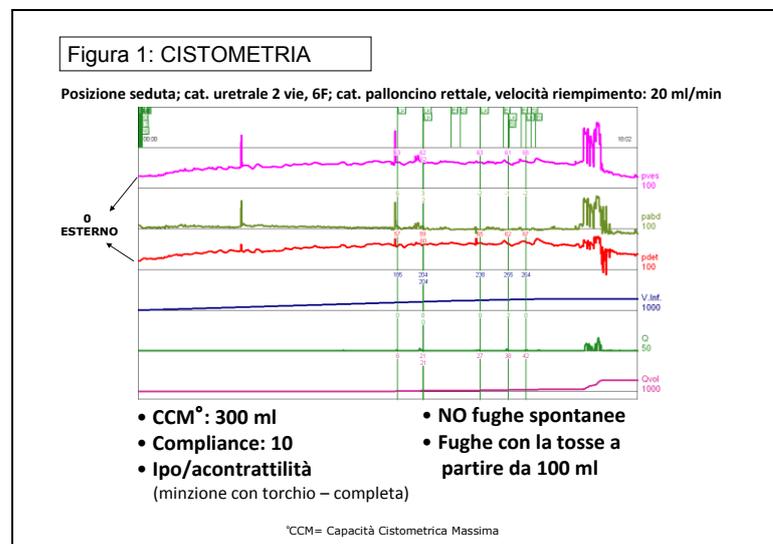


## CASO CLINICO PER SIUD

### Incontinenza urinaria neurologica in età adolescenziale: inquadramento, diagnosi e trattamento

**DESCRIZIONE DEL CASO:** Ragazzo di 16 anni con vescica neurologica secondaria a disrafismo spinale occulto. Si rivolgeva al nostro Centro ad agosto 2011 per una “second opinion” in merito alla possibilità di trattamento della incontinenza urinaria (IU). Nell’ anamnesi riferiva IU che lo costringeva all’ adozione del pannolone sia di giorno che di notte. Mingeva con torchio e non aveva mai effettuato cateterismo intermittente pulito. Il disrafismo spinale occulto era stato operato (detethering) all’ età di 10 anni. Veniva riportata stipsi (3 evacuazioni/settimana) ma non incontinenza fecale. L’obiettività neuro-urologica documentava una anestesia a sella ed un piede equino monolaterale; la deambulazione era autonoma. Dalla documentazione portata in visione il tratto urinario superiore risultava indenne e le precedenti valutazioni urodinamiche dimostravano una condizione di ipo/acontrattilità neurogena.

Presso il nostro Centro è stata confermata l’integrità del tratto urinario superiore (esami di funzionalità renale, ecografia, CUM, scintigrafia) e ripetuto l’esame urodinamico di cui si riportano in figura 1 il tracciato ed i dati salienti.



Per valutare l’entità delle perdite durante il movimento, al termine della valutazione cistometrica (vescica vuota), veniva effettuato un pad test che documentava a 2 ore una perdita di circa 40 gr ed un volume vuotato alla minzione con torchio di 11 ml in assenza di residuo ecografico post-minzionale.

**CONCLUSIONI DIAGNOSTICHE:** Paziente con vescica neurologica ipo/acontrattile di discreta capacità e compliance con incontinenza urinaria da insufficienza sfinterica. Tratto superiore indenne.

**TERAPIE PRATICATE:**

- 1) Apprendimento dell' autocateterismo intermittente pulito (CIP) ed effettuazione a domicilio per 4 volte al giorno con catetere autolubrificato 14 CH, per verificare l'efficacia di questo trattamento sulla IU e come fondamentale presupposto ad una eventuale chirurgia maggiore per la continenza. Rivalutato a distanza di 3 mesi dall' istituzione del CIP, il paziente risultava abile alla manovra di cateterizzazione che aveva ben accettato ed effettuato regolarmente a domicilio senza però ottenere miglioramento per lui significativo sulla incontinenza urinaria con persistente necessità del pannolone di giorno e di notte per contenere le perdite.
- 2) Richiedendo il paziente stesso un intervento più efficace per la continenza, a gennaio 2012 si procedeva ad intervento di SLING (mesh) con accesso laparoscopico associato iniezione intra-detrusoriale di tossina botulinica modificata (Botox) (Fig.2). La scelta dello SLING era motivata dalla necessità di non ridurre la capacità vescicale confezionando plastiche del collo vescicale, utilizzando comunque una tecnica a migliore garanzia di continenza rispetto ai "bulking agents" vista l'entità delle perdite urinarie presentate dal paziente. Il Botox veniva associato nell' intento di migliorare la distensibilità vescicale e quindi la funzione di serbatoio (capacità cistometrica massima pre-operatoria: 300 ml)

Figura 2

**Intervento: 09.01.2012**

Previo apprendimento di CIP

- **SLING + BOTOX detrusore (6 ore)**
  - accesso laparoscopico: collo vescicale
  - accesso pelvico: uretra posteriore
  - BOTOX (detrusore) 300 UI
- **Decorso regolare (degenza 3 gg.)**
- **revisione di modesta deiscenza perineale ad 1 mese**



**QUESITI POSTI DAL CASO:** A distanza di 2 mesi dall' intervento, il paziente effettua regolarmente il CIP con un delta-dry di 2 ore e con perdite al pad-test di 2 ore di 10-20 gr. Il ragazzo stesso riconosce un miglioramento della condizione, ma vista l'età (16 anni) vuole raggiungere un intervallo asciutto di 4 ore e togliere finalmente il pannolone.

Quali altre indagini, quali altri trattamenti proporre per rispondere alla richiesta di questo adolescente di togliere definitivamente il pannolone?