della vescica urinaria, dell'uretra e del retto.

La menopausa rappresenta un importante momento di transizione con rilevante impatto sulla qualità della vita della donna; il processo di invecchiamento della popolazione è destinato a protrarsi e secondo le previsioni elaborate dall'Istat, nel 2020 il 23% della popolazione italiana avrà più di 65 anni e la speranza di vita alla nascita sarà per la popolazione femminile di 84,6 anni. Pertanto oltre un terzo della popolazione femminile avrà circa il 40% della propria vita da trascorrere in post-menopausa; sarà necessario quindi adoperarsi affinché questa parte della vita sia il più possibile confortevole.

La donna dopo la menopausa manifesta, con frequenza notevolmente maggiore rispetto al periodo fer-

A.S. n° 9 LOCRI

¹C.R.A. SCREENING TUMORI FEMMINILI
Ospedale di Budrio

²U.O. Ostetricia e Ginecologia
Clinica Madonna delle Grazie - Sibari

³U.O. Ostetricia e Ginecologia

© Copyright 2008, CIC Edizioni Internazionali, Roma

tile, vaginite atrofica, cistite recidivante, disfunzione sessuale femminile, prolasso genitale ed incontinenza urinaria, anche se non tutti questi disturbi sono dovuti esclusivamente alla carenza estrogenica legata alla menopausa.

In letteratura alcuni Autori negano un ruolo della menopausa nell'aumento dei disturbi della continenza urinaria; altri invece riportano che il 70% delle donne anziane incontinenti correla l'inizio dei disturbi urinari con l'ultimo flusso mestruale.

Diversi sono gli studi epidemiologici eseguiti per valutare il prevalere dell'incontinenza urinaria in relazione all'età e al tipo di incontinenza.

Nella popolazione tra i 15 e i 64 anni l'incidenza dell'incontinenza urinaria è stata stimata tra il 10 e il 25% in uno studio pubblicato da Thomas nel 1980 e del 26% in uno studio di Elving del 1989, su una popolazione di donne di età compresa tra i 30 e i 59 anni.

Le modificazioni atrofiche, conseguenza della **deplezione ormonale** tipica di questo periodo, coinvolgono la portio e la vagina e a livello cito-istologico determinano un **assottigliamento progressivo dello strato epiteliale**, che da pavimentoso stratificato non cheratinizzato diventa costituito dal **solo strato basale e parabasale**.

La **portio e i fornic vaginali** nella post-menopausa perdono gradualmente di elasticità. Tale fenomeno è legato a modificazioni qualitative e quantitative dell'apposizione di collagene, che è anch'esso estrogeno-dipendente.

Anche l'**uretra ed il collo vescicale** si comportano in modo del tutto simile, tanto che si parla di **cistopatia disendocrina** proprio per indicare queste forme di cistite recidivante postmenopausale che sono frequentemente associate con un grado più o meno marcato di distrofia vaginale.

La mancata trasformazione per fermentazione del glicogeno (proveniente dal disfacimento delle cellule della mucosa eutrofica) in acido lattico ad opera del bacillo di Doderlein, causa in un'alta percentuale di donne in menopausa (60%circa), l'**alcalinizzazione dell'ecosistema vaginale**.

Tale modificazione inizia intorno ai 45 anni e continua con l'avanzare dell'età, con conseguente **alterato sviluppo della flora batterica** mista, responsabile della maggior parte delle infezioni vulvo-vaginali tipiche di questa fascia di età.

L'**atrofia** dell'epitelio cervico-vaginale e le conseguenti **alterazioni dell'ecosistema vaginale** si traducono in quadri citologici e colposcopici di **flogosi atrofica** spesso di **dubbia interpretazione** che richiedono **ri-valutazione dopo appropriata terapia estrogenica e/o antiflogistica**.

L'uso della terapia estrogenica aumenta la glicogenizzazione, compare muco chiaro, la cervice è più tur-

gida e soffice.

A livello **uretrale** il trattamento con estrogeni determina modificazioni della mucosa alquanto simili a quelle indotte a livello vaginale, con aumento delle cellule superficiali ed intermedie e diminuzione delle cellule transizionali; inoltre il maggior afflusso vascolare periuretrale migliora la funzione intrinseca uretrale.

L'urocitogramma a fresco (microscopia a fresco del washing uretrale) è un utile e immediato presidio diagnostico per la valutazione del citotipo urinario predominante che riflette fedelmente il clima ormonale e quindi lo stato trofico dell'epitelio.

La terapia estrogenica aumentando le cellule superficiali a livello della mucosa vaginale, cellule che producono glicogeno, fa sì che aumenti la colonizzazione da parte del lattobacillo di Doderlein, con relativa diminuzione del pH vaginale e minore facilità alla colonizzazione di germi patogeni; in tal modo si attua una protezione indiretta che riduce l'incidenza di infezioni del tratto urinario inferiore.

Scopo dello studio

Scopo del presente lavoro è studiare la prevalenza dei disturbi urinari della post-menopausa nell'ambito della popolazione femminile di diverse aree geografiche; sono stati inoltre valutati il tipo, la gravità e gli eventuali fattori di rischio dell'incontinenza urinaria.

Materiali e metodi

Tra il gennaio 2000 e il dicembre 2007 sono state prese in esame 3.120 donne. Lo studio ha previsto la compilazione di un questionario anamnestico e l'esecuzione di una visita ginecologica.

Descrizione del campione: il campione era così costituito: l'età media delle donne era di 51,3 anni (range 40-74 aa). L'estrazione socio-economica era la seguente: 30,5% casalinghe, 29,2% lavoratrici dipendenti, 18,6% pensionate, 20,7% libero-professioniste. Culturalmente il target era medio/medio-basso. Sono stati presi in esame i parametri riguardanti il peso, l'altezza, la parità, e l'eventuale parto di feti macrosomi, l'età di insorgenza della menopausa, l'eventuale menopausa chirurgica, la presenza o meno di prolasso genitale. Sono state escluse le donne con pregressi interventi per patologia oncologica. L'età media dell'ultima mestruazione era di 48,5 anni, compresa tra 42 e 57 anni. Il peso corporeo medio di 66 kg (range 49-76 kg), l'altezza media di 163 cm (range 150-176 cm). La parità media era di 2,7 parti, compresa tra 0 e 6 parti. Le nullipare erano il 6,8%, le primipare il 12,2% e le pluriipare l'81%. Il 17% delle donne aveva partorito un feto

macrosoma con peso medio di 4.250 g (range 4.000-5.100 g). Il 17,5% delle donne era stata sottoposta a intervento di isterectomia per patologia non oncologica, il 35,6 % delle donne faceva uso voluttuario di bevande alcoliche, l'82,1% di caffè e/o thé. Il 27,2% fumava. Il 18,3% delle donne era in trattamento ormonale sostitutivo.

Risultati

L'esame obiettivo ginecologico aveva evidenziato la presenza di atrofia genitale nel 24,2% dei casi e di alterazioni del profilo vaginale nel 22% dei casi.

Il 41,4% delle donne lamentava la presenza dei seguenti disturbi urinari: incontinenza urinaria nel 23,1% dei casi, urgenza minzionale nel 10,5%, urgenza/frequenza nel 6,5%, alterazioni dello svuotamento minzionale nello 0,8%. Il 18,3% delle donne riferiva pregressi episodi di cistite.

Per quel che riguarda le donne che lamentavano incontinenza urinaria, si trattava di Incontinenza Urinaria da Sforzo (IUS) nel 56,1%, di *Urge Incontinence* nel 27,3% e di incontinenza di tipo misto nel 16,5% dei casi; l'incontinenza era di grado lieve nel 76,3% dei casi e di grado medio nel 23,7%.

Le donne incontinenti avevano una parità media di 3,1 parti rispetto all'1,2 delle donne continenti, il 23,2% delle pazienti incontinenti ha partorito un feto macrosoma, rispetto all'8,5% delle donne continenti. Il 37,7% delle donne con incontinenza urinaria faceva uso voluttuario di bevande alcoliche contro il 24,3% delle donne continenti. Per i dati relativi ad altre abitudini voluttuarie (uso di caffè/thé e fumo di sigarette) non si sono evidenziate differenze significative tra i due gruppi. Il 18,9% delle donne che lamentava incontinenza era stato in precedenza sottoposto a isterectomia, rispetto al 9,7% delle donne che non lamentava incontinenza. Il 31,2% delle donne incontinenti presenta alterazioni del profilo vaginale, rispetto al 18,1% delle donne continenti. Per quel che riguarda l'uso di HRT: ne faceva uso il 9,7% delle donne incontinenti, contro il 18,3% delle donne continenti.

La sottomucosa uretrale, nella donna in periodo fertile è turgida, soffice, con ricca componente vascolare sotto controllo estrogenico. Turgore e vascolarizzazione diminuiscono notevolmente dopo la menopausa

L'incompetenza del collo vescicale è condizione necessaria ma non sufficiente, poiché deve coesistere un

deficit dei meccanismi distali. La fuoriuscita dell'uretra prossimale dall'atmosfera pressoria endoaddominale comporta l'inefficienza del meccanismo di trasmissione della pressione addominale all'uretra; nel sesso femminile ciò può venire compromesso dal parto e dalle modificazioni menopausali.

La perdita di sofficià e di elasticità della parete uretrale produce l'insufficienza sfinterica, in quanto un tubo rigido, perdendo la capacità di comprimere e di dilatare non può contenere.

Conclusioni

I problemi della menopausa devono rappresentare una delle priorità assolute dei programmi di salute pubblica, anche perché se la nostra società invecchia bisogna fare in modo di aggiungere salute agli anni guadagnati, soprattutto percorrendo le vie della prevenzione.

Dalla disamina dei dati del nostro studio emerge come l'incontinenza urinaria si manifesta più spesso in donne che hanno espletato parti vaginali multipli con travagli che si sono protratti per lungo tempo e feti di peso superiore alla norma, in condizioni ormonali di ipostrogenismo, isterectomizzate e/o con alterazione del profilo vaginale. Dati sperimentali, infatti, dimostrano che traumatismi pelvici, in donne predisposte a lassità dei tessuti, possono compromettere l'intrinseca resistenza dell'uretra e dislocare il collo vescicale, essendo queste strutture con scarsa capacità di compenso. Tali traumatismi possono essere alla base di una parziale denervazione dei muscoli del pavimento pelvico per effetto della compressione dei nervi pudende, con conseguente *stress incontinence*. Se questi fattori sono cause sufficienti a chiarire la temporanea incontinenza post-partum, restano da chiarire i fattori che intervengono nell'insorgenza dell'incontinenza permanente, che si manifesta a distanza di 10-15 anni dal parto. Esiste una predisposizione naturale all'incontinenza da stress legata ad un deficit congenito di collagene, con riduzione soprattutto del collagene di tipo I e dei cross-links tra le fibre, che si ritiene siano i fattori responsabili della resistenza del tessuto connettivo. Le ragioni per cui alcune donne sviluppano l'incontinenza urinaria non sono ancora del tutto ben definite: è verosimile che una moltitudine di fattori di rischio concorra a determinarla.

Bibliografia

1. NYGAAR I, DELANCEY JOL, ARNSDORF L et al. *Exercise and incontinence*. Obstet. Gynecol 1990; 75:848.
2. KENNEDY KL, STEIDLE CP, LETIZIAT. M. *Urinary incontinence: the basics*. Ostomy-Wound-Manage. 1995 Aug

- 41(7): 16-8,20,22 Passim.
3. ARTIBANI W. In "Riabilitazione Uro-Ginecologica" di P. Di Benedetto, Ed. Minerva Medica, 1998.
 4. BLAIVAS JG, OSSLOM CA. *Stress incontinence: classification and surgical approach*. J Urol 1988; Vol. 139.
 5. SCHAR G, FINK D. *Female incontinence: work-up and therapy*. Schweiz-Rundsch-Med-Prax. 1995 Jun 13; 84(24): 726-35.
 6. KARMAN MM, BHATIA NN. *The Q-Tip Test: standardization of the technique and its interpretation in women with urinary incontinence*. Obstet Gynecol 1988; 71:807.
 7. SEIM A, SILVERTSEN B, ERIKSEN C, HUNSKAAR S. *Treatment of urinary incontinence in women in general practice: observational study*. Bmj 1996; 312: 1459-62.
 8. SMITH ARB, HOSKER GL, Worrel. *The role of partial denervation of the pelvic floor in the aethiology of urinary prolapse and stress incontinence of urine. A Neurophysiological Study*. Br J Obstet Gynaecol 1989 ; 96:24.
 9. SMITH A.R.B.: *The role of pudendal nerve damage in the aethiology of genuine stress incontinence in women*. Br J Obstet Gynaecol 1989; 96:29.
 10. VIGNOLI G. *L'incontinenza urinaria femminile*, Ed. Alfa Wasserman 2000.
 11. CRISTINI C, NATALE F, TRAVAGLIA S, CAPERNA L, MARANDOLA C, FURBETTA A. *La riabilitazione perineale: Nostra esperienza e ridefinizione delle indicazioni in urologia ginecologica*. A cura di G. Miniello E G. Cagnazzo. C.I.C. Edizioni Internazionali, Roma 1994.
 12. ALAIN P, BOURCIER PT, AND JEAN C, JURAS MD. *Non-surgical therapy for stress ncontinence*. Urologic clinics of North America 1995; 22,3.
-