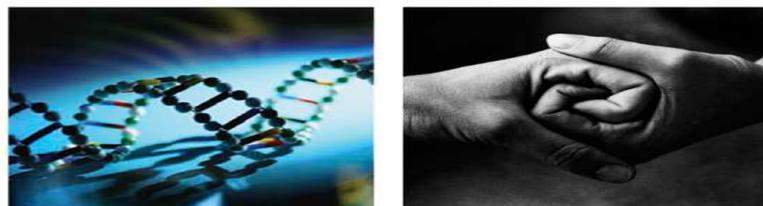
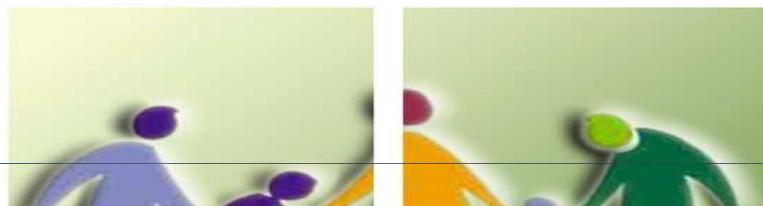


PROGETTO



VISNOVA

START LIVING AGAIN

Insieme contro la SLA

Aspetti urologici nella gestione della SLA

*Vesciche neurologiche
e complicanze*

dott. Brando Antonio
Urologo

mercoledì 30 ottobre 2013

dalle 15.30 alle 19.30

ISTITUTO SUORE BATTISTINE

Via Maddalena Caputo, 17 - Angri (Sa)

Tel. 081 5132859

Patrocino



Ordine Assistenti Sociali
della Campania

Eventi accreditati dall'Ordine Professionale degli
Assistenti Sociali della Regione Campania
Riconosciuti 18 crediti formativi

Progetto finanziato da:
Regione Campania

Promotori
ATS Cooperativa Sociale "C.A.F.H.A." Onlus - capofila
Cooperativa Sociale "L'Arca del Cilento"

Partner
ASL Salerno
Piano Sociale di Zona S1
Associazione di volontariato "Granello di Senapa Onlus"
Cooperativa Sociale Hermes
Associazione "Centro Culturale Archè"
Associazione di volontariato "PUER Onlus"

Numero Verde
800 58 73 98

visnova@cafhaonlus.it
www.cafhaonlus.it
Tel. 081 0281305
Fax 081 0281305



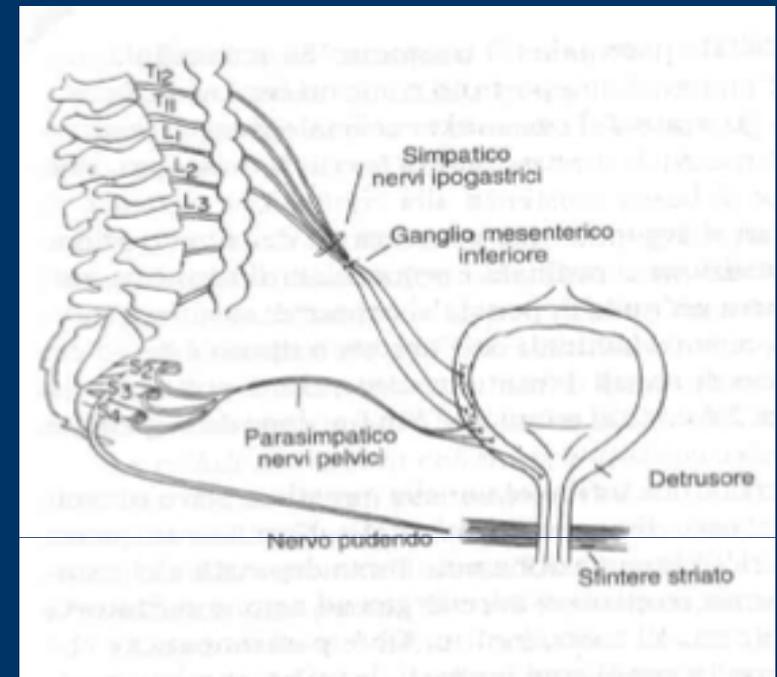
ASL SALERNO



Cooperativa Sociale
HERMES

Muscolatura coinvolta nell'atto della minzione

- Detrusore (muscolatura liscia)
- Uretra (muscolatura liscia e striata)
- Pavimento pelvico (muscolatura striata)



Innervazione vescico-uretrale

NERVI PELVICI
(PARASIMPATICO)

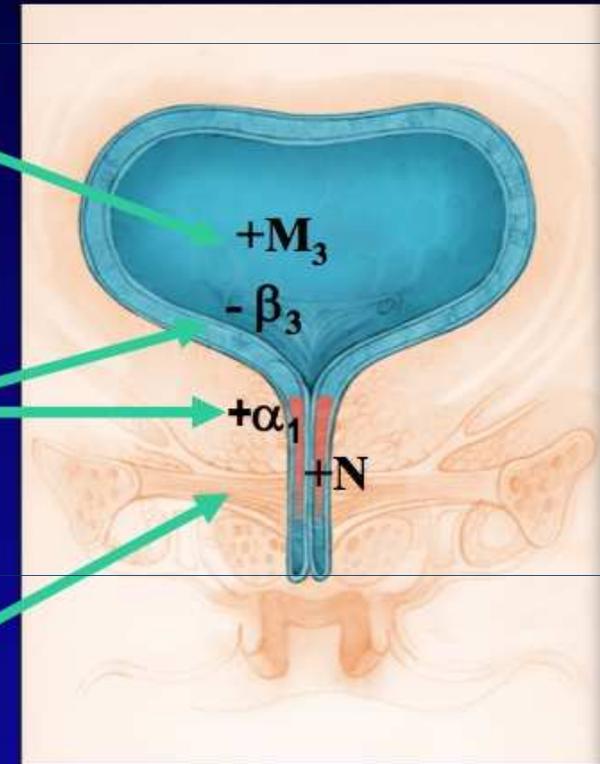
→ **ACh**

NERVI IPOGASTRICI
(SIMPATICO)

→ **NA**

NERVI PUDENDI
(SOMATOMOTORI)

→ **ACh**



Controllo riflesso

Vescica si riempie

+

Recettori da stiramento

+

Parasimpatico

+

Contrazione ms detrusore

+

Sfintere interno si apre meccanicamente

Si ha minzione

Controllo volontario

Corteccia

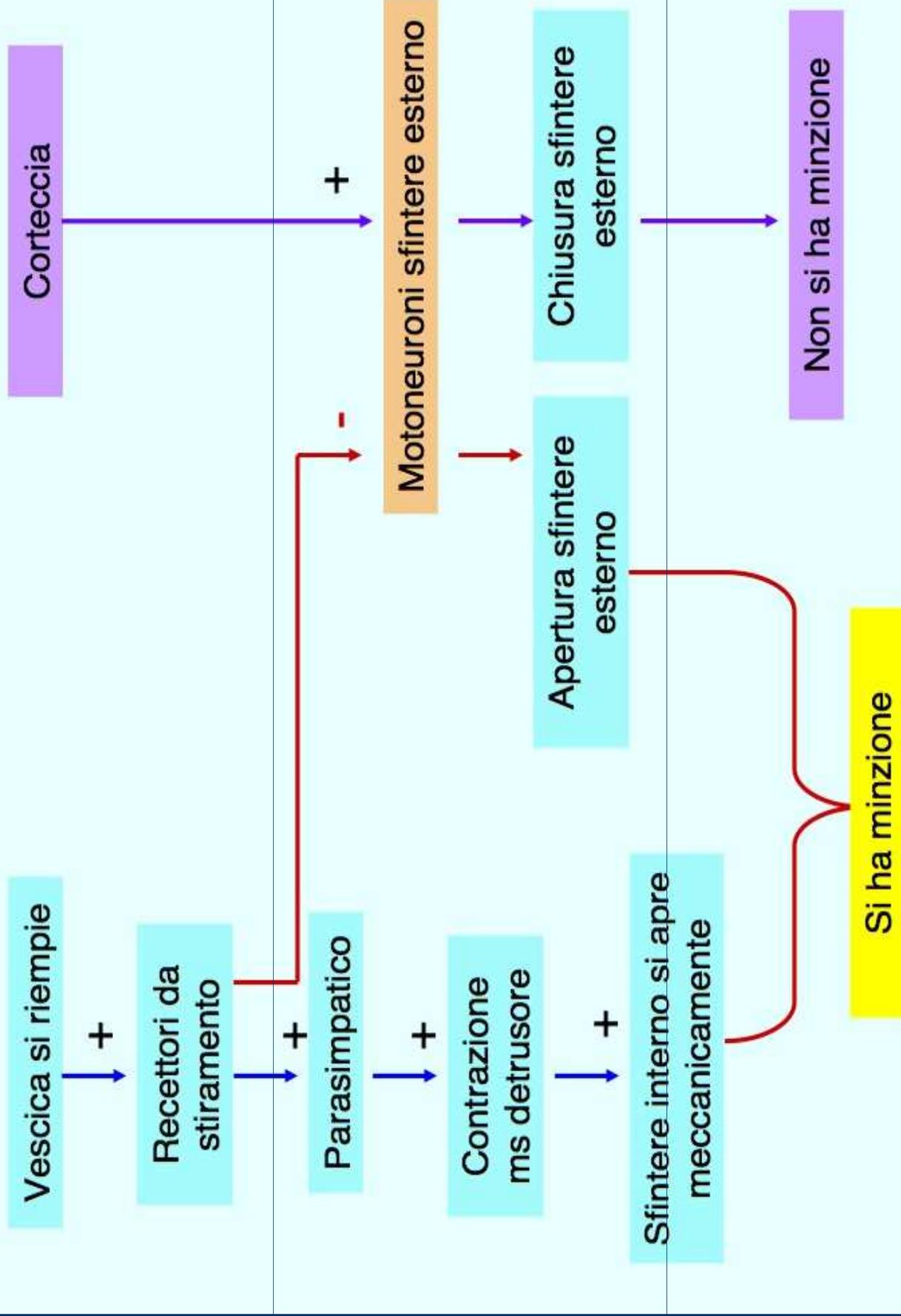
+

Motoneuroni sfintere esterno

Apertura sfintere esterno

Chiusura sfintere esterno

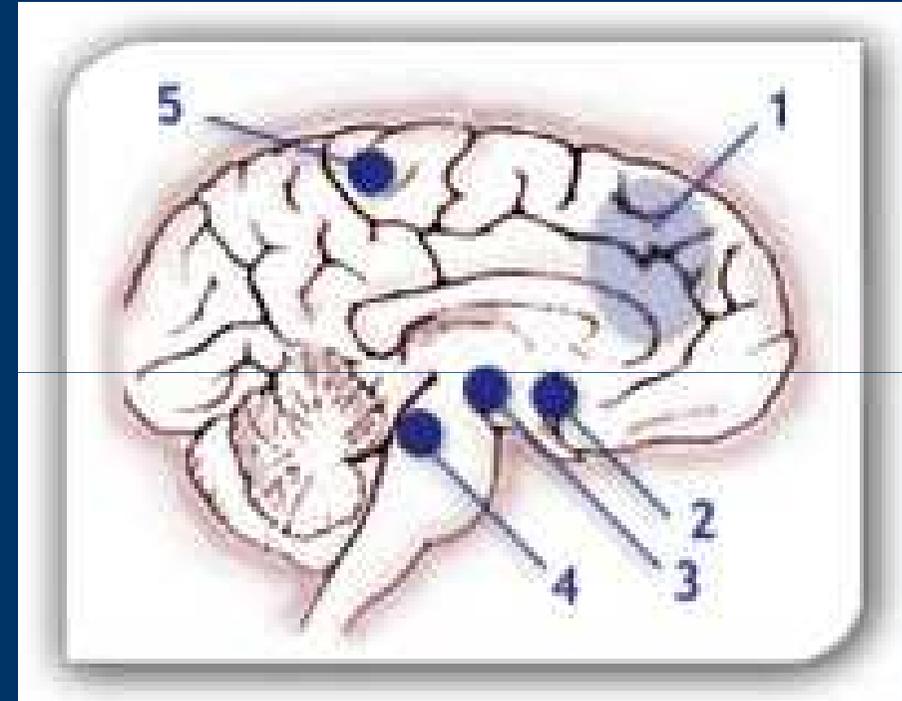
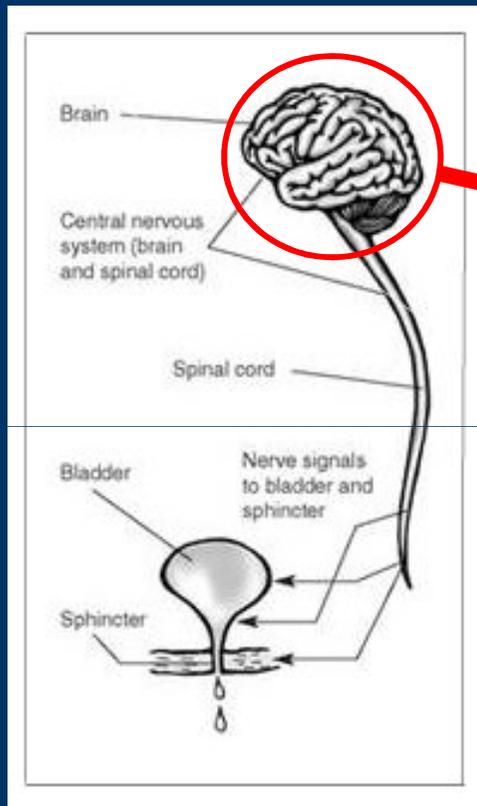
Non si ha minzione



La vescica neurologica

DEFINIZIONE

- Per vescica neurologica si intende l'insieme delle alterazioni cliniche a carico delle funzioni di contenzione e di svuotamento dell'urina determinate da una lesione neurologica a qualsiasi livello del sistema nervoso.
 - Poiché il controllo nervoso della continenza e della minzione è piuttosto complesso e articolato, anche i quadri di vescica neurologica sono vari e dipendono dalla struttura nervosa che ha subito il danno a dal livello della lesione
-
-



1. Area corticale frontale predisposta al controllo volontario

ATTIVITA' INIBENTE I RIFLESSI MINZIONALI

4. Locus coeruleus del ponte

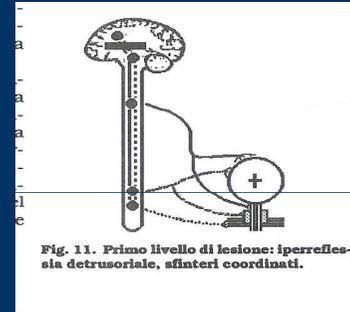
HA FUNZIONE ECCITATORIA SUI CENTRI SOTTOSTANTI

RUOLO CENTRALE NELLA DETERMINAZIONE DELLA SINERGIA

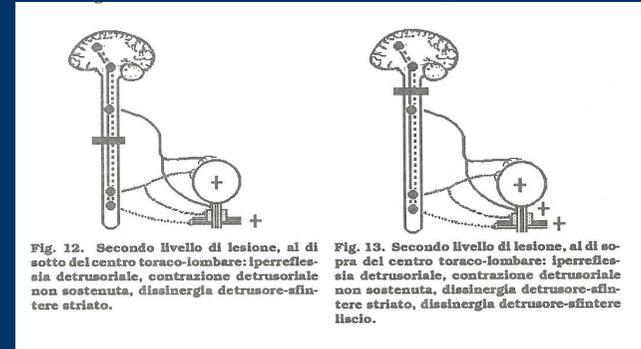
5. Lobulo para centrale

Patologie responsabili di vescica neurologica

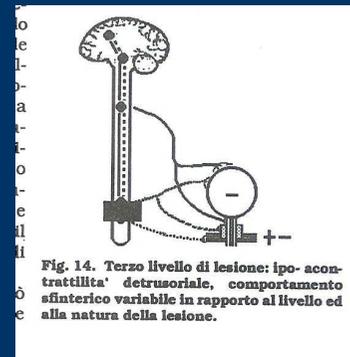
- Lesioni sovrapontine



- Lesioni sottopontine-sovrasacrali



- Lesioni sottosacrali



Lesioni sovrapontine

- Le lesioni centrali sovrapontine sono caratterizzate da **ipereflessia detrusoriale** (ora definita **iperattività detrusoriale neurogenica**) con **sinergia vescico-sfinterica** (rilasciamento coordinato sfintero-uretrale in corso di contrazione detrusoriale).
- La perdita degli impulsi inibitori del CPM è causa di **incontinenza urinaria**, più o meno importante, e di una sintomatologia di **urgenza-frequenza** nei casi più lievi.
- Il **residuo postminzionale** è generalmente **assente** o poco significativo.

Valutare attentamente le eventuali patologie urologiche presenti in questi pazienti che possono modificare l'aspetto urodinamico del paziente.

Lesioni sovrapontine (2)

CAUSE PRINCIPALI

- Malattie cerebrovascolari
 - Demenza
 - Tumori cerebrali
- Paralisi cerebrale
 - M. di Parkinson
- S. di Shy-Drager

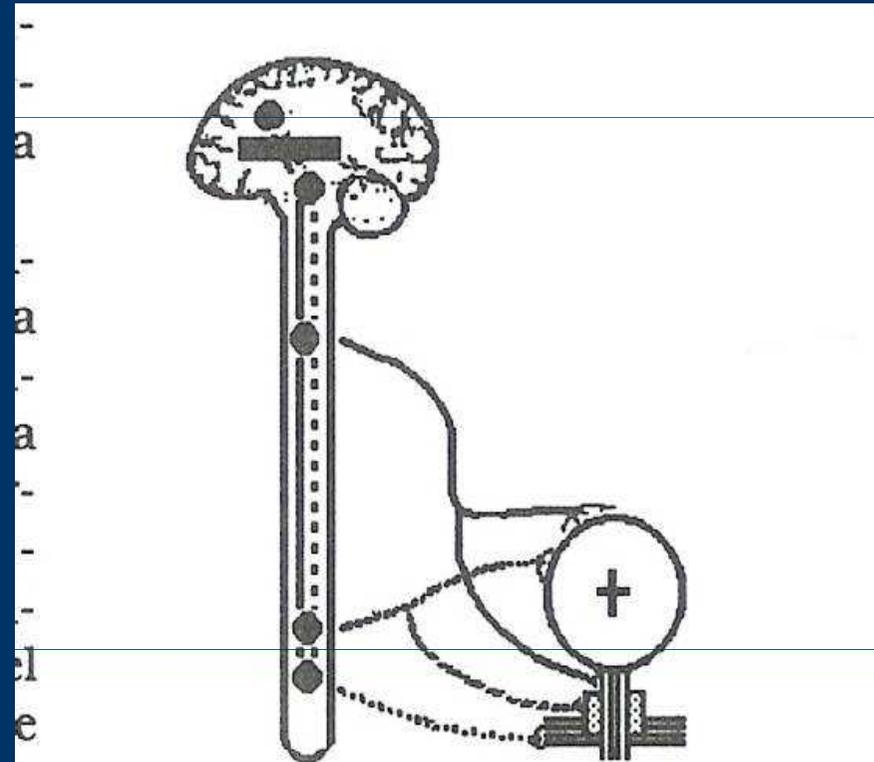


Fig. 11. Primo livello di lesione: iperreflessia detrusoriale, sfinteri coordinati.

Lesioni sottopontine/sovrasacrali

Le lesioni centrali sottopontine e midollari sovrasacrali esitano in una **iperreflessia detrusoriale** (ora detta **iperattività detrusoriale neurogenica**) con **dissinergia vescico-sfinterica** (aumento della contrazione dello sfintere uretrale esterno durante una contrazione involontaria del detrusore).

L'espressione clinica più comune è rappresentata dalla **incontinenza urinaria** (causata dall'iperattività detrusoriale) associata ad un **residuo postminzionale anche elevato** (causato dall'iperattività sfintero-uretrale esterna).

In casi più gravi (**dissinergia di 3° grado**), la dissinergia può comportare una **ritenzione urinaria completa** con compromissione delle alte vie urinarie (**idronefrosi**)

Lesioni sottopontine/sovrasacrali (2)

CAUSE PRINCIPALI

- Malattie demielinizzanti
 - S.M.
- Tumori midollari
- Lesioni midollari traumatiche

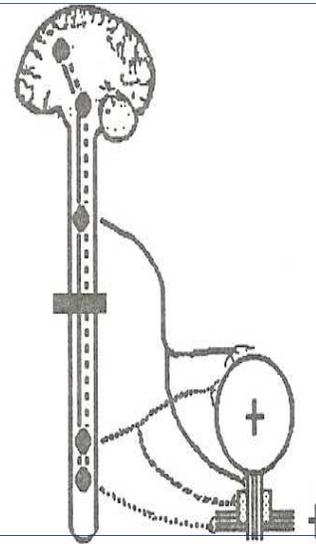


Fig. 12. Secondo livello di lesione, al di sotto del centro toraco-lombare: iperreflessia detrusoriale, contrazione detrusoriale non sostenuta, dissinergia detrusore-sfintere striato.

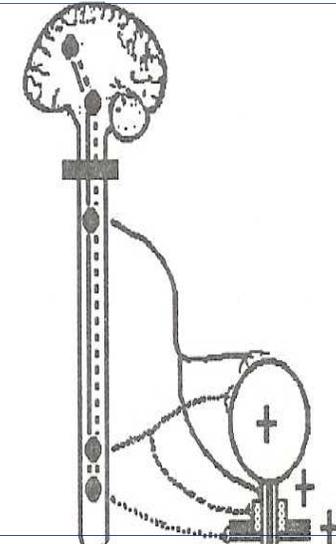


Fig. 13. Secondo livello di lesione, al di sopra del centro toraco-lombare: iperreflessia detrusoriale, contrazione detrusoriale non sostenuta, dissinergia detrusore-sfintere striato, dissinergia detrusore-sfintere liscio.

Lesioni sottosacrali

- Nelle lesioni periferiche è di regola la **ritenzione urinaria**, più o meno completa, dovuta ad una **ipo-areflessia detrusoriale**; può associarsi ad una incontinenza urinaria da rigurgito ("overflow" incontinence) o ad episodi di incontinenza da sforzo in rapporto all'eventuale denervazione del complesso sfintero-uretro-perineale.
- La sovradistensione è causa di **stretching detrusoriale**, con danno muscolare che facilita anche le infezioni urinarie ricorrenti.

Lesioni sottosacrali (2)

CAUSE PRINCIPALI

- Stenosi canalare midollare
 - S. della cauda equina
- Chirurgia pelvica radicale
 - S. di Guillain-Barrè
 - Diabete mellito

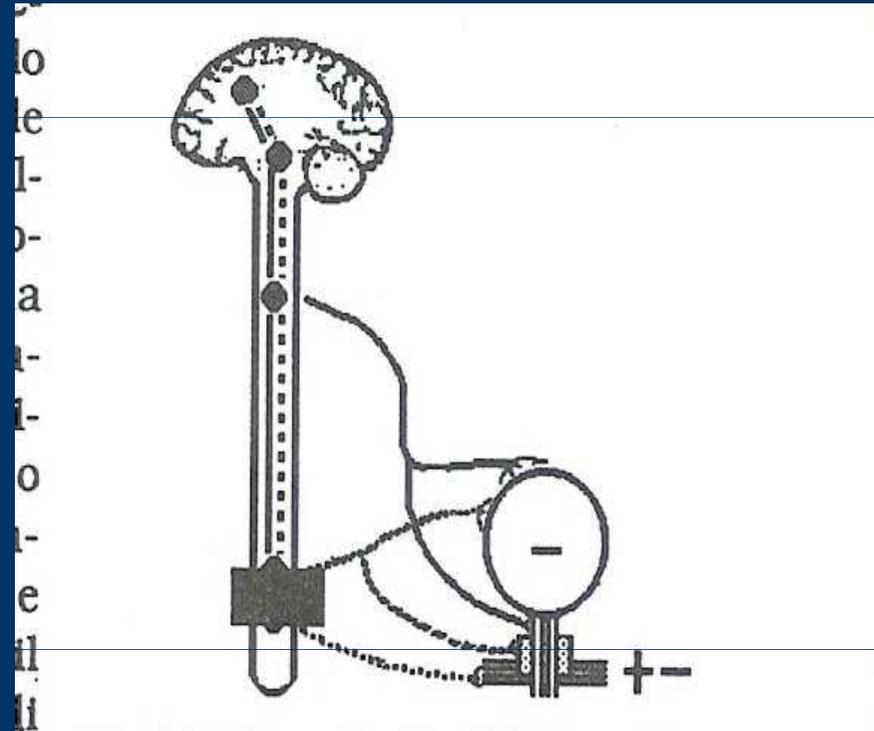


Fig. 14. Terzo livello di lesione: ipo- acontrattilità detrusoriale, comportamento sfinterico variabile in rapporto al livello ed alla natura della lesione.

Neurologo



Urologo



Grazie per l'attenzione!