

# La uroriabilitazione pediatrica



## Premessa

La consapevolezza dei problemi è la chiave che apre la porta alle possibili soluzioni.

L'incontinenza urinaria è un problema per molti bambini ma solo pochi riescono a parlarne liberamente. L'incontinenza urinaria crea un forte disagio sia per il bambino che per la famiglia per questo motivo deve essere affrontata tempestivamente sapendo che le strategie terapeutiche sono disponibili e la possibilità di risoluzione elevate.

Questo opuscolo ha lo scopo principale d'informare e diffondere maggiore consapevolezza sul tema dell'incontinenza, consente ai genitori di affrontare il problema con semplicità e chiarezza, di coinvolgere il bambino nella ricerca di una soluzione, facilitare la sua collaborazione indispensabile per il successo finale.

Le perdite di urina non rappresentano soltanto un problema igienico ma possono creare un malessere per il bambino che si sente "diverso", generando sensi di colpa e perdita della stima di sé. A differenza dell'adulto dove il problema è un allarme immediato nel bambino, invece, viene sottostimato: espressioni tipo "passerà con il tempo" o "con lo sviluppo le cose andranno a posto", fanno ritardare l'approccio adeguato e si rimanda così l'occasione di fornire quelle indicazioni sul corretto stile di vita indispensabili per la risoluzione del problema.

Il laboratorio multidisciplinare di urologia pediatrica è situato nel reparto di chirurgia pediatrica all'ospedale di vicenza nasce nel 2000, il centro ha l'obiettivo di sensibilizzare le tematiche dell'incontinenza, identificare i bisogni dell'utente e le possibili soluzioni, aiutare l'utente a migliorare la qualità della vita, promuove l'educazione sanitaria, sostiene i principi di prevenzione, riabilitazione e cura sia del bambino che di tutto l'ambito familiare.

Vi lavora un'infermiera dedicata con competenze autonome e di collaborazione con le varie figure mediche specialistiche che si alternano durante la settimana.

Nei giorni di giovedì e venerdì, al mattino, l'ambulatorio è dedicato ai bambini con disfunzioni minzionali. Questi pazienti vengono inviati con l'impegnativa del pediatra direttamente alla segreteria o all'ambulatorio, vengono registrati i nominativi con due liste di attesa: prime visite e controlli. Successivamente vengono chiamati dall'infermiera per comunicare la data dell'appuntamento: uroflussometria e visita urologica pediatrica. Nelle ore pomeridiane lo spazio è dedicato all'uroriabilitazione pediatrica minzionale.

L'uroriabilitazione è un trattamento utilizzato nei bambini con disfunzione dello svuotamento vescicale e in casi di incoordinazione del pavimento pelvico. Lo scopo è quello di insegnare e/o aiutare i bambini a sviluppare la consapevolezza e controllo volontario dei muscoli perineali istruendoli a sincronizzare il rilassamento e la contrazione degli stessi.

## L'incontinenza urinaria in età pediatrica

L'incontinenza urinaria è una perdita non controllabile di urina continua o intermittente.

L'incontinenza "*continua*" si riferisce alla costante perdita di urine ed è fenomeno quasi esclusivamente associato a malformazioni congenite-incontinenza **organica**- (valvole dell'uretra posteriore, estrofia vescicale, epispadia, spina bifida...); mentre con il termine "*intermittente*" o **funzionale** si intende una perdita di urina in discreta quantità con intervalli asciutti; l'incontinenza è considerata tale nei bambini dai 5 anni. Viene distinta, inoltre in:

- I.U. da urgenza: perdita involontaria di urine accompagnata o preceduta da urgenza,
- I.U. da stress: perdita involontaria di urine che compare durante uno sforzo fisico, un esercizio, starnuto, colpo di tosse ecc..
- I.U. mista: perdita involontaria associata ad urgenza ma anche con lo sforzo fisico;
- Enuresi notturna

L'incontinenza **funzionale** è dovuta a disfunzioni non neurologiche del riempimento e dello svuotamento vescicale. La sintomatologia è simile ad: alterata frequenza minzionale, infezioni del tratto genito urinario, reflusso vescico renale associate o meno a stipsi.

I quadri principali sono:

**VESCICA IPERATTIVA:** la vescica iperattiva determina un aumento del numero delle minzioni al giorno 8 volte o più, in casi estremi anche 15-20 volte; fa "correre in bagno" anche se la vescica non è piena con o senza perdita di urina nelle mutandine.

**MINZIONE DISFUNZIONALE:** si chiama così uno svuotamento vescicale incompleto con il bambino che va in bagno molto raramente perché rimanda quando compare lo stimolo. È più frequente nelle femmine perché tale capacità è dovuta ad una contrazione dei muscoli del perineo che, inizialmente, aiuta a rimandare il momento di urinare; i muscoli perineali abituati a essere contratti spesso e fuori luogo diventano incapaci di rilassarsi completamente quando deve fuoriuscire la pipì. Così questi muscoli funzionano come un "tappo" che non si riesce più ad aprire bene quando la vescica si contrae (incoordinazione detruso-sfinteriale).

**VESCICA IPOATTIVA (PIGRA):** il serbatoio vescicale a furia di contrarsi per vincere le resistenze dei muscoli perineali si sfianca e perde l'elasticità e la forza contrattile per cui la pipì viene fatta raramente e con difficoltà.

## ENURESI NOTTURNA



E' una forma di incontinenza funzionale che segnala un "ritardo" maturativo dei meccanismi che presiedono il controllo notturno delle urine. Questi sono rappresentati da:

- Regolazione circadiana della secrezione di ormone antidiuretico (ADH): nel bambino enuretico può mancare il fisiologico picco notturno di secrezione dell'ormone con conseguente poliuria notturna;
- Risveglio indotto dal segnale di riempimento vescicale durante il sonno per cui il bambino enuretico non si sveglia quando la vescica è piena;
- La capacità vescicale sia minore di quella prevista per età o perché si beve poco durante il giorno o perché la vescica si contrae già a piccoli riempimenti.

L'enuresi è una forma di incontinenza intermittente o *funzionale* che si verifica durante il sonno (enuresi notturna). L'enuresi può essere *monosintomatica* se bagnare il letto non si associa ad altri sintomi durante il giorno e *non monosintomatica* se oltre al bagnare il letto di notte sono presenti altri sintomi durante il giorno quali minzioni troppo frequenti, urgenza, mutandine bagnate, ecc... Si definisce primaria se non è mai stato acquisito il controllo notturno dalla nascita, secondaria se precedentemente non ha bagnato il letto per almeno 6 mesi consecutivi.

Gran parte dei bambini impara a controllare volontariamente la vescica all'età di 2-3 anni con una variabilità da 0,8 a 5,2 anni a seconda delle condizioni socio-culturali. A 2-3 anni va posta l'attenzione allo svezzamento dei pannolini cercando di cogliere i primi segnali senza fretta e senza rimproverare se si verificano "incidenti". Dai 5 anni in su è bene iniziare ad affrontare il problema con un colloquio e con consigli adeguati.

La base del successo per un buon risultato è rendere maggiormente consapevole il bambino di cosa gli succede, di fargli desiderare di risolvere il problema e di conseguenza di ottenere la sua

collaborazione motivata. È inutile e controproducente iniziare un percorso di trattamento se non vi è la volontà di risolvere il problema: avere il pannolino talvolta può rappresentare un rifugio, un “nido” simbolo di protezione; anche i genitori possono, inconsciamente, non volere che il proprio bambino diventi autonomo. Oppure al contrario talvolta serve un'autonomia conquistata in modo frettoloso per le varie necessità di cui una vita frenetica comporta.

È molto importante che il genitore accompagni il bambino nella crescita e nella maturazione del controllo sfinteriale, tranquillizzarlo se la perdita di pipì accade e insegnarli subito le buone abitudini.

## Diagnosi

Esistono dei percorsi stabiliti per l'incontinenza che sono in grado di inquadrare il problema evitando indagini non sempre necessarie e piacevoli e nello stesso tempo senza trascurare patologie importanti.

Storia clinica: indaga se gli episodi di incontinenza sono solo diurni e/o notturni, se sono presenti infezioni o altri sintomi, se esiste familiarità ecc...

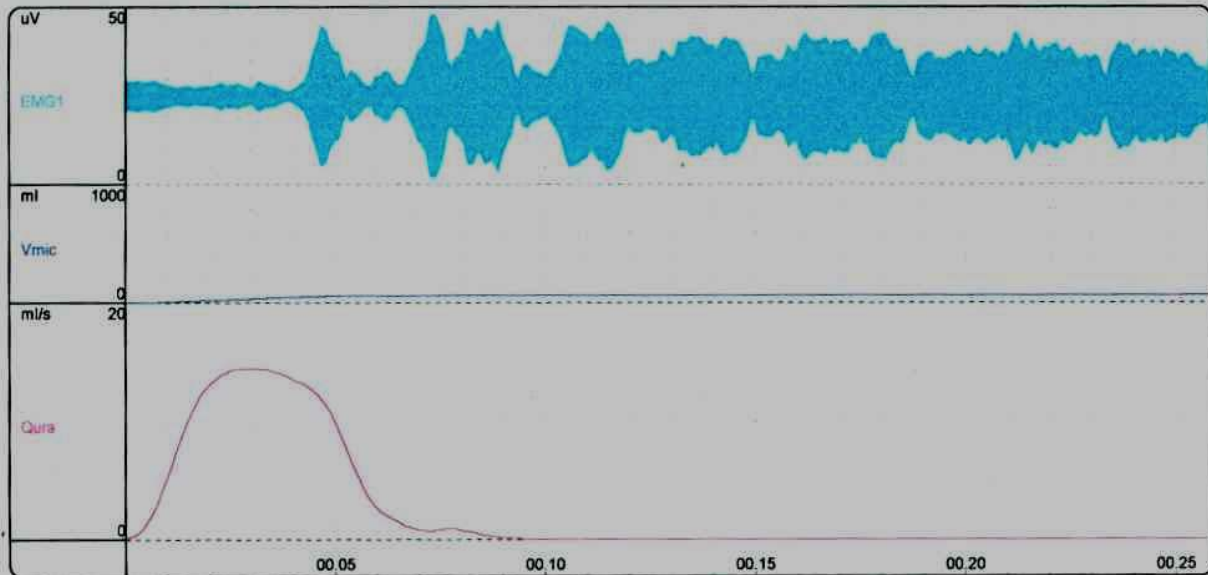
Esame obiettivo: valutazione da parte del medico dell'anatomia dei genitali esterni e perineo, dell'addome, della regione sacrale del bambino

Diario minzionale: è uno strumento semplice e non invasivo considerato molto efficace per valutare i problemi vescicali e i progressi futuri. È un diario su cui registrare il numero di volte in cui il bambino fa la pipì durante il giorno (frequenza delle minzioni), gli episodi di incontinenza (mutandine bagnate), la quantità di urina. È molto utile inoltre segnalare sul diario se il bambino è dovuto andare in bagno con urgenza, se il bambino spinge con la pancia per fare la pipì, se il getto è continuo o interrotto o filiforme ecc.. in caso di enuresi notturna andrà segnalato anche il numero di notte asciutte o bagnate. Il diario può essere anche un mezzo per aiutare il bambino ad esercitare il controllo stimolandolo a concentrare l'attenzione sulle sensazioni della vescica.

Uroflussometria: è un esame molto semplice dove il bambino, a vescica sufficientemente piena, viene invitato ad urinare in un “vasetto” (uroflussometro). Con questo esame si va a registrare elettronicamente la velocità del flusso urinario, il volume di urina, il residuo vescicale con uno strumento poggiato sulla pancia (bladder-scan), e il rilassamento durante la minzione dei muscoli perineali attraverso degli elettrodi.

## Uroflussometria Risultati

Sesso:	Femmina	N° esame:	6
Data di nascita:		Ospedale:	di Vicenza Chirurgia Pediatrica
Numero paziente:		Medico:	
Data esame:		Referred by:	



Ecografia vescico renale pre e post-minzionale.

Esame delle urine e urinocoltura

Indagine "invasive": possono comprendere la cistografia, uro-rmn, l'esame urodinamico, scintigrafia renale ecc....

## Trattamento

- **Terapia conservativa**
- **Terapia farmacologica**
- **Terapia chirurgica**

## Terapia conservativa



È un insieme di regole comportamentali che vengono insegnate al bambino per abituarlo a “fare bene la pipì”.

### 1. Regole:

- minzioni ogni 2-3 ore anche in assenza di stimolo
- Corretta postura durante la minzione: comodamente seduti sul water, sfilando completamente le mutandine, con le gambe leggermente divaricate specialmente nelle bambine poggiando i piedi per terra o nei bambini più piccoli su un poggia piedi; a volte può essere utile un riduttore per il wc.
- Senza fretta per consentire il rilassamento del piano perineale, senza spingere con la pancia e cercando di ottenere un flusso continuo.
- Duplice minzione serale
- Corretta igiene dei genitali: la perdita di urina e il contatto prolungato della mutandina bagnata può causare infiammazioni e arrossamenti quindi è bene utilizzare dei prodotti a ph neutro o semplicemente acqua e bicarbonato e/o delle pomate a uso locale su indicazione del proprio medico. Inoltre è importante motivare il bambino ad eseguire l'igiene intima almeno una volta al giorno.

### 2. Stile di vita:

- Riduzione del peso specialmente nei bambini obesi
- Riduzione apporto idrico serale stimolando a bere di più durante il giorno rispetto la sera
- Riduzione di caffeina/teina
- Eliminazione di latte e derivati alla sera
- Correzione della stipsi
- Tenere un diario minzionale

### 3. Uroriabilitazione



- Stimola la capacità del bambino ad acquisire il controllo dei propri sfinteri e muscoli del perineo attraverso l'esecuzione di alcuni esercizi. Lo scopo è quello di aiutare il bambino a sviluppare la consapevolezza del riempimento vescicale e il controllo volontario della muscolatura del pavimento pelvico al fine di eseguire un corretto svuotamento della vescica mediante l'utilizzo di alcune tecniche:
  - Programma computerizzato che prevede l'applicazione di alcuni elettrodi indolori a livello anale attraverso i quali il bambino impara a riconoscere quando i muscoli si contraggono e quando si rilassano e le sensazioni che percepiscono.
  - Visualizzazione dei genitali con l'utilizzo di uno specchietto
  - Respirazione diaframmatica





#### 4. Psicomotricità:

Ad affiancare il ruolo dell'infermiera uroriabilitatrice sono state inserite le figure della psicologa e della neuro-psicomotricista

*La psicologa* provvede al:

- Colloquio iniziale per l'arruolamento motivazionale del bambino e della famiglia
- Colloquio finale per la valutazione degli obiettivi raggiunti
- Durante il trattamento supervisiona l'andamento del lavoro e fornisce indicazioni operative

*La terapeuta della neuro-psicomotricità:*

- Permette al bambino di accedere ad una maggiore consapevolezza della propria identità corporea, attuando e favorendo l'integrazione tra l'area motoria, cognitiva e relazionale
- Elabora e definisce il progetto individuale di intervento del singolo bambino utilizzando metodi e tecniche specifiche
- Svolge attività di osservazione, valutazione e bilancio psicomotorio relativo al bambino.

INSERIRE DISEGNI

## Terapia farmacologica

Il farmaco più utilizzato è l'**ossibutinina (0,2-0,3 mg/kg)**: viene prescritta quando la terapia comportamentale e il training alla toilette non sono state da sole efficaci o quando i sintomi sono così importanti da richiedere una cura intensiva fin da subito.

Questo farmaco viene usato per alleviare i disturbi minzionali (incontinenza da urgenza, vescica iperattiva, enuresi...); l'effetto è ottenuto grazie alla riduzione degli spasmi muscolari del detrusore (farmaco anticolinergico), attenua infatti lo stimolo continuo o impellente di andare a fare la pipì facilitando l'addestramento vescicale e la messa in atto dei meccanismi di controllo.

Un altro farmaco usato è la **desmopressina (1 cpr da 0,2 mg)**, analogo di sintesi dell'ormone antidiuretico; è efficace nelle forme poliuriche e per quei pazienti con rapporto tra diuresi diurna e notturna inferiore a 2:1 e l'osmolarità urinaria notturna che non aumenta rispetto alla diurna.

## Terapia chirurgica

- È di pertinenza chirurgica
- In molti bambini il problema è misconosciuto e per una sottovalutazione dei genitori o perché non costituisce un problema per l'ambito familiare viene ritardato l'approccio adeguato con la conseguenza di cronicizzare il problema e di divenire poi di difficile risoluzione (pielonefriti, infezioni renali, reflusso vescico renale ecc..)
- L'incontinenza a volte è solo un segnale che può nascondere problemi più gravi che richiedono interventi chirurgici (malformazioni, vescica neurologica, valvola dell'uretra posteriore, ecc)
- L'intervento chirurgico va preso in considerazione solo in casi specifici, quando le altre terapie falliscono, per la presenza di patologie concomitanti

## GUIDA PER I GENITORI

- Non sgridare il bambino (il rimprovero aggrava la situazione)
- Informare il bambino e spiegargli come funziona il “rubinetto “della pipì e la vescica che come una sacca di raccolta si riempie fino a mandare un segnale ecc..
- Rendere partecipe il bambino per esempio tenendo il diario minzionale
- Dare la possibilità al bambino di esprimere i suoi pensieri e sentimenti e rispondere alle sue necessità
- Svegliare il bambino di notte per farlo urinare può essere controproducente
- Se il genitore ha sofferto di questo disturbo a suo tempo comunicarlo al bambino e raccontare la propria storia è un modo per rassicurare il bambino
- Abituare il bambino a bere durante il giorno e poco alla sera
- Controllare che prima di andare a letto il bambino abbia svuotato bene la vescica eventualmente far eseguire la doppia minzione
- Educare il bambino a non avere fretta di alzarsi dal water...il gioco può attendere!
- Stimolare il bambino ad essere regolare evitando di andare in bagno quando lo stimolo è imperioso

## Conclusioni

- La riabilitazione urologica pediatrica associata o meno a terapia farmacologica ha ottenuto molteplici risultati incoraggianti nel trattamento dell'incontinenza urinaria.
- Il primo approccio deve essere conservativo (riabilitazione) associato o meno ai farmaci
- Le terapie invasive o chirurgiche vanno riservate a casi selezionati: fallimento di terapie non invasive o scarsa compliance del paziente
- L'obiettivo principale non è rendere “asciutto” il paziente ma migliorare la qualità della vita.