

Studio epidemiologico sull'incidenza delle variabili socio-demografiche e delle modalità di espletamento del parto in una popolazione con disturbi uro-ginecologici

DAVIDE DE VITA - MARIA CARMEN MUCCIONE (*) - FILOMENA PALMA (*) - ROSA RINALDI (*)
MARIKA CALENDIA (***) - DIAMANTE LULLO - GENNARO AURIEMMA

U.O. Ginecologia-Ostetricia, P.O. S. Francesco D'Assisi, Oliveto Citra, Salerno, ASL SA2
(*) Corso di Laurea in Ostetricia, Università Federico II, Polo Didattico di Salerno, ASL SA2
(***) Facoltà di Sociologia, Università degli Studi Federico II, Napoli

Riassunto: Lo scopo di questo studio epidemiologico retrospettivo è di individuare l'incidenza ed i fattori di rischio dell'incontinenza urinaria e del prolasso genitale in una popolazione afferente l'ambulatorio di uro-ginecologia. Abbiamo reclutato 300 pazienti affette da incontinenza urinaria femminile da sforzo e con prolasso genitale. Lo studio è stato condotto attraverso la compilazione di 300 cartelle uro-ginecologiche dedicate, con approfondimento degli aspetti socio-demografici. Sono stati considerati età, scolarità, professione, parità, modalità di espletamento dei parti, B.M.I. e precedenti interventi ginecologici. Le variabili socio-demografiche e le modalità di espletamento del parto esplicano un ruolo rilevante sull'incidenza dei disturbi della statica pelvica. Tra i fattori predisponenti sono risultati significativi: l'età, il B.M.I., il tipo di professione, i precedenti interventi ginecologici subiti, (in particolar modo l'isterectomia), l'anamnesi ostetrica (numero di gravidanze, modalità del parto, peso fetale) e la menopausa.

Parole chiave: Prolasso genitale; Fattori di rischio; Incontinenza urinaria; Parto.

EPIDEMIOLOGIC STUDY ON THE INCIDENCE OF SOCIAL AND DEMOGRAPHIC DATA AND DELIVERY MODALITY ON URINARY INCONTINENCE AND GENITAL PROLAPSE IN POPULATION WITH URO-GYNAECOLOGIC SYMPTOMS

Summary: Aim of this retrospective epidemiologic study is to evaluate the incidence and risk factors of urinary incontinence and genital prolapse in the population that refers to a uro-gynaecological clinic. We have enlisted 330 patients with stress urinary incontinence and genital prolapse. A specific uro-gynaecological charts included social, territorial and personal data, in particular age, school level, parity, delivery's modality, B.M.I. and previous gynaecologic surgery. An important role is played by social and demographic data. Age, job, B.M.I. hysterectomy, parity, fetal weight and menopause are confirmed as significant risk factors for stress urinary incontinence and genital prolapse.

Key words: Prolapse; Risk factors; Urinary incontinence; Delivery.

INTRODUZIONE

Le disfunzioni pelvi-perineali sono tra le patologie più diffuse nella donna dopo la quarta decade. L'incontinenza urinaria ed il prolasso genitale, spesso associati, sono determinati da specifiche alterazioni a carico delle strutture muscolo-fasciali e neurologiche del supporto pelvico.

La prevalenza dell'incontinenza urinaria aumenta con l'aumentare dell'età. Un recente studio su una popolazione di 40.000 donne ha evidenziato una prevalenza del 12,8% a 18-22 anni, del 36,1% a 40-49 anni e del 35% a 70-74 anni (Tab. 1).¹

L'incidenza del prolasso genitale risulta essere elevata nella popolazione femminile in post-menopausa.² A causa del deterioramento del tessuto fasciale vaginale, altrettanto alta risulta essere in tale periodo post-menopausale l'incidenza di isterectomia.³⁻⁶ A seguito dei mutati atteggiamenti sessuali nella società occidentale attuale e del valore psicologico ed emozionale degli organi sessuali, i chirurghi debbono valutare e tenere in considerazione i desideri e le preferenze delle pazienti, relativamente alla preservazione della funzione vaginale e dell'utero. Inoltre, l'utero è importante nel sostenere la pelvi e più del 20% delle pazienti affette da disturbi vescicali ed intestinali risulta essere stata isterectomizzata. Comprendere l'importanza dell'utero nei meccanismi di supporto pelvico è la chiave per creare un piano razionale nell'approccio chirurgico del prolasso.⁷

Sia l'incontinenza urinaria che il prolasso genitale sono resi più probabili da alterazioni genetiche del tessuto connettivo, gravidanze e parti, menopausa, invecchiamento, obesità, etnia, stitichezza cronica, chirurgia pelvica e situazioni di aumento cronico della pressione intraddominale. Fattori psicologici, caffeina e fumo sembrano

TABELLA 1. – Incidenza dell'incontinenza urinaria.

Popolazione in studio	Prevalenza
Popolazione generale	10-58%
18-22 anni	12,8%
40-49 anni	36,1%
70-74 anni	35%

aggravare la condizione. Altre concause includono: infezioni urinarie, immobilità, perdita delle funzioni fisiche, demenza e varie condizioni che provocano danni neurologici e deficit mentali.

Da tempo è noto che la gravidanza e il parto rientrano tra i fattori di rischio dell'incontinenza urinaria e del prolasso genitale nelle donne giovani o di età media. Si ritiene che il parto vaginale sia il fattore maggiormente responsabile in quanto può determinare un danno notevole sia al tessuto muscolare che a quello nervoso. Inoltre, la gravidanza stessa, per mezzo di modificazioni meccaniche della statica pelvica e di cambiamenti nell'assetto ormonale, può essere un significativo fattore di rischio per tali patologie. In particolar modo è il primo parto ad essere decisivo per la stabilità del pavimento pelvico. È importante quindi, al fine di prevenire o ridurre al minimo i traumi perineali, che l'ostetrica segua alcuni accorgimenti di ordine occupazionale ed organizzativo.

In questo lavoro retrospettivo siamo andati ad analizzare nella popolazione afferente l'ambulatorio di uro-ginecologia dell'U.O. del P.O. S. Francesco D'Assisi di Oliveto Citra, 300 pazienti affette da incontinenza urinaria femminile da sforzo e da prolasso genitale.

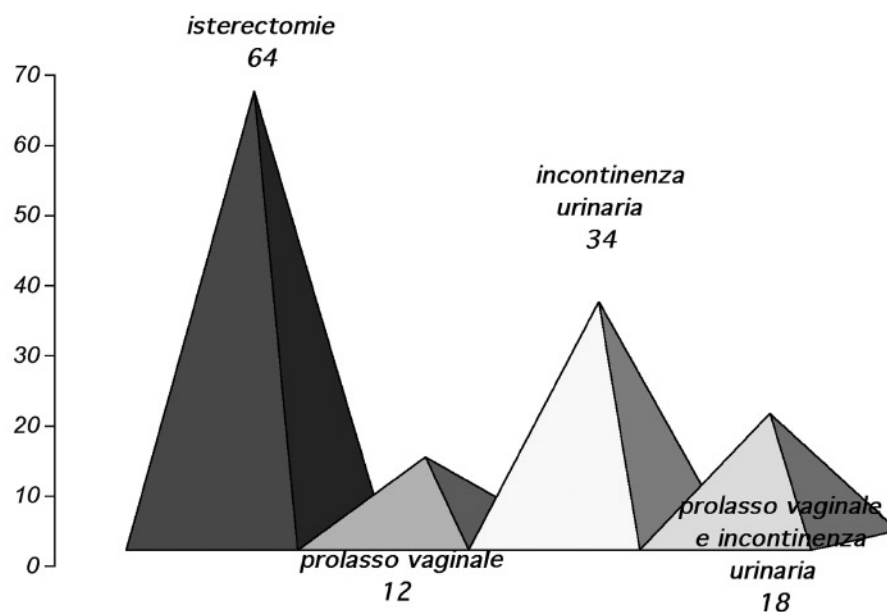


Fig. 1. - Incidenza di disturbi uro-ginecologici in pazienti con pregressa isterectomia.

SCOPO DELLO STUDIO

Dall'ottobre del 2002, presso l'ambulatorio di uro-ginecologia e di chirurgia ricostruttiva del pavimento pelvico dell'U.O. di Ginecologia e Ostetricia del P.O. San Francesco d'Assisi di Oliveto Citra, ASL SA2 abbiamo reclutato 300 pazienti affette da disfunzioni pelvi-perineali (incontinenza urinaria e prolasso genitale).

L'obiettivo è stato quello di individuare l'incidenza ed i fattori di rischio di tali patologie.

MATERIALE E METODI

Lo studio è stato condotto attraverso la compilazione di 300 cartelle uro-ginecologiche dedicate comprendenti: età, scolarità, professione, parità (numero di gravidanze, la modalità dei parti, peso fetale), peso corporeo ed altezza, precedenti interventi ginecologici, sintomi uro-ginecologici, colon-proctologici, esame obiettivo (POP-Q score), la compilazione del diario minzionale, lo "score di Wexner" e il questionario sulla qualità della vita (King's Health Questionnaire).

Il campione in esame appartiene alla popolazione dei comuni della provincia di Salerno e di Avellino, afferenti all'ambulatorio di uro-ginecologia del P.O. di Oliveto Citra.

RISULTATI

L'età media dei pazienti reclutate era di 58 (34-86 anni), con un B.M.I. medio di 35. Dall'analisi dei dati è emerso che delle 64 pazienti che avevano subito l'isterectomia (vaginale o addominale), 12 (18,75%) manifestavano prolasso vaginale, 34 (53,12%) incontinenza urinaria e 18 (28,13%) associazione di prolasso vaginale e incontinenza urinaria (Fig. 1).

Tra i fattori predisponenti sono emersi come particolarmente significativi:

- l'età elevata;
- il B.M.I. elevato;
- la professione di agricoltore e bracciante agricolo;
- i pregressi interventi ginecologici subiti, in particolare l'isterectomia;
- la storia ostetrica (elevato numero di gravidanze, parti operativi, elevato peso fetale alla nascita);
- la menopausa, senza terapia ormonale sostitutiva.

Delle 218 donne che avevano espletato almeno un parto spontaneo, 52 (23,85%) manifestavano prolasso vaginale, 92 (42,2%) incontinenza urinaria e 58 (26,6%) manifestavano l'associazione del prolasso vaginale e dell'incontinenza urinaria (Fig. 2).

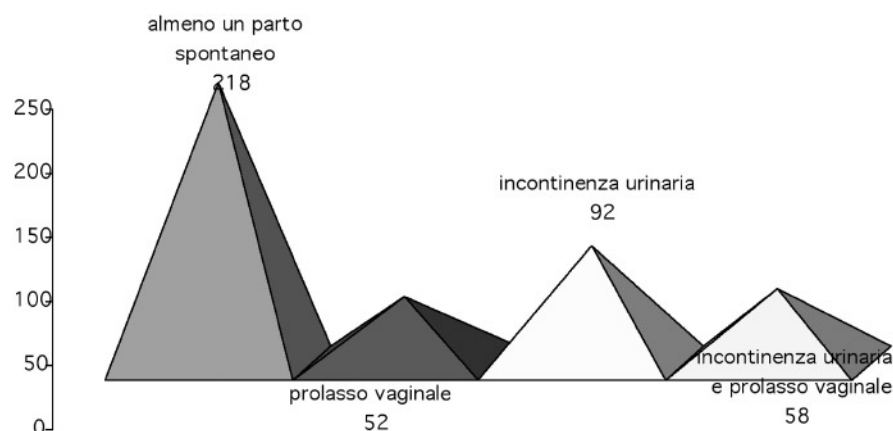


Fig. 2. - Incidenza di disturbi uro-ginecologici in pazienti con almeno un parto vaginale.

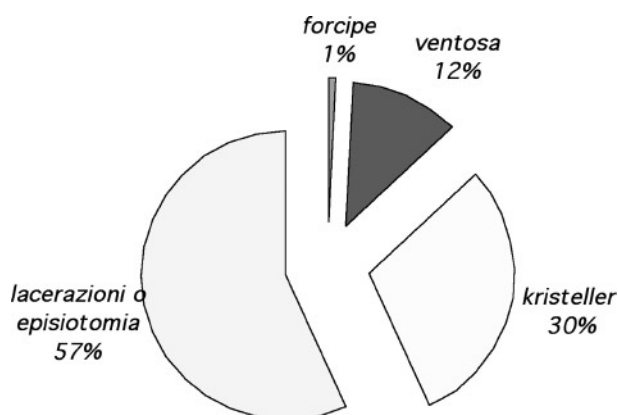


Fig. 3. – Dettaglio parti spontanei operativi.

Dei 218 parti vaginali il 92% risultava essere operativo e nell'1% si era utilizzato il forcipe, nel 12% la ventosa, nel 30% era stata effettuata la manovra di Kristeller e nel 57% si erano verificate lacerazioni di II-III grado o era stata praticata l'episiotomia.

Su 40 donne pluripare che avevano avuto almeno un parto cesareo, 8 (20%) manifestavano prolasso vaginale, 20 (50%) incontinenza urinaria e 12 (30%) manifestavano l'associazione del prolasso vaginale e dell'incontinenza urinaria. Questo dato evidenzia che il cesareo dopo parti operativi non rappresenta un fattore protettivo per le patologie della statica pelvica.

DISCUSSIONE

I dati emersi evidenziano l'importanza delle variabili socio-demografiche sull'incidenza dei disturbi della statica pelvica nel campione esaminato:

- l'obesità, dovuta ad un'alimentazione ricca di grassi animali, tipica delle popolazioni collinari e montane;
- l'età media avanzata della popolazione, tipiche di zone montane, che nel corso degli anni ha subito una grossa emigrazione giovanile a causa delle scarse opportunità lavorative offerte, l'attività lavorativa che comporta grossi sforzi fisici, trattandosi prevalentemente di attività legate all'agricoltura, la correlazione isterectomia e incontinenza urinaria associata alle alterazioni della statica pelvica relativa all'importanza che l'utero ha nel preservare la statica pelvica. Per molti anni il prolasso uterino ha rappresentato un'indicazione all'isterectomia, indipendentemente dalla presenza di patologia uterina e dai desideri della paziente. Lo stile di

vita, i desideri e le prospettive delle donne per quel che riguarda la sfera sessuale e le gravidanze si sono però profondamente modificate negli ultimi anni e molte pazienti che si sottopongono ad intervento per prolasso genitale in realtà desiderano mantenere l'utero. Da ciò è nato il nostro atteggiamento clinico-chirurgico conservativo, in assenza di patologia intrinseca dell'organo;

– l'età avanzata è inoltre apparsa una condizione aggravante per i disturbi pelvi-perineali, dovuta alla condizione di ipoestrogenismo post-menopausale, a cui si aggiunge lo scarso utilizzo di terapia ormonale sostitutiva.

Un altro dato molto interessante è quello relativo alla storia ostetrica in quanto, nella maggior parte dei casi, le donne avevano espletato almeno un parto distocico (con applicazione di ventosa o forcipe, manovra di Kristeller, episiotomia e lacerazioni) ed un elevato numero di parti a domicilio, senza assistenza.^{8,9} Quest'ultimo dato richiama l'attenzione sull'importanza che la modalità di espletamento del parto ha per l'integrità del perineo. Infatti, solo un buon parto, che segua il suo decorso naturale, può salvaguardare la donna da inutili interventi che possono arrecare danni e aumentare l'incidenza delle patologie del pavimento pelvico.

L'ostetrica, che rimane ancora oggi la figura garante per assicurare al parto un andamento fisiologico, deve porsi come obiettivo principale quello di potenziare le risorse endogene della donna e renderla consapevole anche della sua muscolatura perineale, affinché possa imparare a controllarne e gestirne l'attività; inoltre, deve saper individuare i fattori di rischio e prevenire con la riabilitazione (fisiochinesiterapia e biofeedback) le patologie del pavimento pelvico.

Si tratta di un percorso lungo e graduale che deve iniziare già durante la gravidanza, attraverso i corsi di accompagnamento alla nascita.

CONCLUSIONI

Tale studio ha evidenziato l'influenza delle variabili socio-demografiche della popolazione del territorio afferente al nostro ambulatorio di uro-ginecologia, della chirurgia ginecologica demolitiva, della modalità di espletamento del parto sulla genesi del prolasso genitale e dell'incontinenza urinaria femminile.

Seppure il campione studiato fa riferimento ad una popolazione molto ristretta, tuttavia, ci è stato di estrema utilità in quanto altamente rappresentativo della popolazione di riferimento.

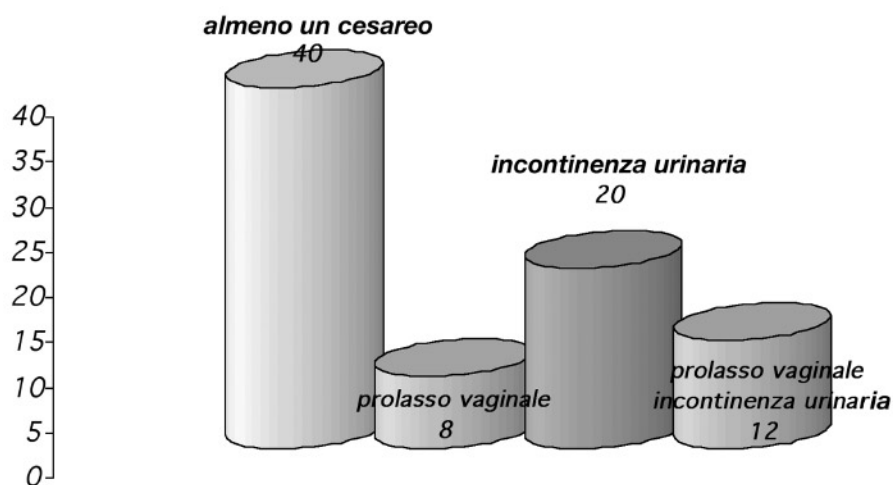


Fig. 4. – Incidenza di disturbi uro-ginecologici in pazienti cesarizzate con pregressi parti spontanei operativi.

BIBLIOGRAFIA

1. Paradisi G, Savone R, Caruso A. Incontinenza uirinaria nel postpartum. Il ginecologo rivista di ostetricia e ginecologia Vol. 1 132-138.
2. Abrams P, Cardozo L, Saad K, Alan W. Incontinence: 2nd International Consultation on incontinence. 2nd edition. 2002.
3. Bump RC, Mattiasson A, Bo K et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 10-7.
4. Olsen AI, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. Obstet Gynecol 1997; 89: 501-6.
5. DeLancey JOL. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. Am J Obstet Gynaecol 1992; 166: 1717-1728.
6. Farnsworth B, De Vita D. Nuovo approccio protesico nella chirurgia ricostruttiva vaginale per il prolasso vaginale. Pelvi-Perin. RICP, 2005; 44-46.
7. De Vita D, Santinelli G, Auriemma G. Pelvi-Perin. RICP, 2006; 25: 31-36.
8. Wall LL, DeLancey JOL. The politics of prolapse: a revisionist approach to disorders of the pelvic floor. Perspect Biol Med 1991; 34: 486-496.
9. Klein M. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction and pelvic floor relaxation. Am J Obstet Gynecol, 1994; 171: 591-598.

Corrispondenza:

Dr.
Via
Tel.
E-mail: