

Semeiotica Urologica

V. Pagliarulo

Sezione di Urologia e Andrologia (DETO)

Università di Bari

vincenzo.pagliarulo@uniba.it

Inquadramento diagnostico

- Raccolta dell'anamnesi
- Esame obiettivo
- Diagnostica strumentale
- Diagnostica di laboratorio

Storia clinica o Anamnesi

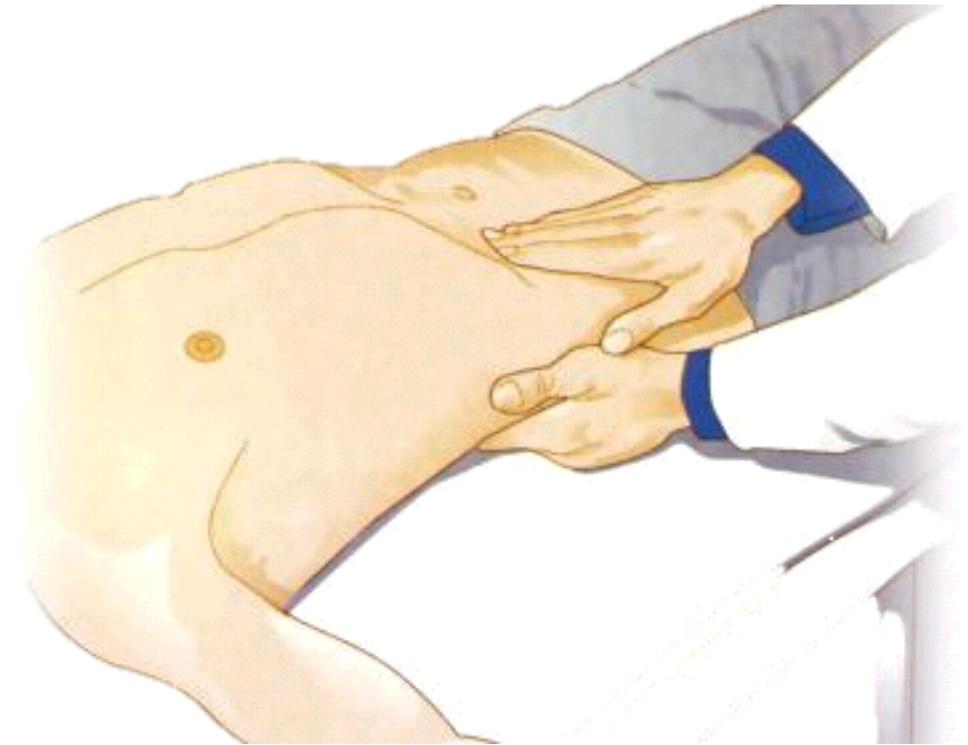
- Dati anagrafici
- Anamnesi familiare (genitori e collaterali)
- Anamnesi fisiologica
 - Abitudini
 - Allergie
 - Lavorativa
 - Stile di vita
 - Farmacologica
- Anamnesi Patologica Remota
- Anamnesi Patologica Prossima

Esame Obiettivo

- E.O. Generale
 - Ispezione: facies, cicatrici, ematomi, malformazioni cong.
 - Palpazione: addominale superficiale e profonda, polso
 - Percussione: toracica e addominale
 - Auscultazione: toracica e addominale (peristalsi)
- E.O. Specifico
 - Rene
 - Vescica
 - Esplorazione rettale
 - Esplorazione vaginale
 - Genitali esterni
 - Neurologico

Esame Obiettivo Renale

- **Palpazione Bimanuale in ispirazione:**
 - Ipertrofia compensatoria
 - Idronefrosi
 - Cisti voluminose
 - Tumori
 - Rene policistico
 - Masse renali sono generalmente mobili \neq fegato e milza



- **Manovra del Giordano (Percussione dell'angolo costovertebrale)**

Contatto con il rene elicitava dolore acuto in caso di:

- Pielonefriti
- Idronefrosi
- Litiasi renale



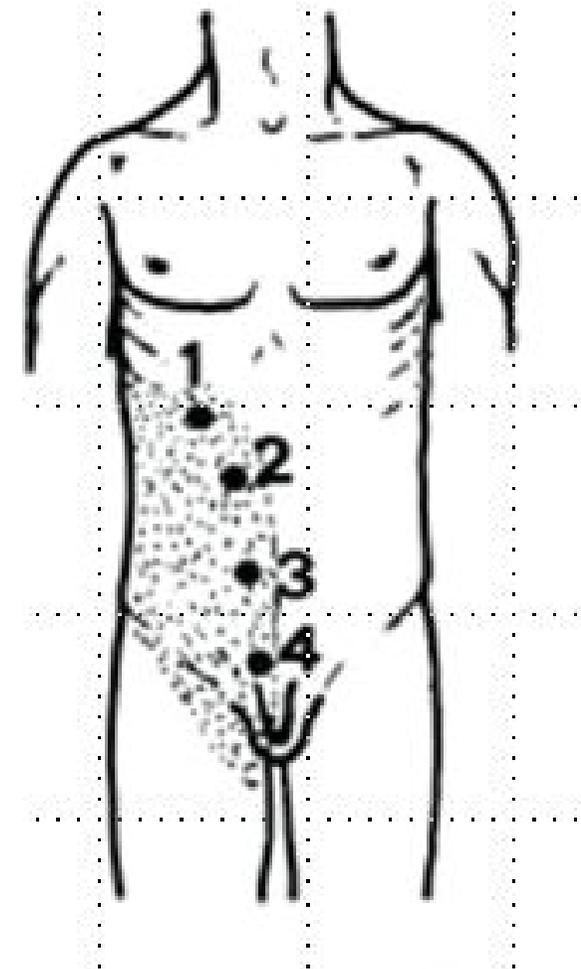
Esame Obiettivo Ureterale

Negli uomini gli ureteri non sono palpabili

Nelle donne l'uretere distale è talora palpabile, se dilatato, attraverso esplorazione vaginale

Punti ureterali

- Costovertebral angle (1)
- Superior ureteral (2)
- Middle ureteral (3)
- Sovapubic ureteral (4)
- Inferior ureteral (by rectal examination or vaginal examination)



Esame Obiettivo Vescicale

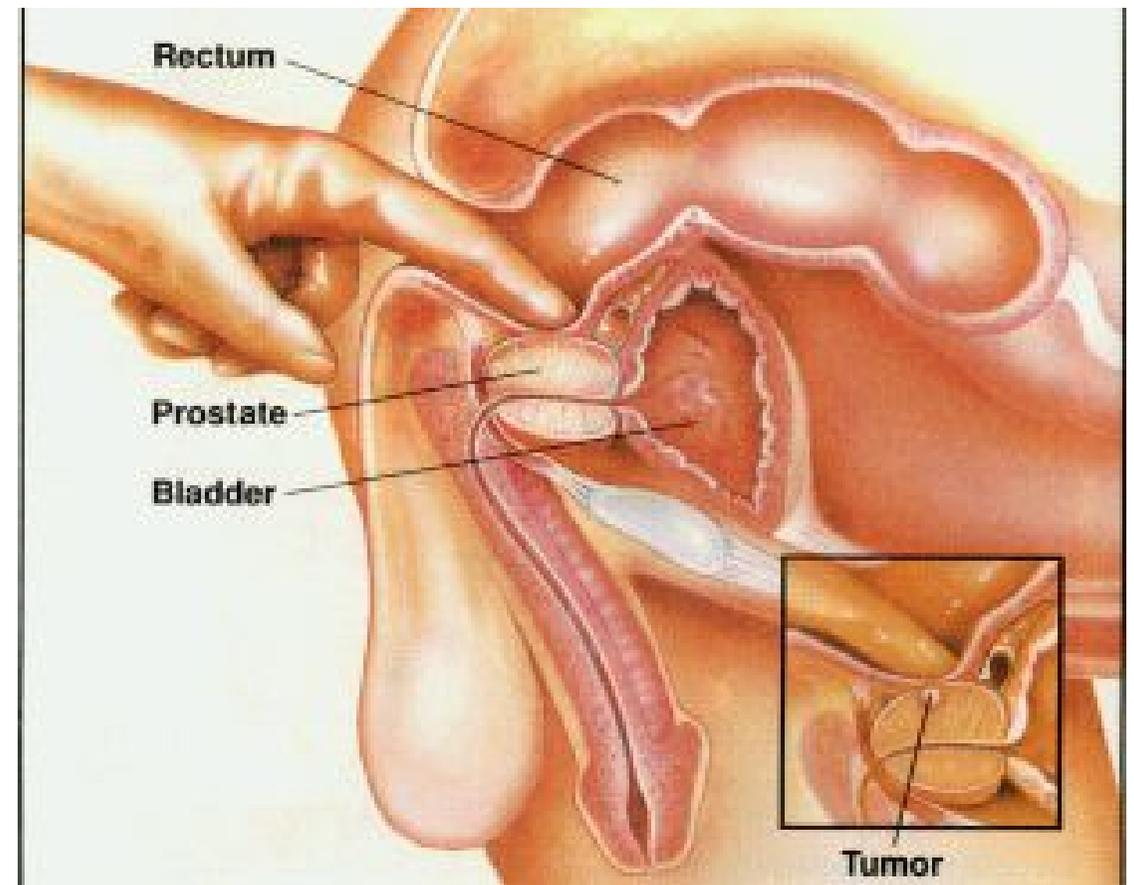


Valutabile son oin caso di sovradistensione della vescica.

- Ispezione: globo vescicale
- Palpazione: massa sferica
- Percussione: presenza di ottusità

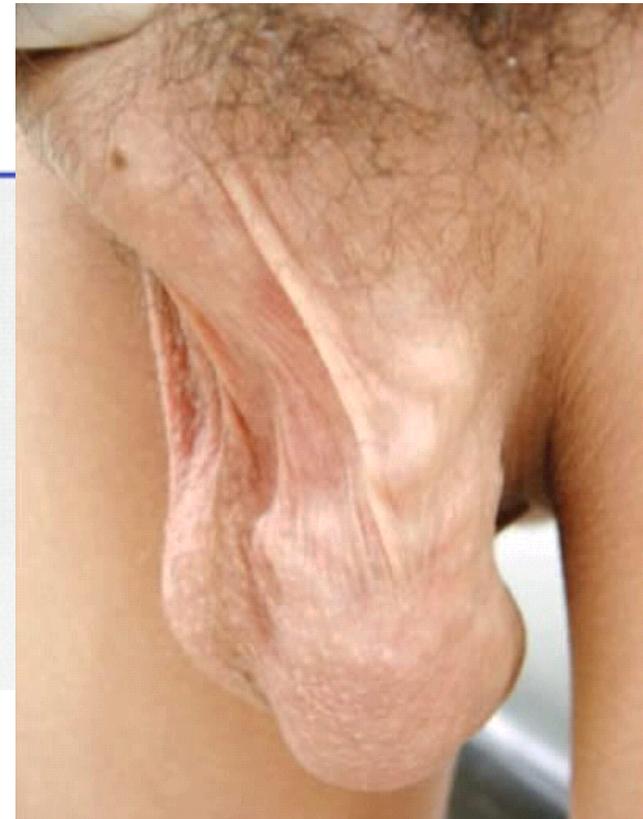
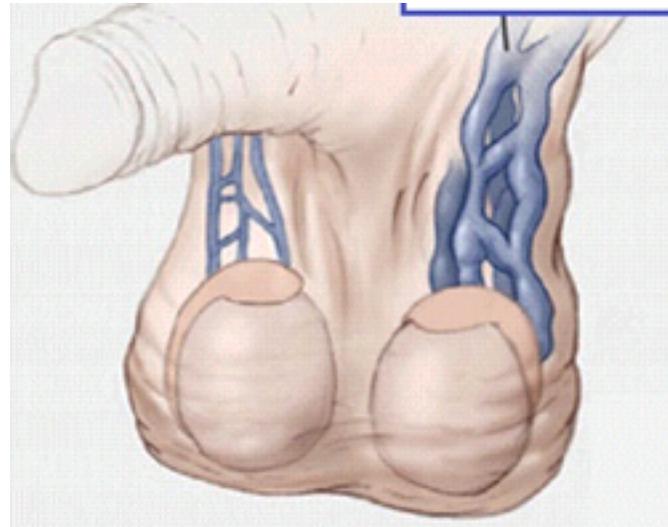
Esame Obiettivo Prostatico (esplorazione rettale)

- Ano e regione perianale:
 - Fistole
 - Emorroidi
 - Neoplasie
- Mucosa rettale:
 - Fistole
 - Emorroidi
 - Neoplasie
- Prostata:
 - Flogosi
 - Volume prostatico
 - Tumori



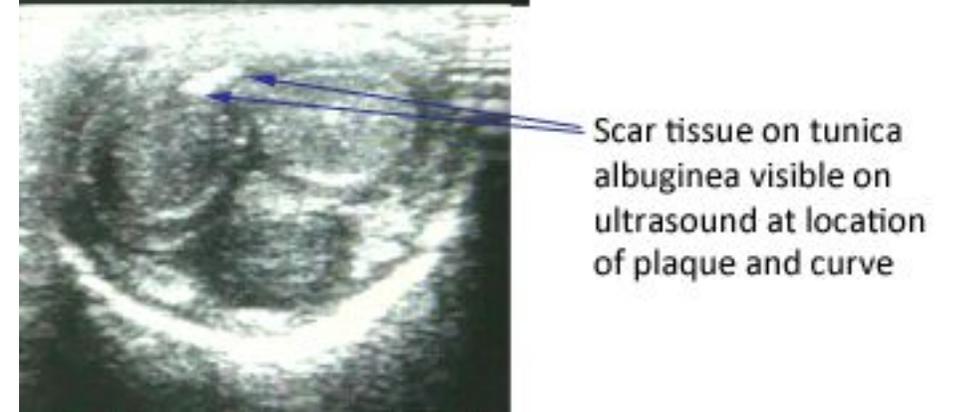
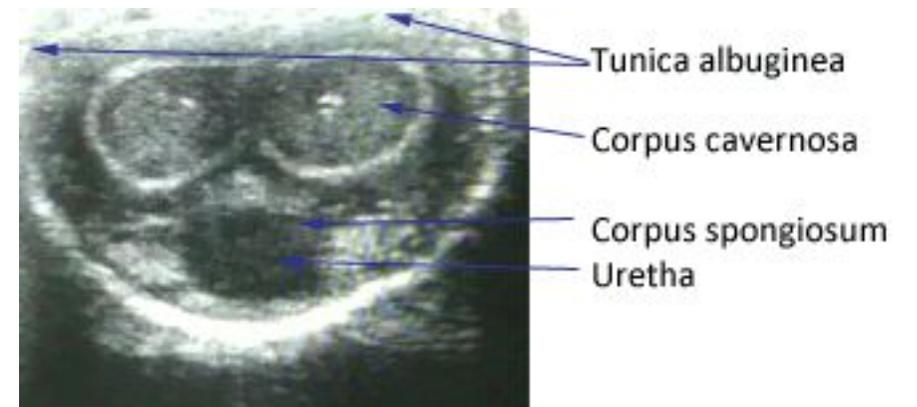
Esame Obiettivo dello Scroto

- Cute e annessi
 - Intertrigo
 - Furunde
 - Sebaceous cysts
 - Gangrene
- Deferenti
 - Infiammazione
 - TBC
 - Atresia
- Corda spermatica
 - Varicocele



Esame Obiettivo del Pene

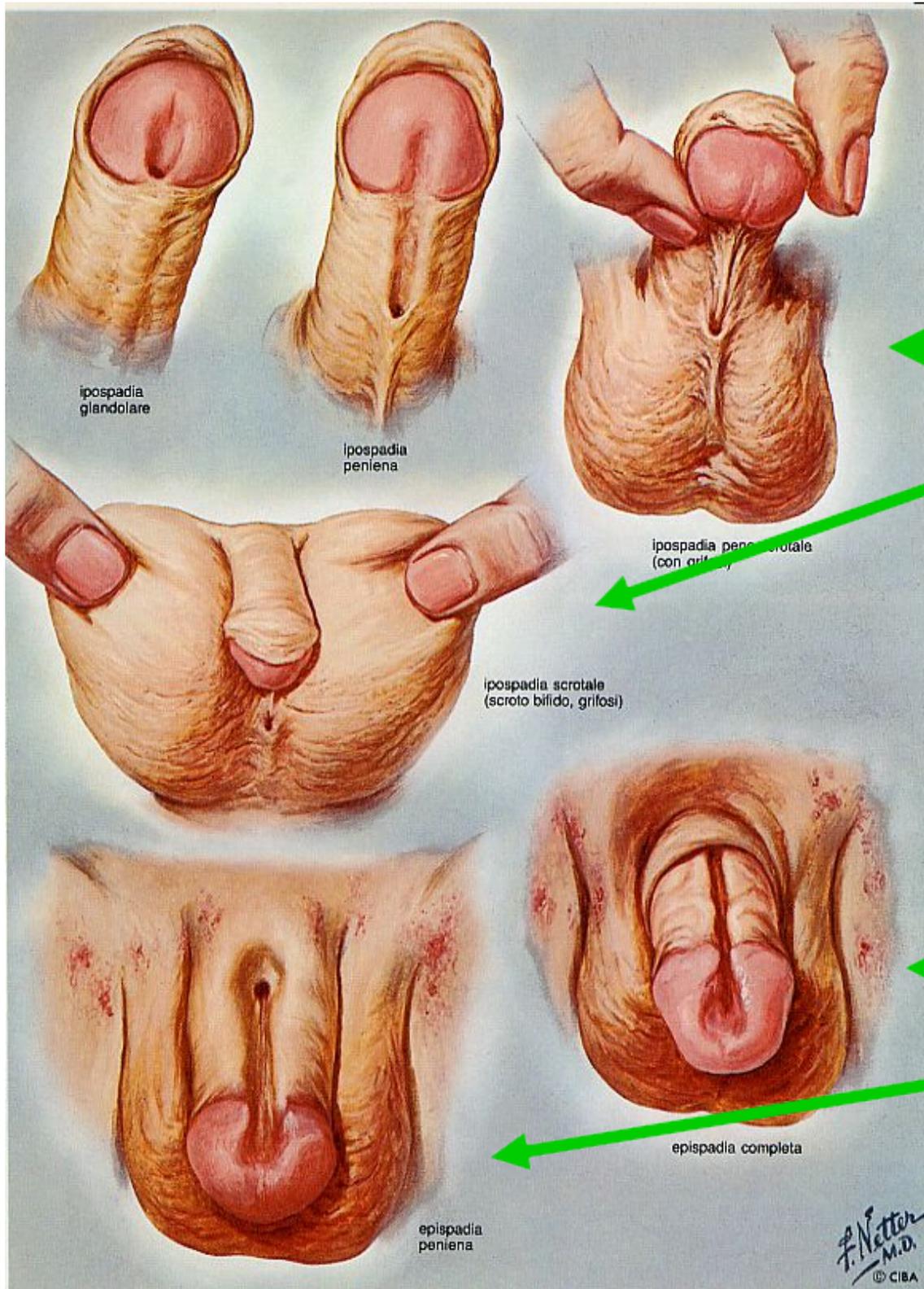
- Pene:
Lesioni fibrotiche nodulari note come placche
→ malattia di Peyronie
- Prepuzio
Fimosi
- Glande:
Neoplasie
Flogosi
- Meato uretrale esterno:
Stenosi
Ipospadias
Epispadias



Malformazioni congenite

hypospadias

Epispadia



Esame Obiettivo di Testicolo ed Epididimo

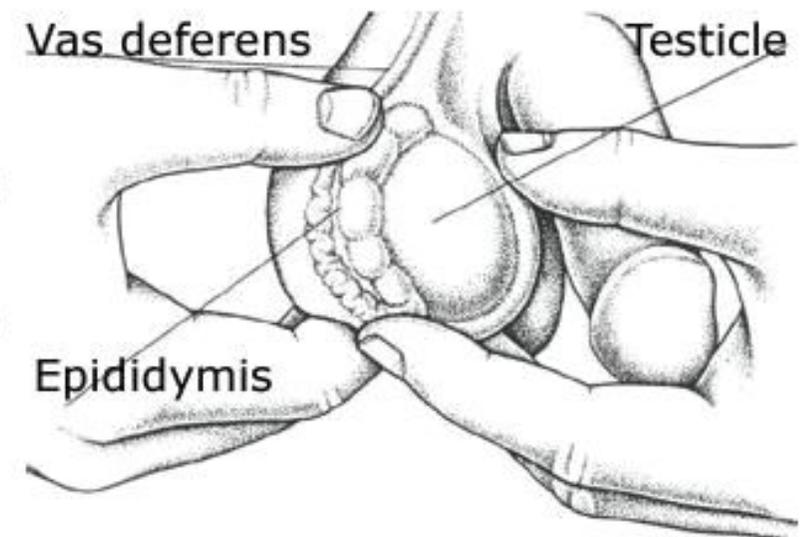
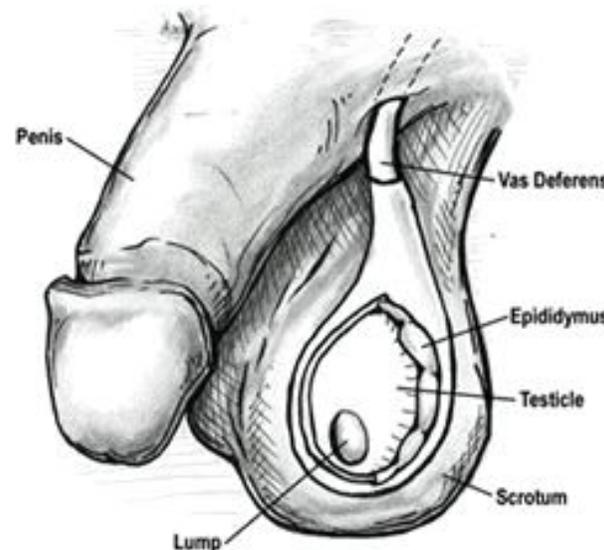
Palpazione bimanuale:

-Sede: ectopia o criptorchidismo

-Dimensioni: ipotrofia, atrofia

-Consistenza: neoplasia (non dolente e associata ad alterazione del contorno), flogosi (dolente con riduzione o aumento della consistenza).

-Altri reperti: idrocele, spermatocele





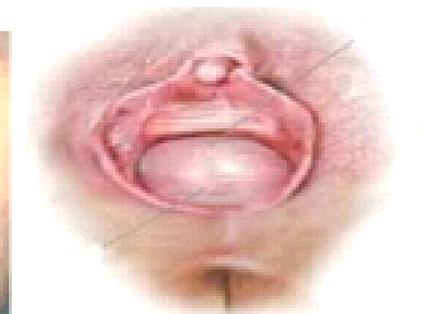
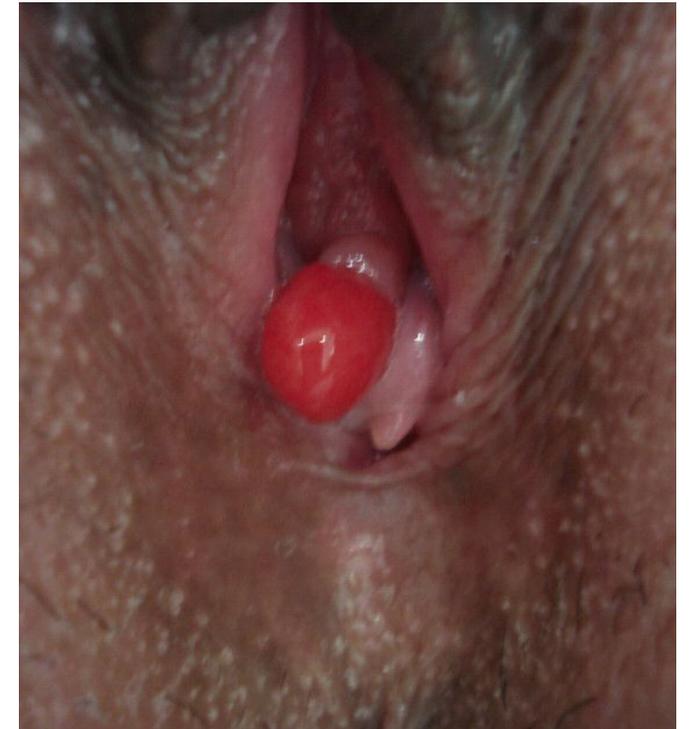


Esame Obiettivo Vaginale

Palpazione bimanuale del meato uretrale, della mucosa vaginale, dell'introito vaginale e della cervice.

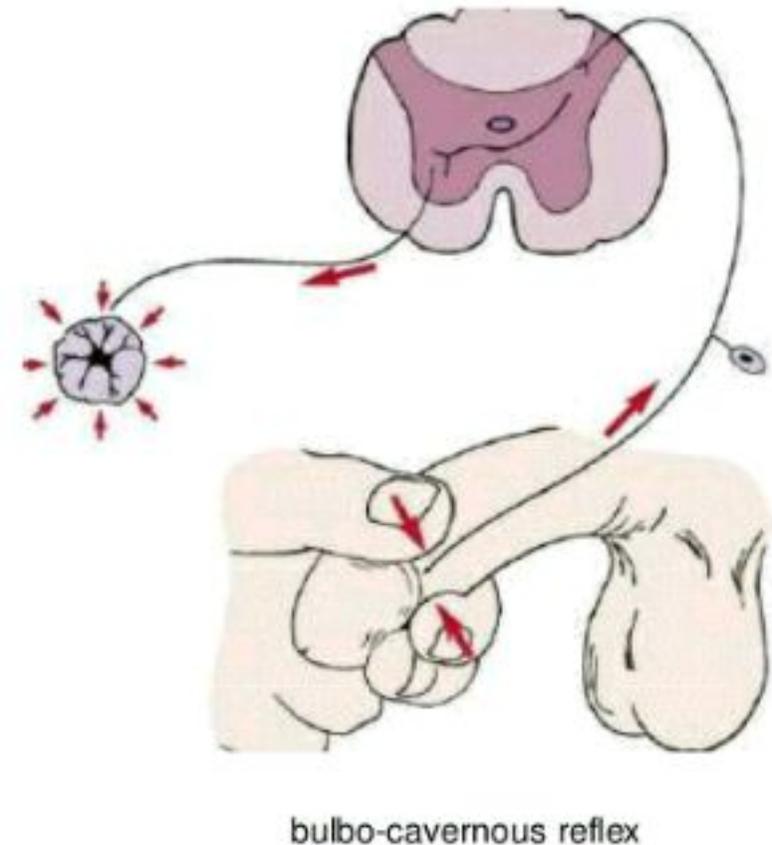
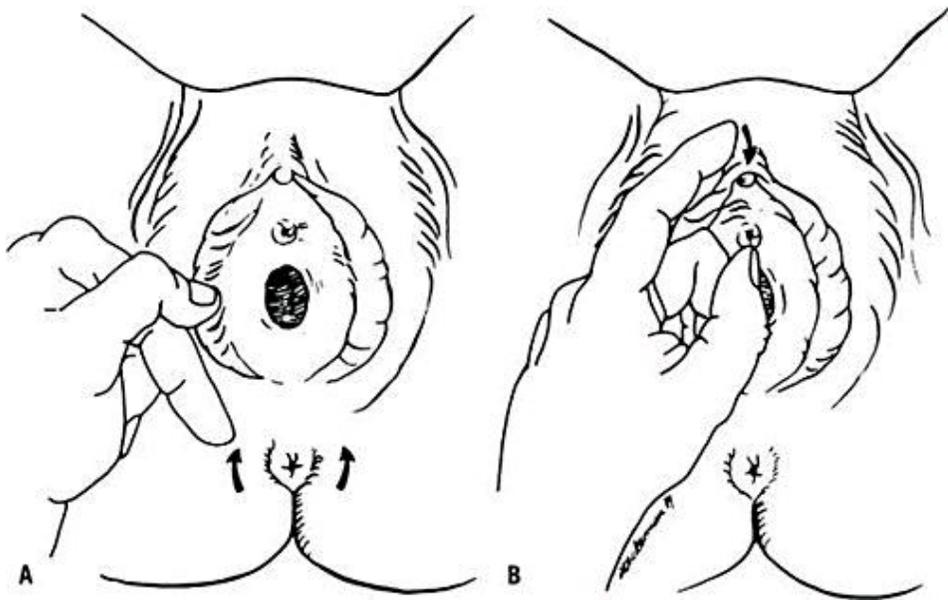
Patologie di pertinenza urologica:

- Caruncola uretrale
- Distrofia vaginale
- Flogosi
- Prolasso (cistocele, rettocele, prolasso uterino)
- Diverticolo uretrale
- Neoformazioni
- Ipermobilità vescicale



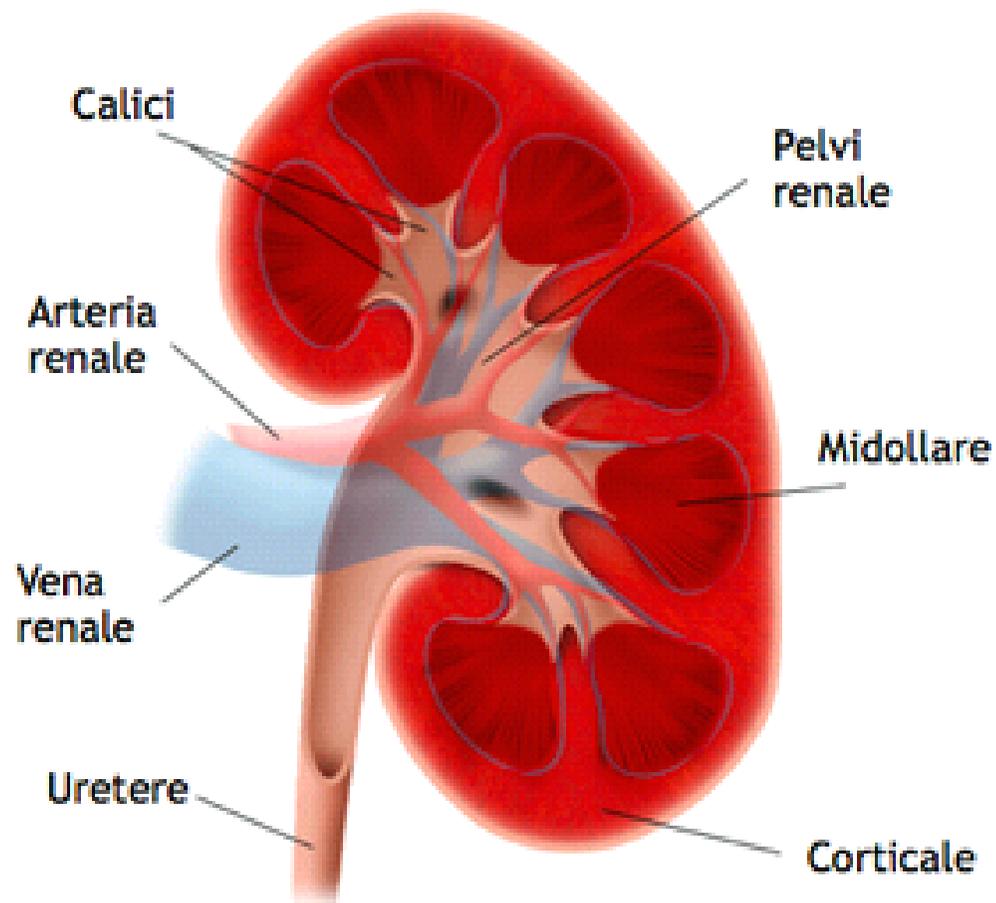
Esame Obiettivo Vaginale

- Tono dello sfintere anale
- Riflessi bulbo cavernoso e clitorideo
 - spinal mediated and involves S2-S4
 - absence of the reflex → spinal shock injury of the conus medullaris or sacral nerve roots
- Sensibilità area perianale

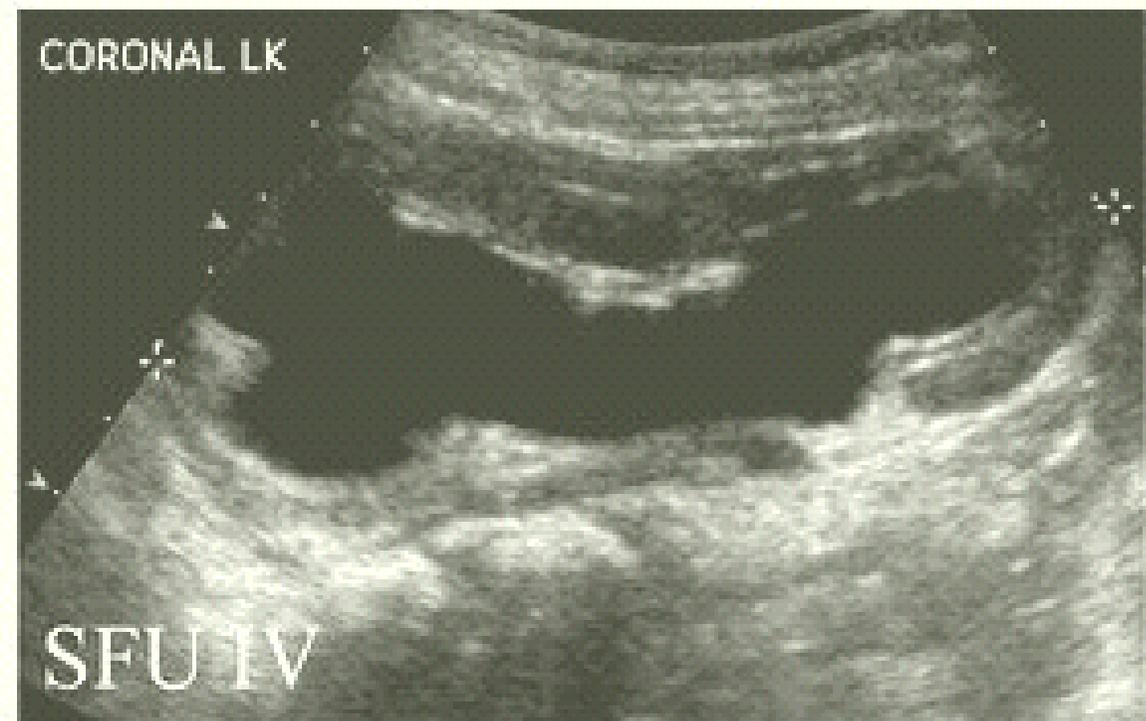
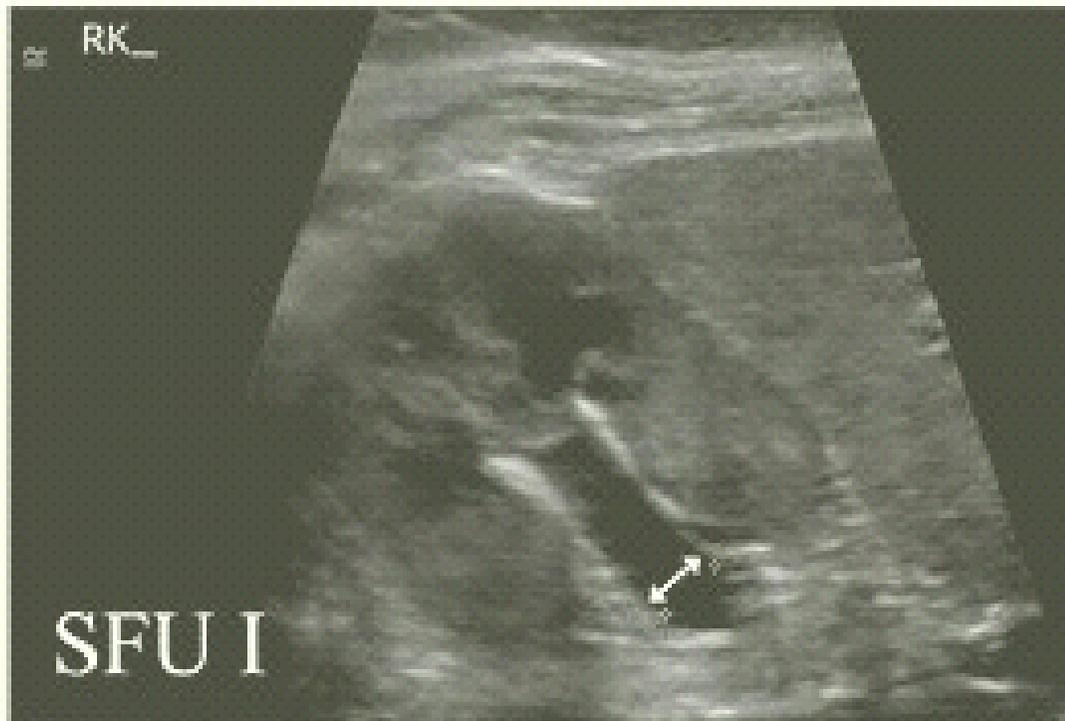


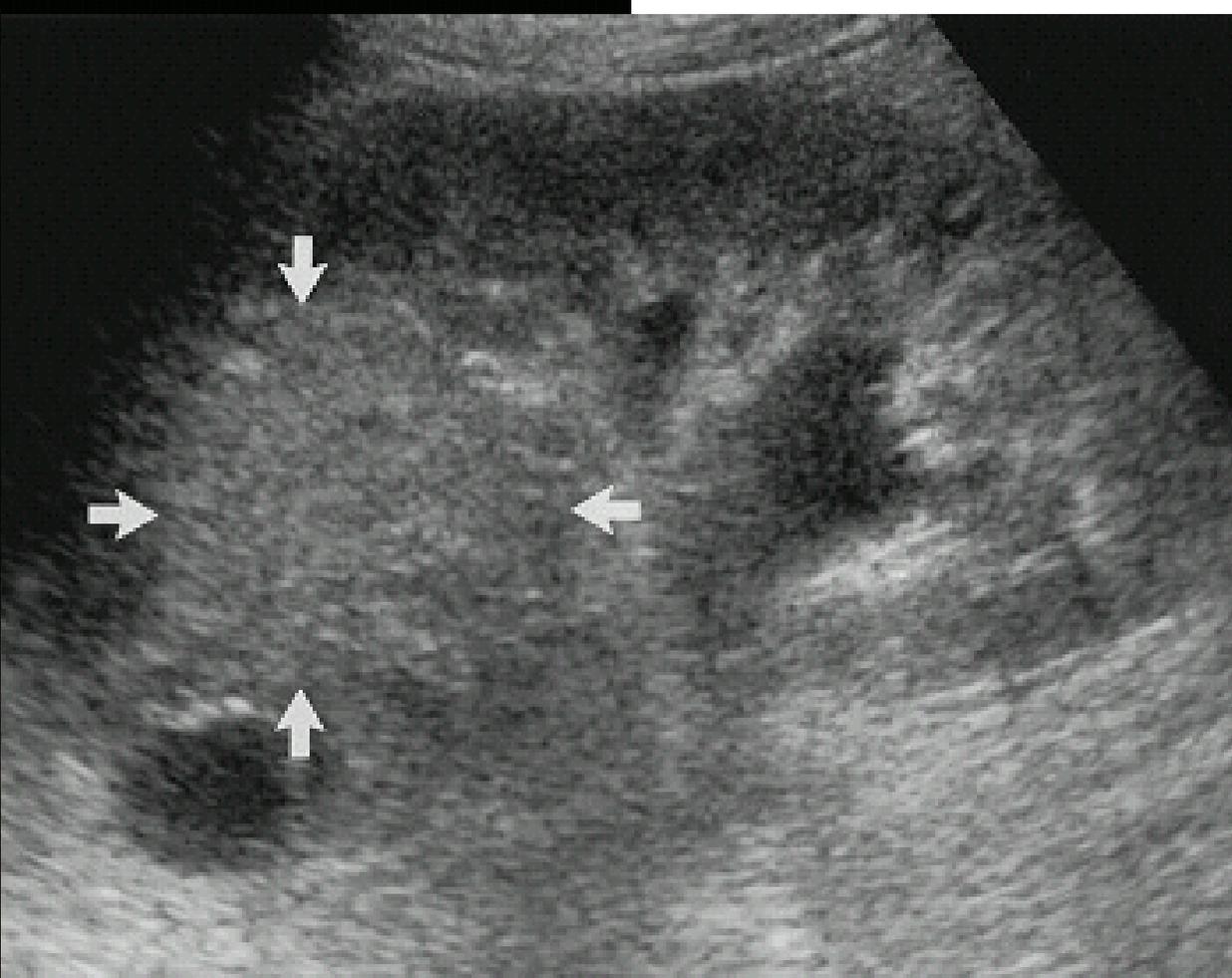
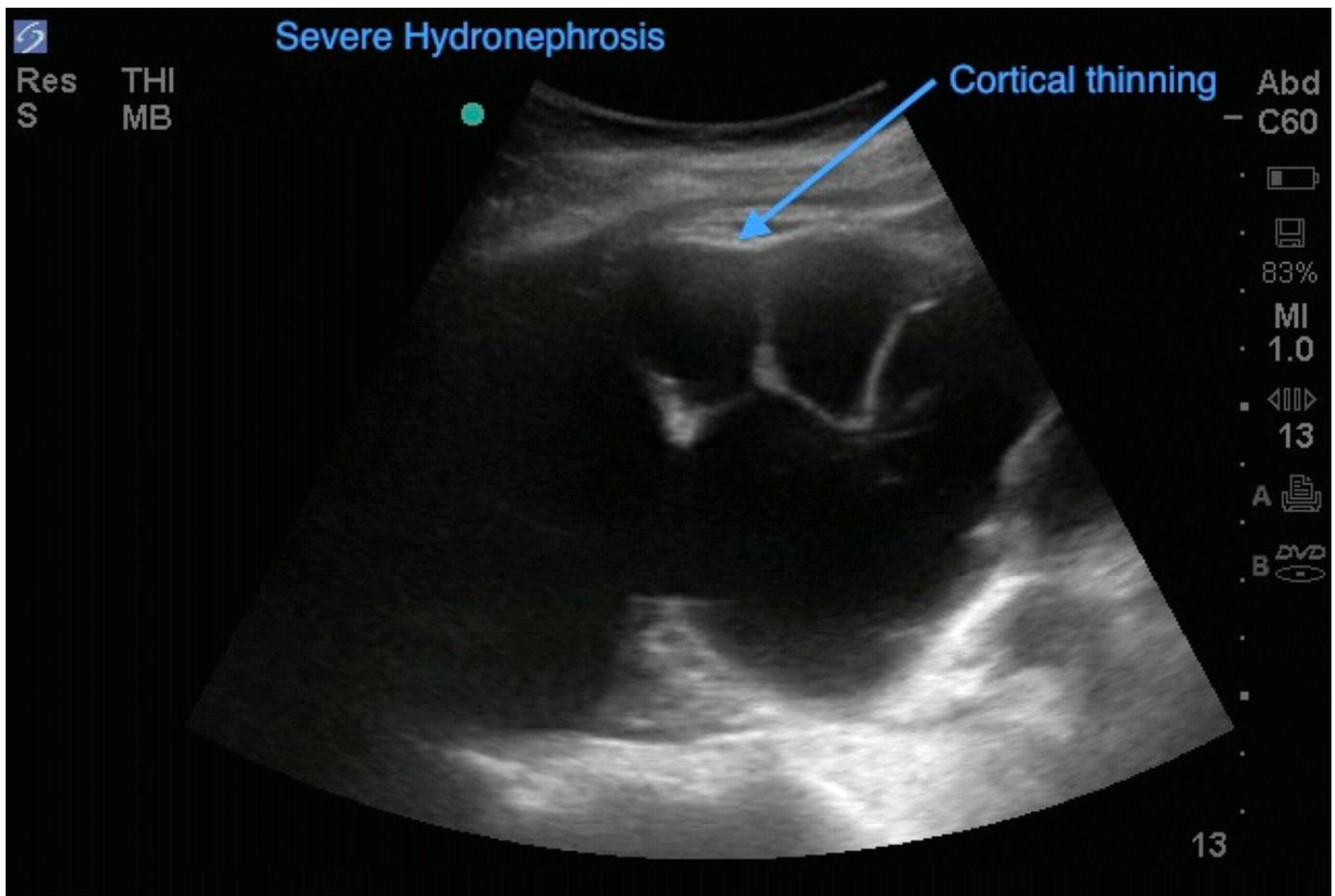
Diagnostica strumentale urologica

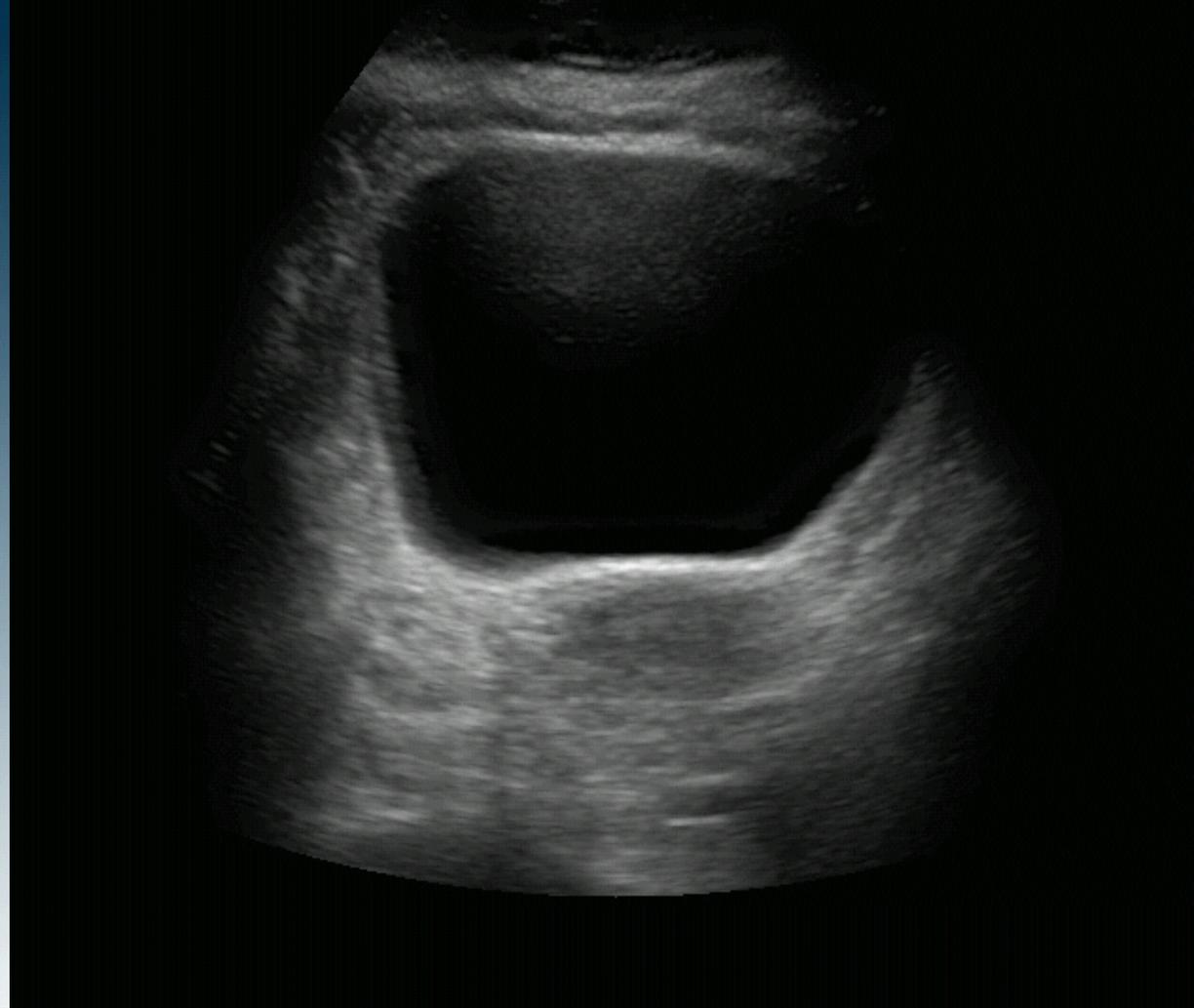
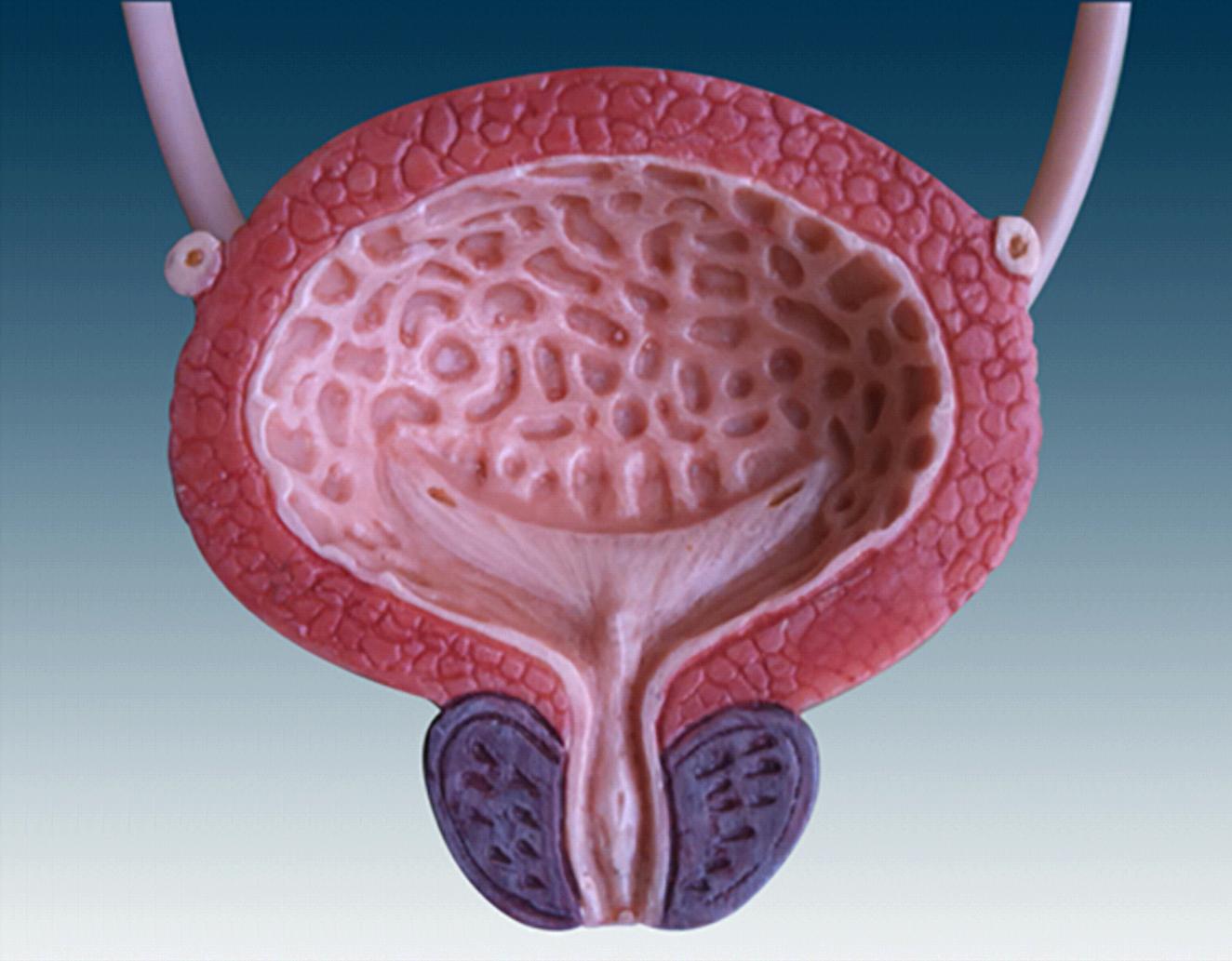
- Ecografia
 - Renale
 - Sovrapubica
 - Scrotale
 - Transrettale
- Uroflussometria
- Uretro-Cistoscopia
- Esame urodinamico
- Altro (esami contrastografici specialistici)



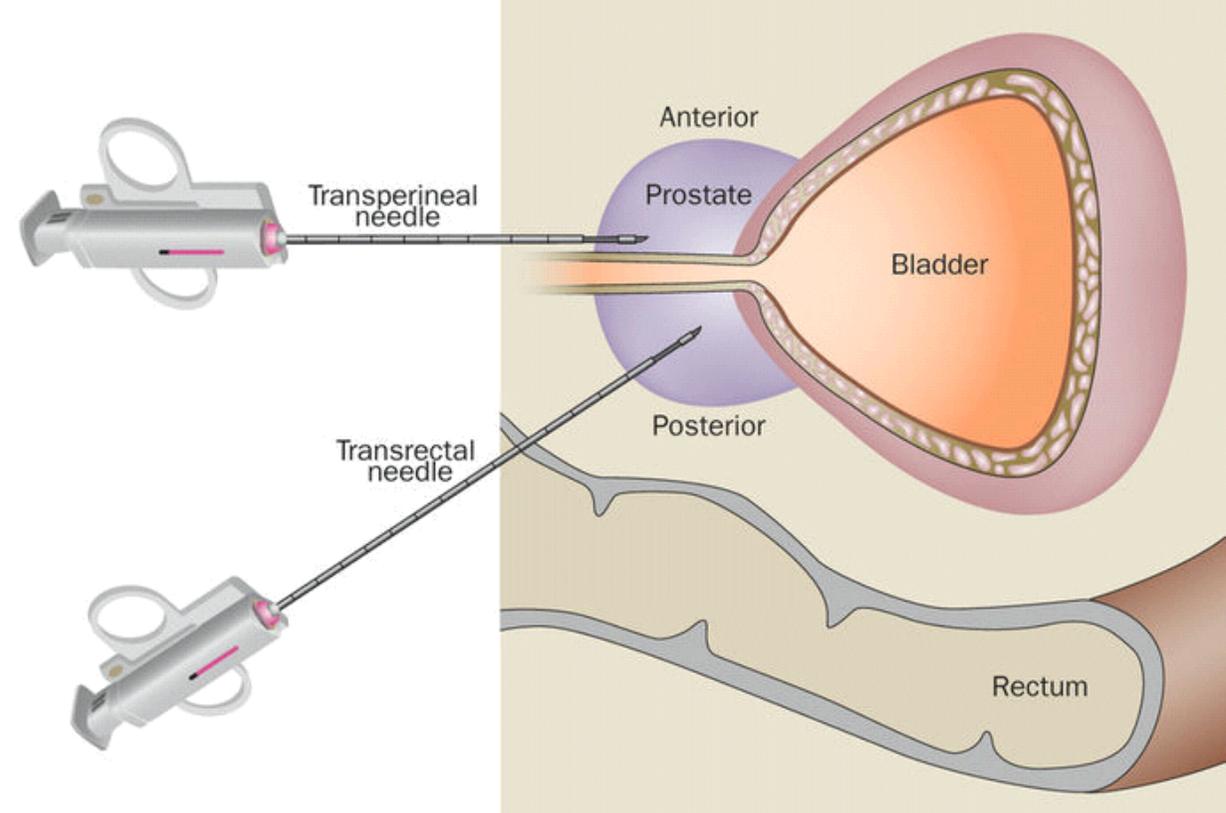
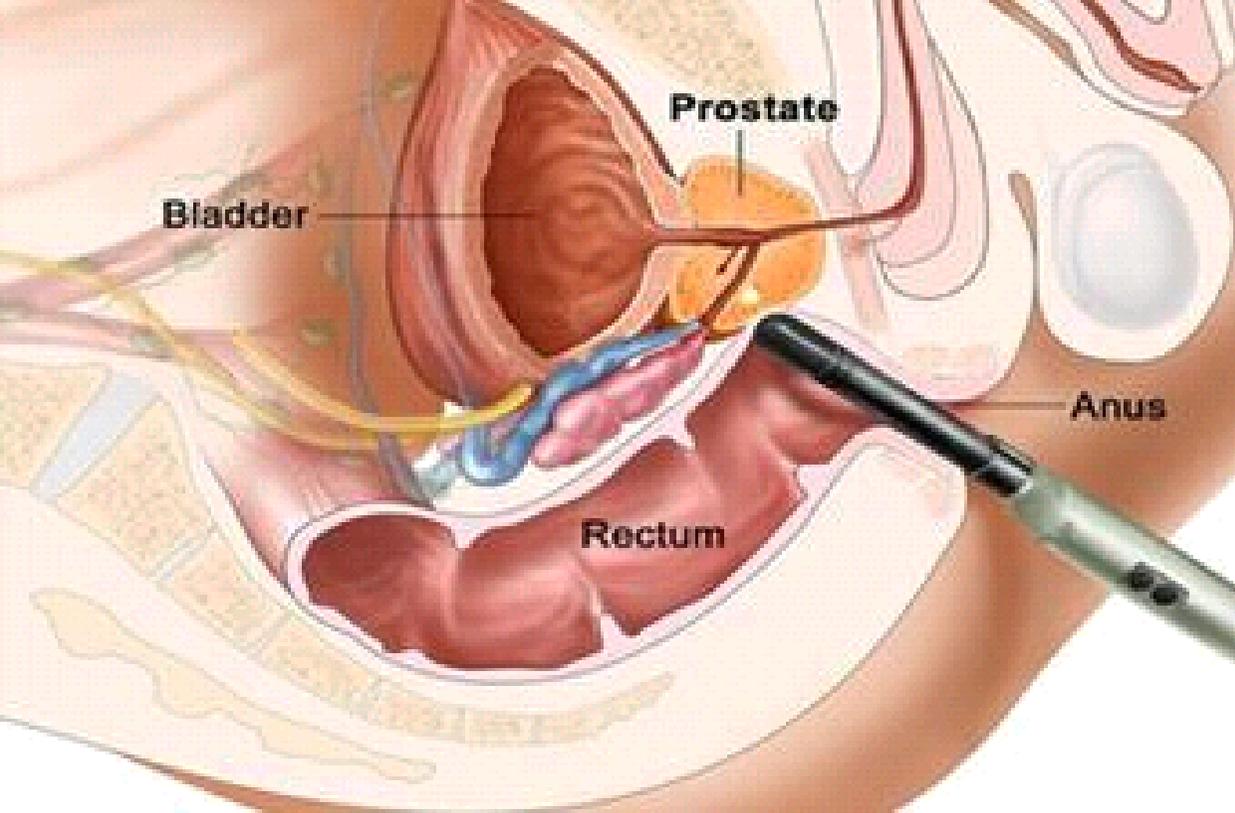
- Dimensioni
- Spessore corticomidollare
- Vie escrettrici (dilatazioni, litiasi)
- Alterazioni del profilo (cisti, tumori)
- Rapporti con altri organi
- Immagini extrarenali (urinomi, ematomi, ascessi)



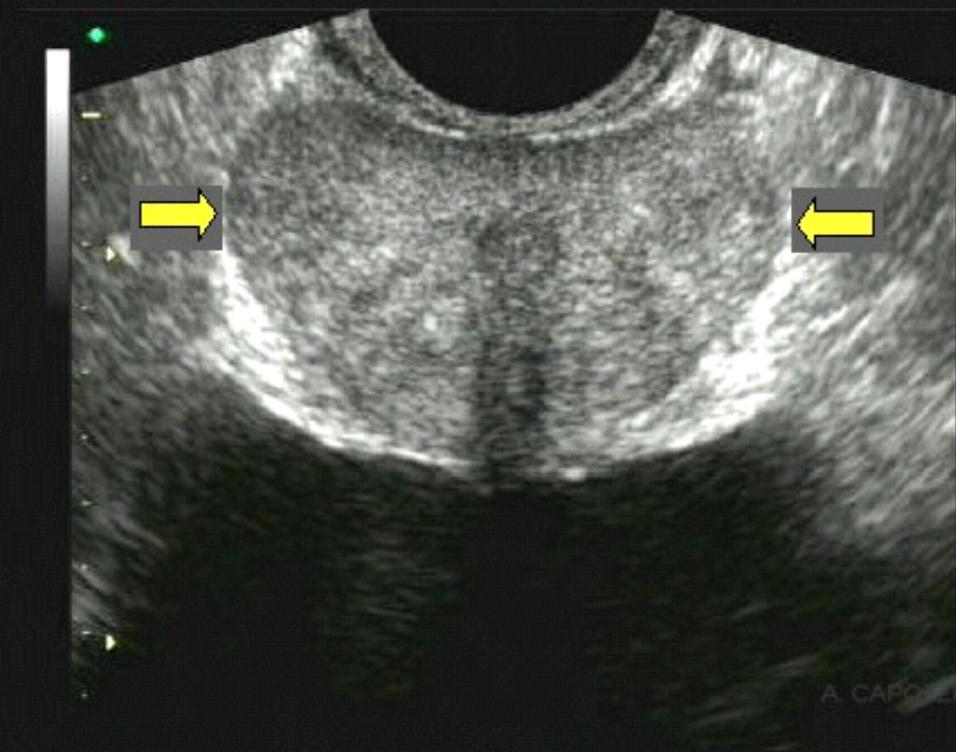


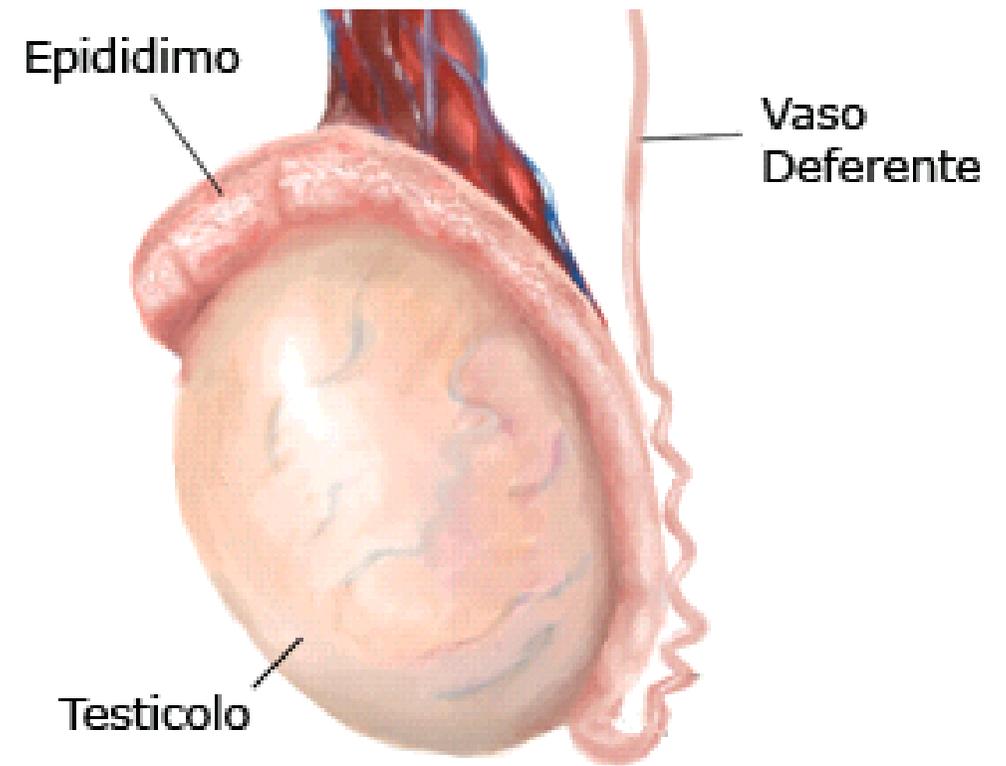
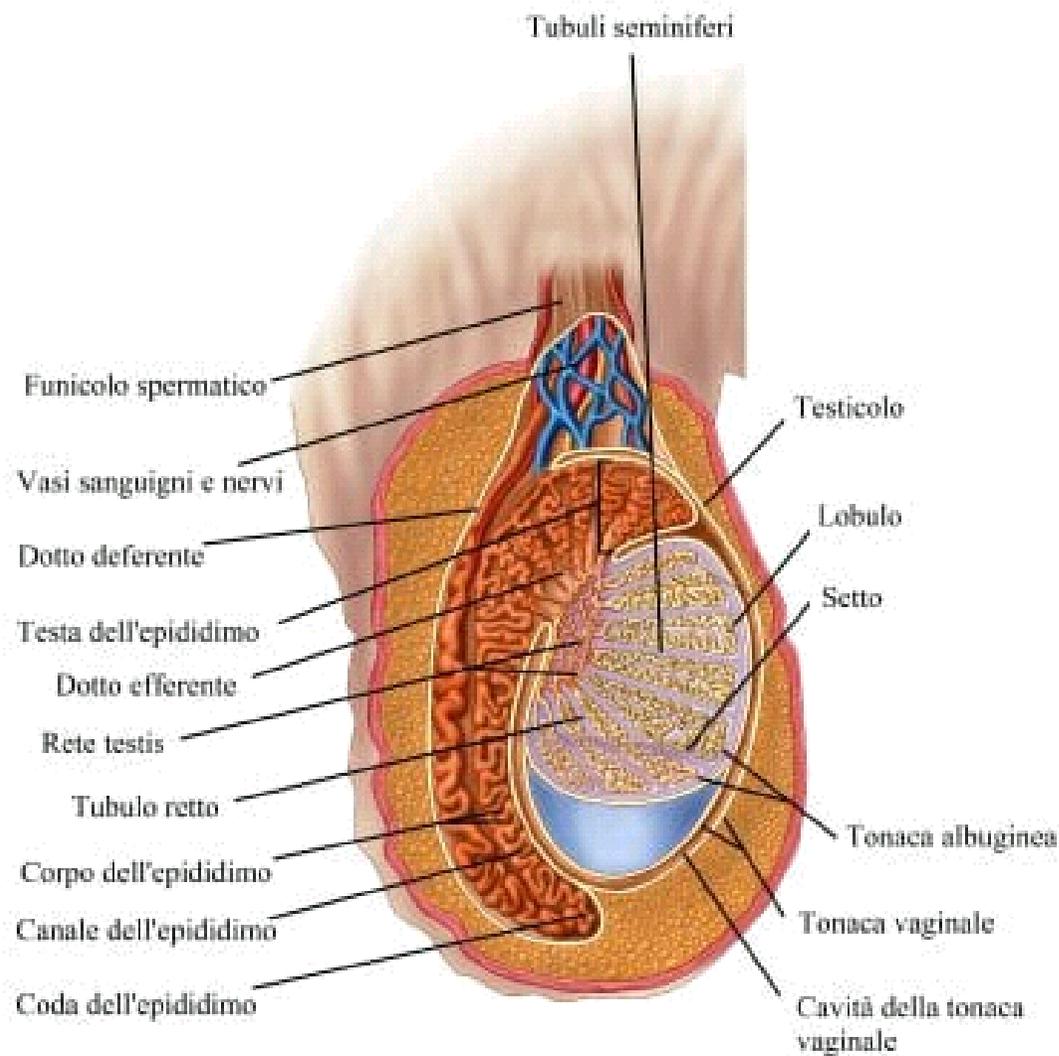


- Capacità (volume)
- Spessore parietale
- Caratteristiche del contenuto (urina limpida, corpuscolata, litiasi vescicale)
- Alterazioni del profilo (coaguli, tumori, prostata, diverticoli)
- Residuo post minzionale



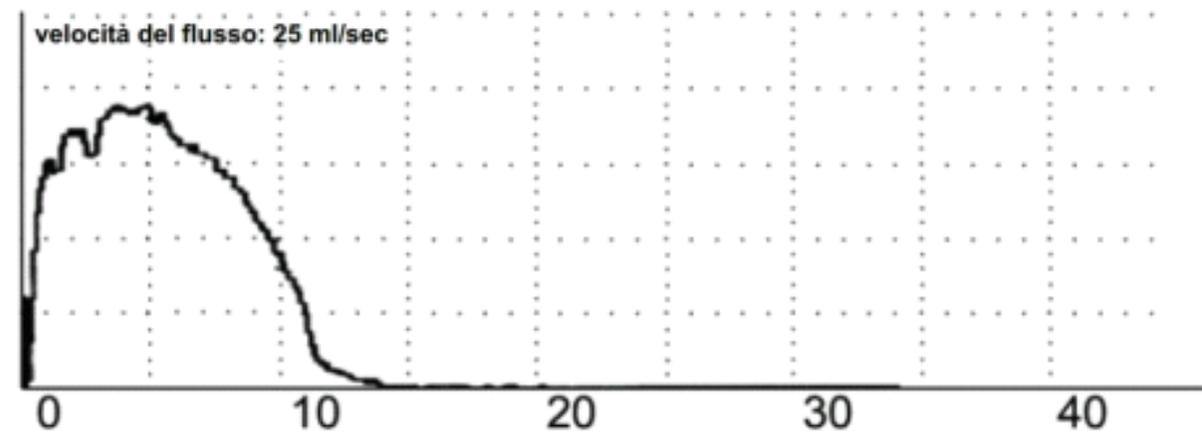
- Dimensioni prostatiche
- Caratteristiche del contenuto (aree sospette, calcolosi prostatica, ascessi)
- Alterazioni del profilo (neoformazioni, ascessi, ematomi)
- Esecuzione di biopsie prostatiche





- Dimensioni
- Caratteristiche del didimo e dell' epididimo (vascolarizzazione, noduli, flogosi, ematomi, cisti)
- Caratteristiche del funicolo (varicocele, ernie, torsioni)
- Raccolte nella vaginale (idrocele)





L'uroflussometria rappresenta l'indagine urodinamica più semplice e meno invasiva: essa consiste nell'urinare nel flussometro che attraverso una tecnologia elettronica permette di misurare alcune caratteristiche del flusso minzionale (*volume vuotato, velocità, durata, picco massimo e medio*) e di riprodurlo in forma grafica.

Dopo l'esecuzione dell'esame verrà valutato ecograficamente il "*residuo post-minzionale*" cioè la quantità di urina che rimane in vescica dopo aver urinato.

A cosa serve l'esame?

È l'indagine di prima istanza nell'iter diagnostico funzionale strumentale urologico, in quanto consente di tracciare un profilo minzionale del paziente. È indicata in tutti i pazienti che riferiscono sintomi della fase dello svuotamento vescicale, con alterazioni del flusso minzionale, tipicamente ad esempio il paziente con sintomi del basso tratto urinario associati ad ipertrofia prostatica.



La cistoscopia è l'endoscopia della vescica urinaria attraverso l'uretra. Viene effettuata con un cistoscopio. L'uretra è il condotto che trasporta l'urina dalla vescica all'esterno del corpo. In essa viene inserito il cistoscopio. Il cistoscopio è uno strumento dotato di lenti che consentono la visualizzazione diretta da parte del medico e lo studio della parete interna (mucosa) della vescica al fine di individuare eventuali anomalie e/o effettuare prelievi di tessuto. Alcuni cistoscopi utilizzano le fibre ottiche che veicolano l'immagine dalla punta dello strumento fino all'altra estremità dotata di un'ottica collegata ad una telecamera.

I cistoscopi hanno uno spessore variabile da pochi millimetri fino a circa 1 cm e sono dotati di una fonte luminosa alla punta. Molti cistoscopi sono dotati di tubi extra oltre a quello principale per guidare altri strumenti nel corso di procedure chirurgiche endoscopiche per il trattamento di problemi urinari.

Ci sono due tipi principali di cistoscopi: rigidi e flessibili, che differiscono nella duttilità del cistoscopio.

Diagnostica di laboratorio

- Ematologica
 - Emocromo
 - Esami di funzionalità renale (azotemia, creatininemia, Na, K)
 - Indicatori di flogosi (PCR, VES, Coagulazione)
 - Batteriologici (emoculture, Quantiferon)
 - Marcatori tumorali (PSA, alfa FP, beta HCG, LDH)
 - Dosaggi ormonali (gonadici, surrenalici, PTH, prolattina)
- Urinaria
 - Dipstick
 - Esame chimico fisico
 - Urinocoltura
 - Citologia
- Altro
 - Esami colturali su altri prelievi (sperma, tamponi, liquido seminale)
 - Clearance della creatinina
 - Spermiocitogramma

Segni e Sintomi urologici

- Dolore
- Ematuria
- LUTS(lower urinary tract symptoms)
- Incontinenza urinaria
- Disfunzione sessuale

Dolore

- Sede
- Esordio
- Carattere
- Severità
- Irradiazione
- Sintomi associati
- Timing (durata, decorso, pattern)
- Fattori scatenanti e attenuanti

Dolore renale

CAUSE

1. Distensione dell'alto tratto urinario da repentino aumento della pressione endoluminale
2. Distensione della capsula renale
3. Ischemia renale acuta

Dolore da distensione dell'alto tratto urinario

La severità del dolore non è in relazione all'entità della dilatazione bensì alla rapidità dell'insorgenza

Una distensione graduale può non creare dolore

Misurazione della pressione endoluminale: maggiore la pressione più severo sarà il dolore

In assenza di evidenza di distensione (TC o ECO) il dolore non è attribuibile a ostruzione delle vie urinarie

Intermittente

La classica colica renale, spesso causata da calcolosi ostruente lungo l'uretere

Ad ogni onda peristaltica un getto di urina è spinto nell'uretere, con aumento della pressione all'intero dello stesso. Questo causa l'intermittenza del dolore.

Continuo

Causato da una problematica ischemica a carico del rene o da una distensione della capsula renale.

Può essere conseguenza di una distensione della capsula renale in assenza di onde peristaltiche.

Sede dell'ostruzione e dolore

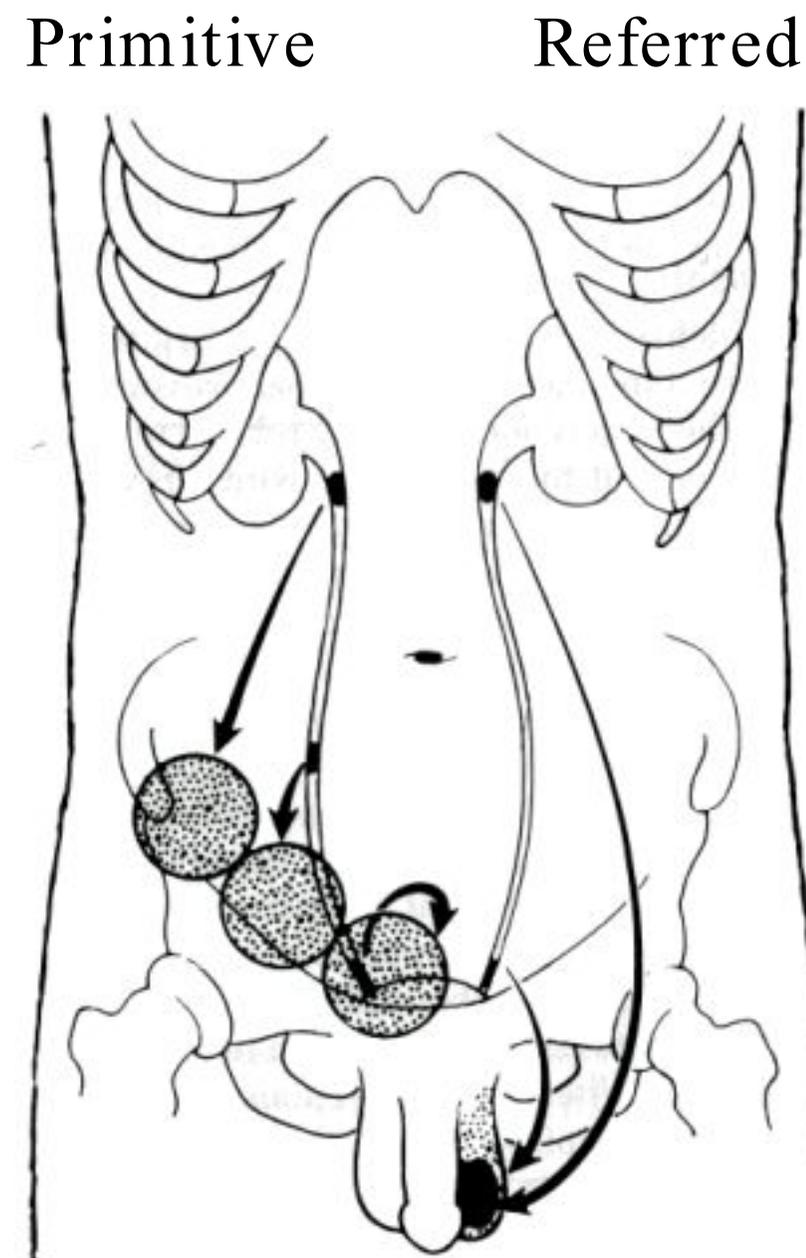
Il dolore ureterale segue una linea lungo il decorso del muscolo retto

Sede:

Pelvi renale	→	Angolo costovertebrale
Uretere prossimale	→	Fianco
Uretere medio	→	Canale inguinale medio
Uretere distale	→	Area sovrapubica

La sede di origine del dolore e la sede in cui esso viene anche riferito condividono una comune innervazione segmentale.

Le corna posteriori dei segmenti T11-12 del midollo ricevono afferenze sensoriali provenienti sia dall'uretere prossimale che dal testicolo, sia dall'uretere distale che dallo scroto.



Dolore renale e disturbi gastrointestinali

Pyelonefrite: dolore e distensione addominale

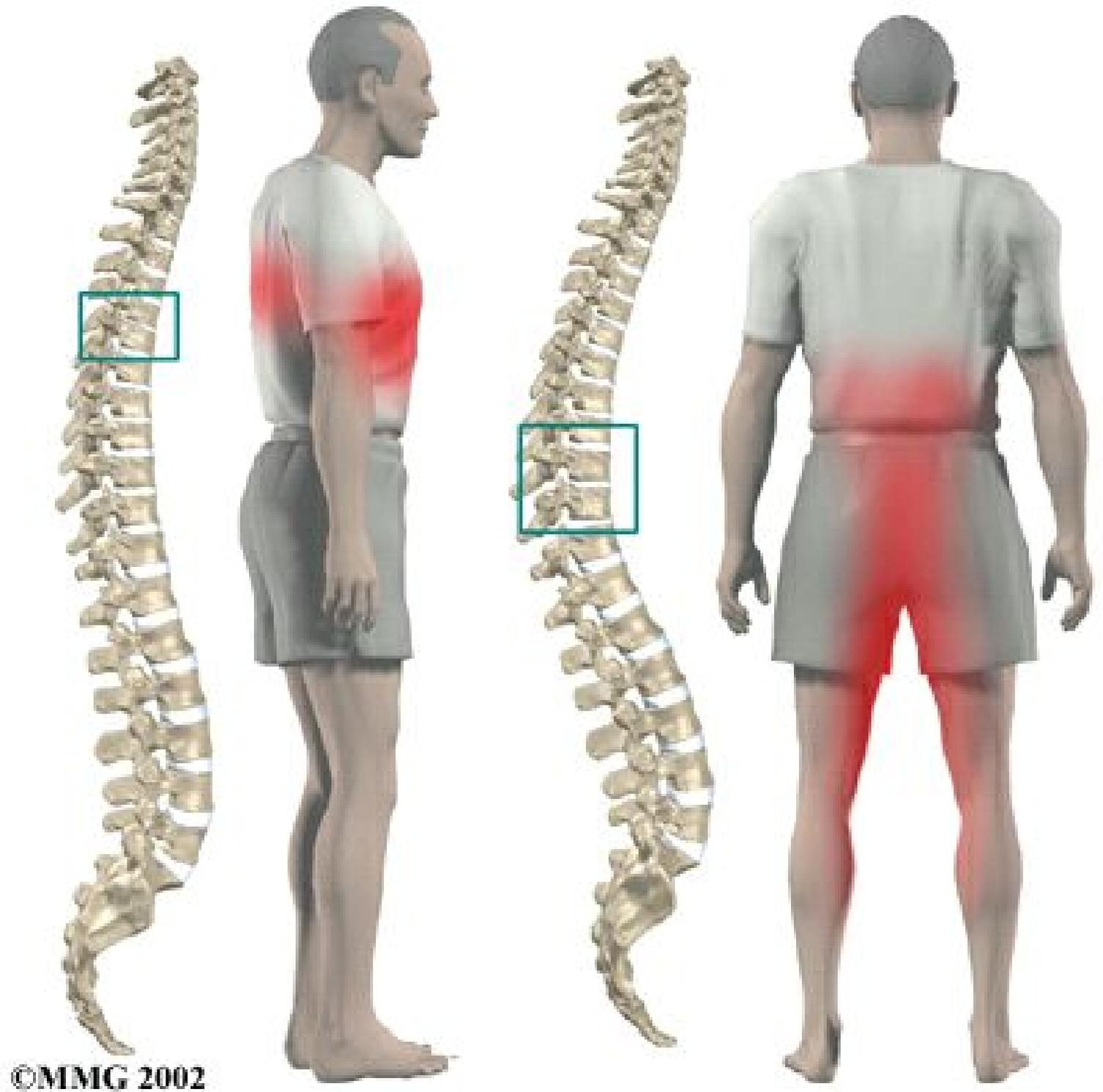
Colica renale: nausea, vomito, distensione addominale

Cause:

- Riflesso Reno-intestinale (innervazione simpatica comune)
- Prossimità alla cistifellea, al dotto biliare, fegato, o alla milza e pancreas
- Irritazione peritoneale

Altre cause di dolore lombare

- ✓ dolore associato alla postura
- ✓ inizia dopo un movimento



Dolore Testicolare

- Torsione testicolare → Improvviso
- Epididimite, orchite → Graduale

Sintomi associati

- Edema, dolorabilità, arrossamento dello scroto
- Nausea e vomito
- Febbre
- Dolore alla minzione, secrezioni uretrali
- Dolore durante il rapporto sessuale, durante l'eiaculazione
- Ematuria, emospermia

Altri dolori urologici

Dolore vescicale:

- Iniziale sensazione di sovradistensione vescicale
- Comparsa di dolore sovrapubico associato ad urgenza minzionale
- Dolore riferito al meato uretrale esterno secondario a stimolazione del trigono.

Dolore prostatico:

- Perineale, inguinale e a carico della regione sacrale
- Urgenza minzionale
- Generalmente secondario a flogosi
- Edema e distensione della capsula prostatica.

Uretra:

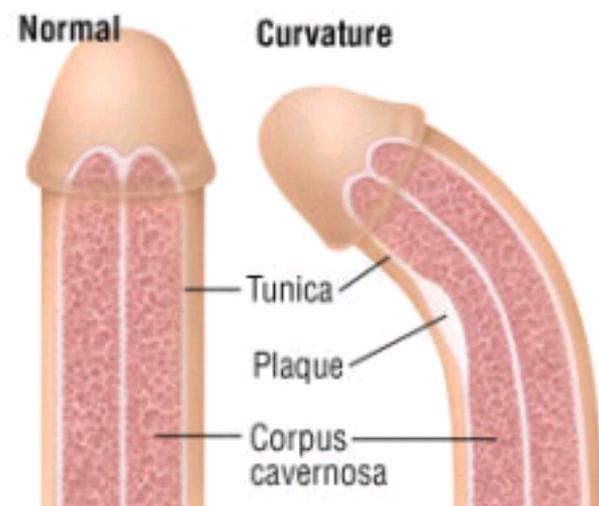
-Dolore a carico del pene e del meato uretrale esterno

Pene:

-Nel pene in detumescenza è generalmente un dolore riferito (flogosi delle basse vie urinarie)

-In alternativa può essere secondario a parafimosi.

-Nel pene in erezione è generalmente secondario a priapismo o malattia di Peyronie.



Ematuria

Presenza di sangue nell'urina

Spesso ignorata da medici e pazienti

Anche un singolo episodio merita approfondimenti diagnostici

Negli adulti è da considerarsi sospetta per tumore finchè non si dimostra il contrario.



Ematuria

In presenza di ematuria ci si deve porre le seguenti domande:

- ✓ *Si tratta di macro o microematuria?*
- ✓ *In che fase della minzione compare (inizio, fine o durante tutto il corso del flusso urinario)?*
- ✓ *E' associata a dolore?*
- ✓ *Si associa ad emissione di coaguli?*
- ✓ *In presenza di coaguli essi hanno una forma specifica?*

Ematuria

-Macroematuria:

Il numero dei GR è tale da colorare l'urina

- Generalmente la condizione sottostante è facilmente identificabile
- La causa più comune negli uomini > 50 anni è il tumore della vescica o l'IPB

-Microematuria:

Il numero dei GR è insufficiente a colorare l'urina

- È significativa quando corrisponde a più di 3 GR per campo microscopico a ad alto potere di risoluzione.
- Può essere di origine urologica o nefrologica

Ematuria

In che fase della minzione compare?

- Tale informazione può suggerire la sede di origine
- Ematuria iniziale: uretra
- Ematuria terminale: prostata e collo vescicale
- Ematuria totale: provenienza alta (reni, ureteri, vescica)

Ematuria

L'ematuria è associata a dolore?

- Normalmente non è dolorosa, salvo essere associata a flogosi e o ad ostruzione.
- In tal caso può essere espressione di infezioni, infiammazioni, ma anche di patologia che causano emissione di coaguli o a urolitiasi ostruttiva.

I coaguli hanno una forma specifica?

- La forma del coagulo può orientare verso la diagnosi
- Amorfi: origine bassa (vescica, prostata, uretra)
- Vermiformi: origine dal tratto urinario alto

Ematuria: cause in relazione all'età

0-20 years

Acute glomerulonephritis

Acute urinary tract infection

Congenital urinary tract anomalies

20-60 years

Acute urinary tract infection

Stones

Bladder tumors

>60 years (males)

Benign prostatic hyperplasia

Bladder tumors

Acute urinary tract infection

>60 years (females)

Bladder tumors

Acute urinary tract infection

Ematuria e tumori

Ematuria macroscopica 21.5%

Ematuria microscopica 2.2-12%

Disturbi minzionali (lower urinary tract symptoms)

- È una famiglia di sintomi
- Causano fastidio e peggioramento della QoL
- Fortemente associati all'invecchiamento
- Suddivisi in due famiglie:
 - Fase di riempimento o irritativi
 - Fase di vuotamento o ostruttivi



LUTS

Della fase di riempimento o irritativi

- Frequenza
- Nocturia
- Urgenza

Della fase di vuotamento o ostruttivi

- Esitazione
- Riduzione della forza del mitto
- Minzione forzata
- Minzione interrotta
- Sgocciolamento terminale
- Ritenzione urinaria acuta o cronica

Frequenza

Sintomo più frequente

Atti frequenti con volume basso

Particolarmente fastidioso durante la notte

Frequenza diurna

4-5 minzioni per l'uomo

5-6 minzioni per la donna

90% volume in 3-9 atti

Frequenza notturna

< 1 volta minzione

Aumento della frequenza: minzione diurna ogni 2-3 ore; minzione notturna > 1 episodio

FREQUENZA



POLIURIA

Frequenza

Cause:

1. Disturbo funzionale della vescica
2. Aumento del volume minzionale (Poliuria)

Day Five –Bladder Control Diary Date: _____

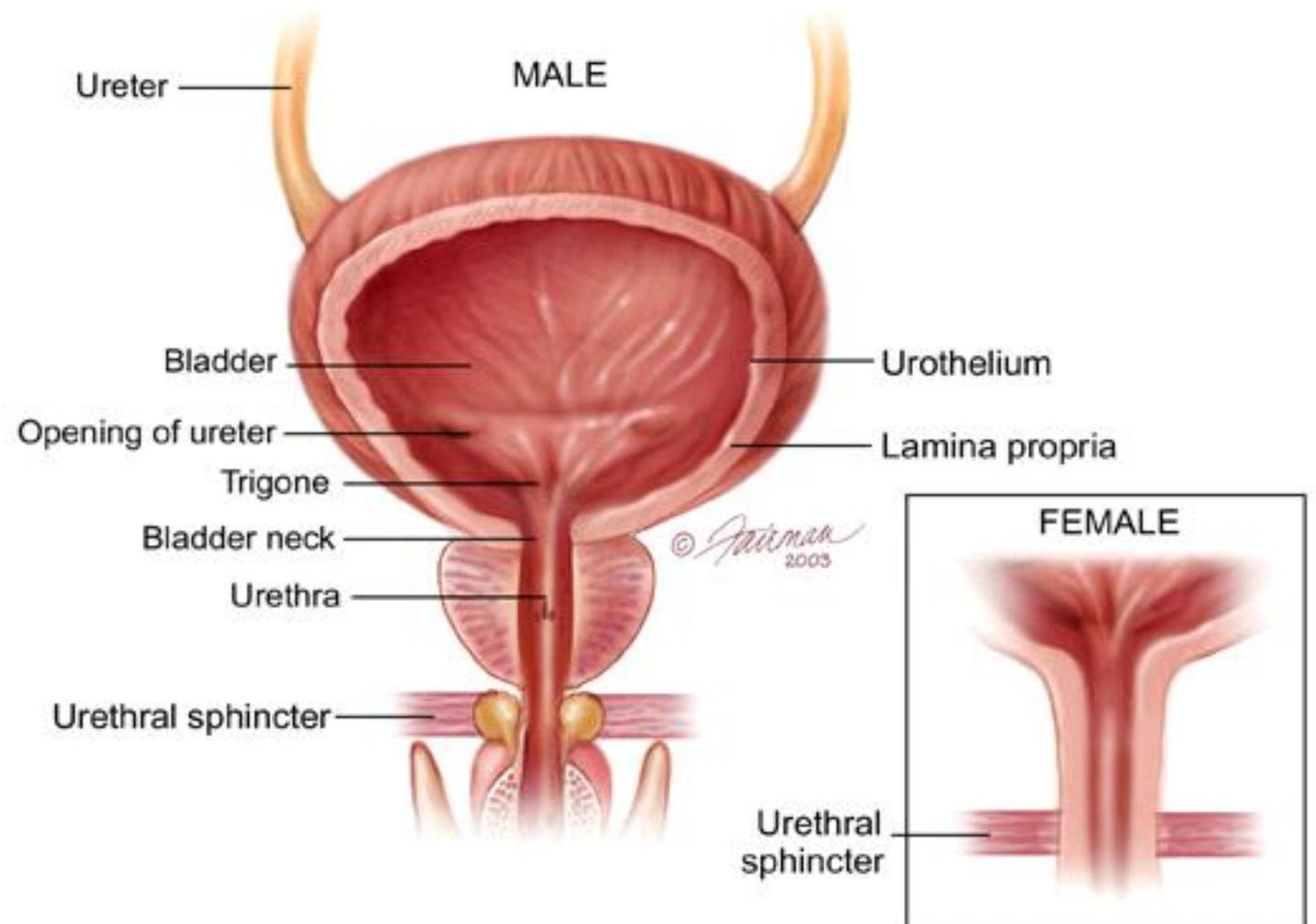
	1	2	3	4	5	6	7	8
Time:	Void in Toilet	Leak with Activity	Leak with Urge	Urgency No leak	New Pad Applied	Cups Fluid I drank	Other Cause For leak	
Midnight-2am								
2am-4am								
4am-6am								
6am-8am								
8am-10am								
10am-noon								
Noon-2pm								
2pm-4pm								
4pm-6pm								
6pm-8pm								
8pm-10pm								
10pm-Midnight								

**Modello di
diario
minzionale**

Frequenza

Cause di disturbo funzionale della vescica

1. Infiammazione vescicale
2. Masse extravescicali
3. Ostruzione
4. Patologie neurologiche



Frequenza

1- Infiammazione vescicale

Meccanismo:

La mucosa vescicale è un organo sensoriale da cui partono afferenze che rispondono a stimoli dolorosi e pressori: in caso di flogosi la soglia di attivazione di questi recettori si abbassa notevolmente.

Cause:

- Cistite batterica (più comune)
- Neoplasie
- Corpi estranei
- Farmaci (cyclophosphamide)
- Cistiti abatteriche (virus, funghi, parassiti)
- Cistite interstiziale
- Organi vicini

Frequenza

2 – Masse Extravesicali

Meccanismo:

- Interferenza meccanica con la capacità della vescica di distendersi
- Focus di irritabilità nella parete vescicale

Cause comuni:

- Gravidanza
- Miomi uterini
- Masse ovariche
- Tumori del colon retto

Frequenza

3 - Ostruzione

Meccanismo:

- Ipertrofia del detrusore
- Alto residuo post minzionale
- Controllo neurologico della minzione

Cause:

- IPB
- Tumore della prostata
- Sclerosi del collo vescicale
- Stenosi uretrale
- Valvole uretrali nella popolazione pediatrica

Frequenza

4- Controllo neurologico

sympathetic fibers: hypogastric plexuses

parasympathetic fibers: pelvic splanchnic nerves and the inferior hypogastric plexus

Micturition: spinobulbospinal reflex facilitated and inhibited by higher brain centers (pontine micturition center)

STORAGE PHASE

sympathetic stimulation:

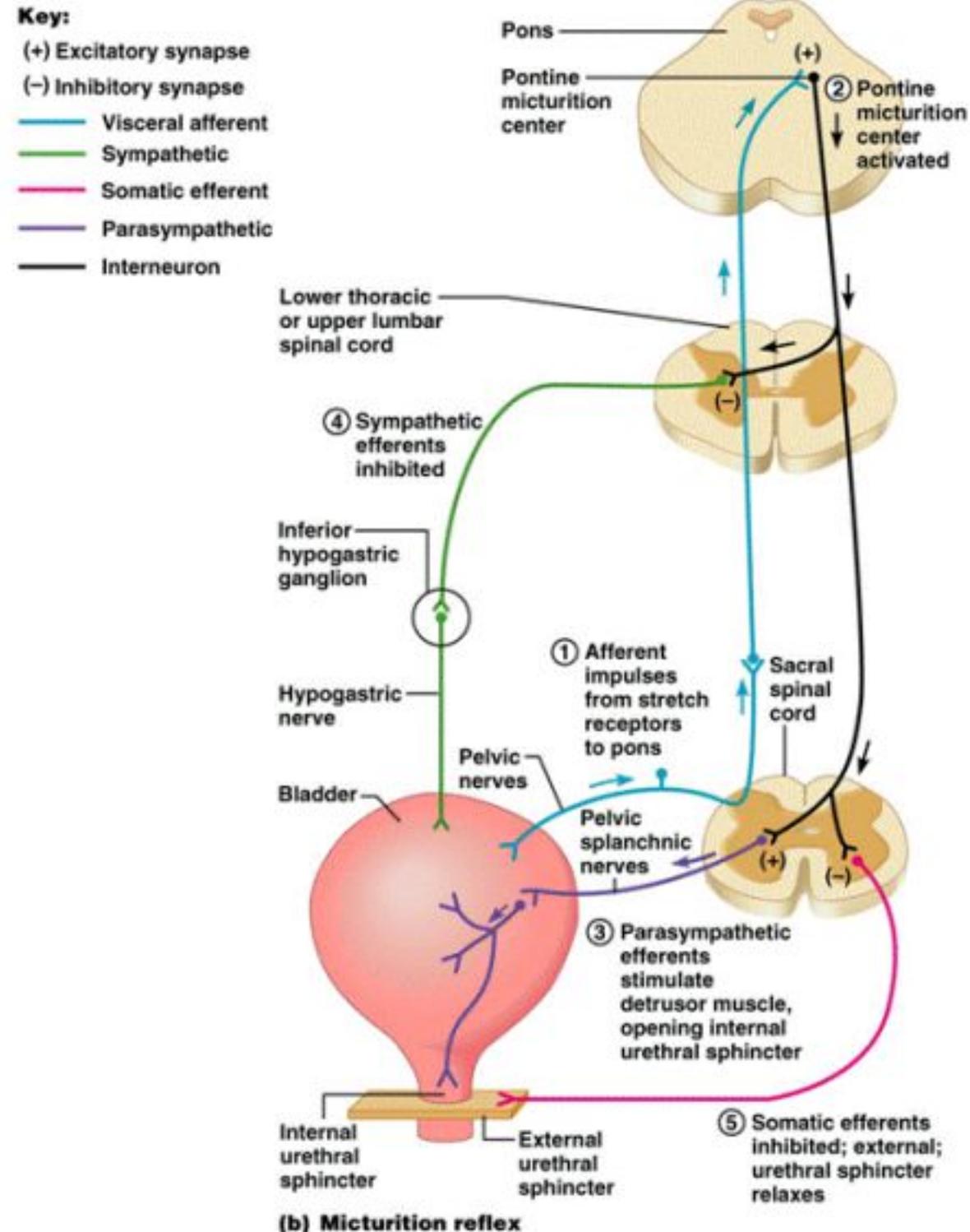
internal urethral sphincter remains tense
the detrusor muscle relaxed

VOIDING PHASE

parasympathetic stimulation:

Detrusor muscle contracts

Internal urethral sphincter relaxes.



Frequenza

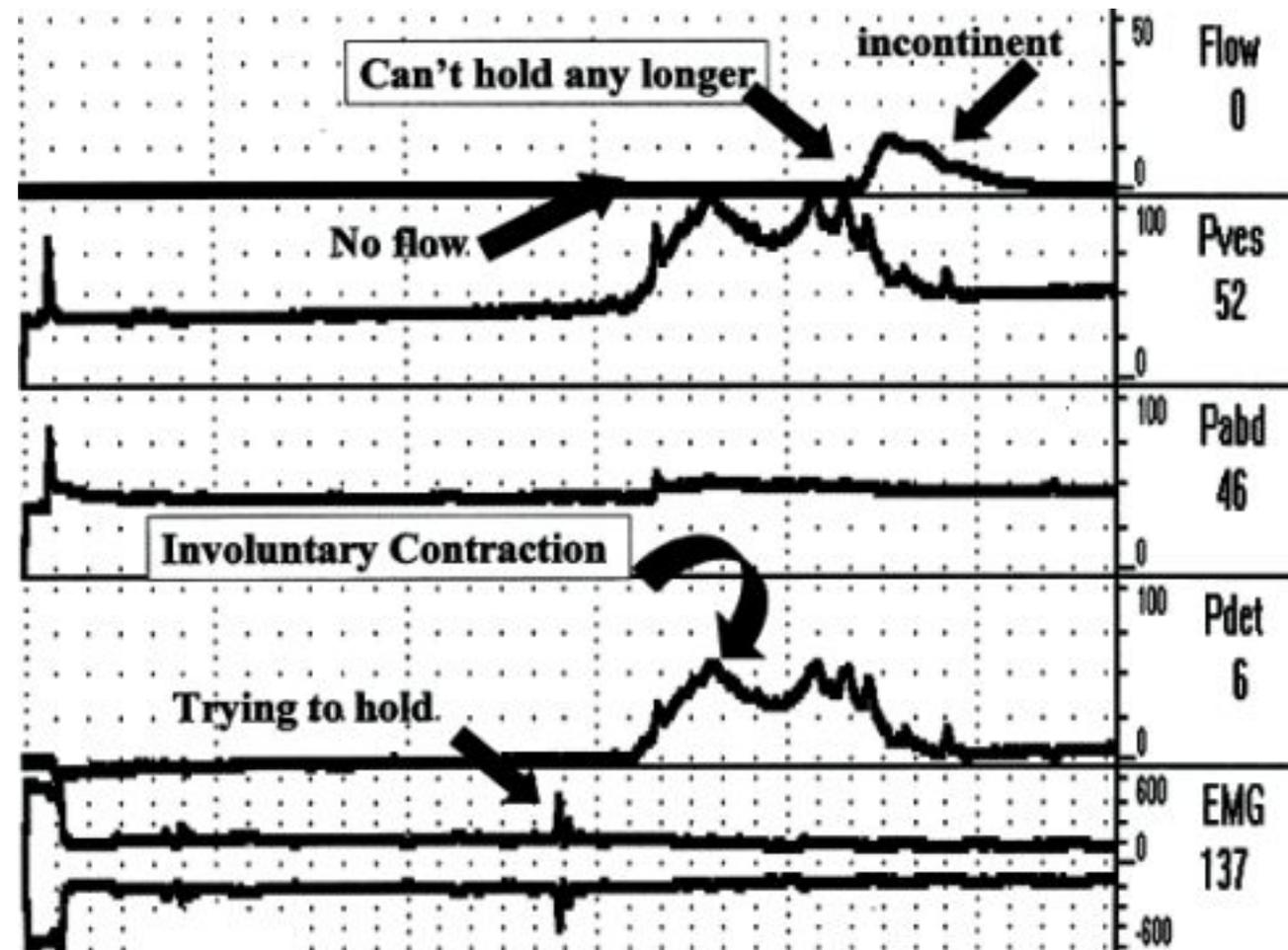
4- Malattie neurologiche

Meccanismo:

Contrazioni del detrusore non inibite durante il riempimento vescicale

Cause:

- Ictus o infarto cerebrale
- Lesioni del midollo spinale
- Sclerosi multipla



A volte I disturbi urinari possono essere una manifestazione precoce di malattie neurologiche occulte

Frequenza da poliuria

Definizione:

Aumento del volume urinario
Diuresi giornaliera > 2.500 ml

Cause:

- Apporto di liquidi in eccesso
- Diabete mellito
- Insufficienza renale cronica
- Diabete insipido



Polyuria

Increased urinary output

Mechanism:

-Diabetes mellitus:

- Osmotic capacity of urine glucose

-Chronic renal failure:

- decreased ability to concentrate urine

-Central diabetes insipidus:

- inadequate production or release of ADH

-Nephrogenic diabetes insipidus:

- electrolyte abnormalities (hypokalemia, hypercalcemia)
- pyelonephritis, obstructive nephropathy based
- medications (lithium)
- sickle cell disease

LUTS

Nocturia

Definizione: necessità di alzarsi più di una volte per notte per urinare, secondaria ad una ridotta capacità vescicale o a ad un aumento del volume urinario.

In assenza di aumento della frequenza diurna: scompenso cardiaco congestizio ed edema periferico che si risolvono con il paziente in posizione supina.

La produzione di urina durante la notte è aumentata nella popolazione geriatrica.



LUTS

Urgenza minzionale

Definizione: necessità improvvisa ed incoercibile di urinare.

-Spesso ma non sempre associata a:

- Poliuria
- Nocturia
- Quando incontrollabile è associata a incontinenza da urgenza.

Meccanismo:

- Contrazioni detrusoriali non inibite,
- Iperattività del detrusore:
 - Idiopatica
 - Neurogenica

Cause:

- Idiopatica
- Ostruttiva
- Infiammatoria
- Neurologica



Riduzione della forza del mitto

Generalmente secondario ad un aumento delle resistenze a valle della vescica, come per stenosi uretrale o IPB, oppure ad una riduzione della contrattilità del detrusore.

La maggior parte dei pazienti non sono consapevoli delle graduali variazioni nella forza del mitto.

Cause di detrusore ipocontrattile:

- Idiopatica

- Malattie del SNC (Parkinson)

- Neuropatie periferiche (diabete)

- Ritenzione cronica

Cause di resistenza al flusso urinario:

- donne: cistocele, stenosi uretrali

- uomo: IPB, stenosi uretrali, tumore della prostata

Ritenzione urinaria

Acuta:

Massimo discomfort, caratterizzato dalla improvvisa incapacità di vuotare la vescica, neanche in piccole quantità e associata ad intenso dolore dapprima sovrappubico e successivamente lombare.

Tale sintomatologia si risolve immediatamente dopo drenaggio della vescica.

Cronica:

Minimo discomfort, caratterizzato da un debole flusso urinario associato ad una sensazione di incompleto vuotamento della vescica, da ischiuria paradossa e da peggioramento della funzione renale.



LUTS

International Prostatic Symptom Score - IPSS

The American Urological Association (AUA) symptom index has been widely used and validated as an important means of assessing men with LUTS

The International Prostate Symptom Score (I-PSS) includes seven questions, as well as a global quality-of-life question

International Prostatic Symptom Score - IPSS

In the past month:	Not at All	Less than 1 in 5 Times	Less than Half the Time	About Half the Time	More than Half the Time	Almost Always	Your score
1. Incomplete Emptying How often have you had the sensation of not emptying your bladder?	0	1	2	3	4	5	
2. Frequency How often have you had to urinate less than every two hours?	0	1	2	3	4	5	
3. Intermittency How often have you found you stopped and started again several times when you urinated?	0	1	2	3	4	5	
4. Urgency How often have you found it difficult to postpone urination?	0	1	2	3	4	5	
5. Weak Stream How often have you had a weak urinary stream?	0	1	2	3	4	5	
6. Straining How often have you had to strain to start urination?	0	1	2	3	4	5	
	None	1 Time	2 Times	3 Times	4 Times	5 Times	
7. Nocturia How many times did you typically get up at night to urinate?	0	1	2	3	4	5	
Total I-PSS Score							

Score: 1-7: *Mild* 8-19: *Moderate* 20-35: *Severe*

Quality of Life Due to Urinary Symptoms	Delighted	Pleased	Mostly Satisfied	Mixed	Mostly Dissatisfied	Unhappy	Terrible
If you were to spend the rest of your life with your urinary condition just the way it is now, how would you feel about that?	0	1	2	3	4	5	6

Incontinenza urinaria

Definizione

Perdita involontaria di urina

Approccio clinico:

- Monitoraggio di frequenza e pattern
- LUTS associati
- Patologie rilevanti associate
- Esame obiettivo
- Residuo post-minzionale

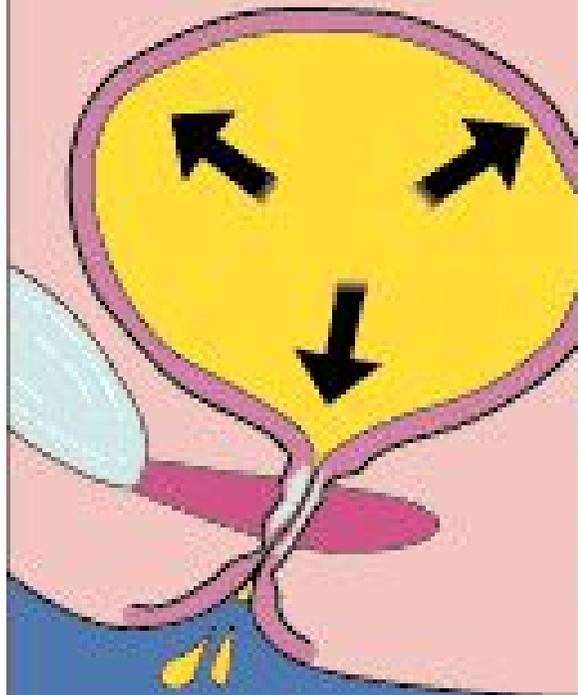


Incontinenza urinaria

Types of Incontinence

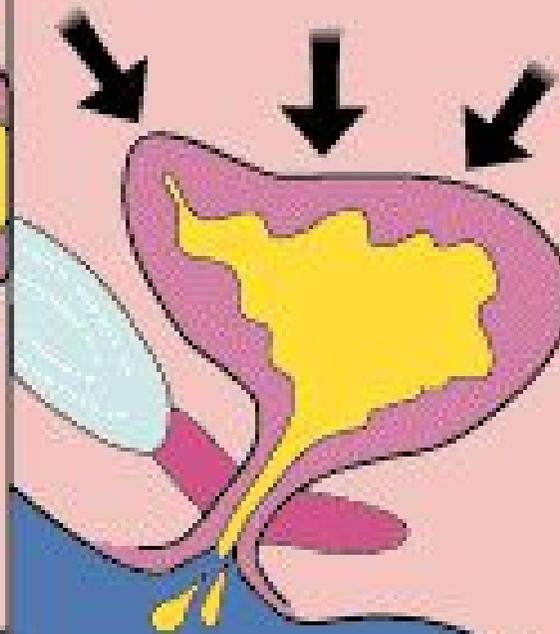
Overflow

- Urethral blockage
- Bladder unable to empty properly



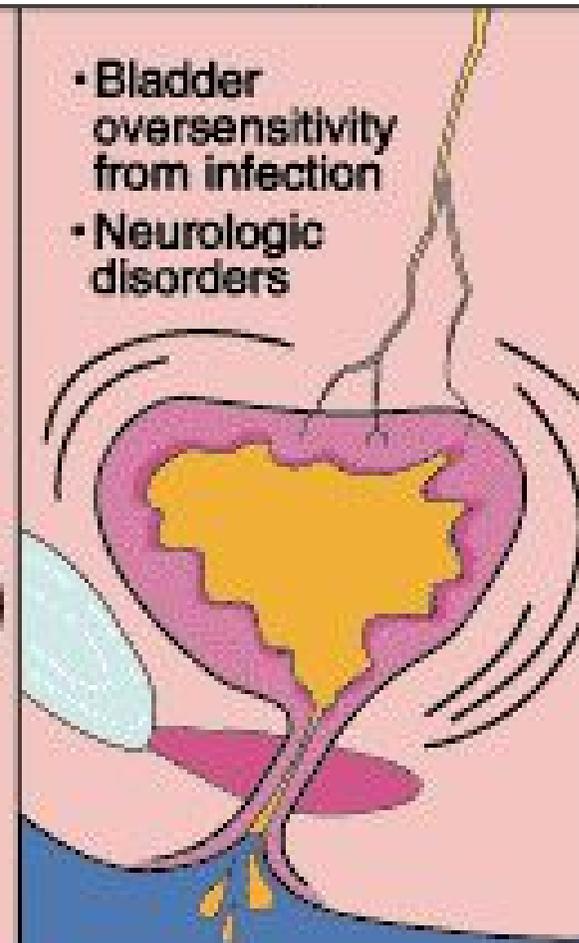
Stress

- Relaxed pelvic floor
- Increased abdominal pressure



Urge

- Bladder oversensitivity from infection
- Neurologic disorders



Incontinenza urinaria

Classificazione:

- ✓ *Stress Incontinence*
- ✓ *Urgency Incontinence*
- ✓ *Overflow Urinary Incontinence.*
- ✓ *Incontinenza continua*
- ✓ Enuresi

Incontinenza urinaria da stress

Definizione

Perdita involontaria durante un improvviso aumento della pressione intraaddominale, come dopo colpo di tosse, starnuto o altre attività. Più frequente nelle donne dopo gravidanza e menopausa. Frequente nell'uomo dopo chirurgia prostatica.

Causes

Deficit nelle strutture di supporto del pavimento pelvico che consentono all'uretra di erniare nella vagina.

Altra causa meno comune è rappresentata da un deficit intrinseco del raddosfintere uretrale, causato da:

- Età Radioterapia
- Traumi pelvici Chirurgia pelvica

Incontinenza urinaria da stress

Definizione

Perdita involontaria dopo sensazione improvvisa ed impellente di urinare, avvertita subito come urgente.

Più frequente nelle donne dopo gravidanza e menopausa. Frequente nell'uomo dopo chirurgia prostatica.

Meccanismo

Conseguenza di una contrazione non inibita del detrusore

Causes

- Cistite
- Vescica neurologica
- Riduzione della compliance vescicale dopo ostruzione al flusso urinario
- Può anche risultare da altre patologie sottostanti che devono essere identificate (neoformazioni, ostruzioni ab estrinseco, etc)

Incontinenza urinaria da overflow

Definizione

Anche chiamata ischiuria paradossa, è secondaria ad alti volumi vescicali da ritenzione cronica con pressioni vescicali molto elevate. Perdita involontaria dopo sensazione improvvisa ed impellente di urinare, avvertita subito come urgente. Più frequente nelle donne dopo gravidanza e menopausa. Frequente nell'uomo dopo chirurgia prostatica.

Meccanismo

- Vescica cronicamente distesa con elevati residui post minzionali
- Si verificano piccole fughe di urina a causa di un superamento della resistenza esercitata a valle dall'uretra.

Segni clinici

- Ritenzione urinaria cronica
- Alto residuo urinario
- Globo vescicale
- Incontinenza urinaria

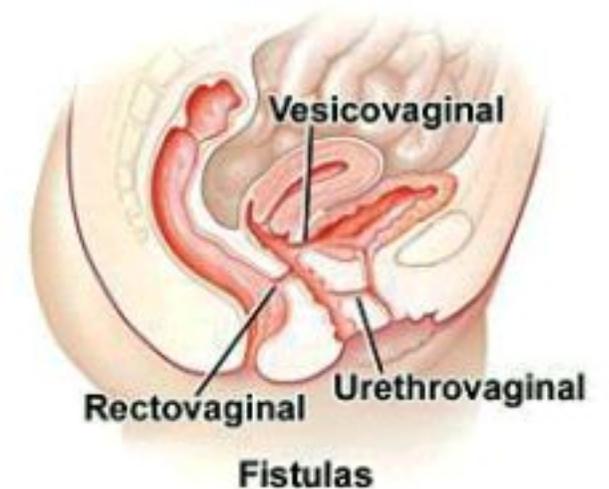
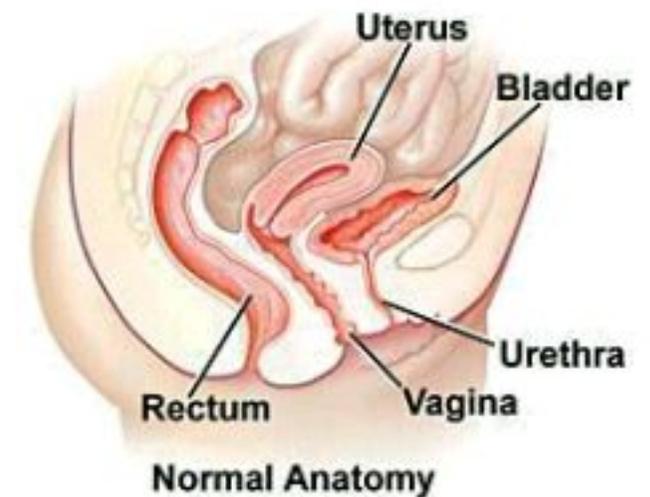
Incontinenza urinaria continua

Definizione

Perdita continua di urina, non in relazione a cause precedentemente descritte, spesso da vie anatomiche esterne a quella urinaria, come nel caso di una fistola.

Cause

-La forma più comune di fistola è quella secondaria a chirurgia ginecologica, irradiazioni, traumi ostetrici, e che risulta in fistole vescico vaginali.



Enuresi

Definizione

Perdita continua di urina, che avviene durante la notte.

Incidenza

Normale nei bambini fino a 3 anni di vita

- 15% dei bambini fino ai 5 anni
- 5% dei bambini fino ai 10anni
- 1% dei bambini fino ai 15 anni

Classificazione

Primaria: presente fin dalla nascita

Secondaria: segue ad un periodo di continenza

Cause

- Ritardo nella maturazione dei circuiti della minzione a livello del SNC
- Stress emotivo

Decorso

Risoluzione spontanea



Sexual dysfunction

- Sexual dysfunction is any physical or psychological problem that prevents the patient or his partner from getting sexual satisfaction
- Male sexual dysfunction is a common health problem affecting men of all ages
- It is more common with increasing age



Sexual dysfunction

Loss of Libido

a decrease may indicate androgen deficiency arising from either pituitary or testicular dysfunction

Failure to Ejaculate

1. androgen deficiency
2. sympathetic denervation
3. pharmacologic agents
4. bladder neck and prostatic surgery

Sexual dysfunction

Premature Ejaculation:

- subjective symptom
- ejaculate within 2 minutes after initiation of intercourse
- many men have normal sexual function with abnormal sexual expectations

Impotence: refers specifically to the inability to achieve and maintain an erection sufficient for intercourse

Absence of Orgasm: Anorgasmia is usually psychogenic or caused by certain medications used to treat psychiatric diseases

Other Urological Problem

Hematospermia:

- presence of blood in the seminal fluid
- Nonspecific inflammation of the prostate and/ or seminal vesicles
- Resolve spontaneously, usually within several weeks
- A genital and rectal examination to rule out tuberculosis or cancer

Urethral Discharge:

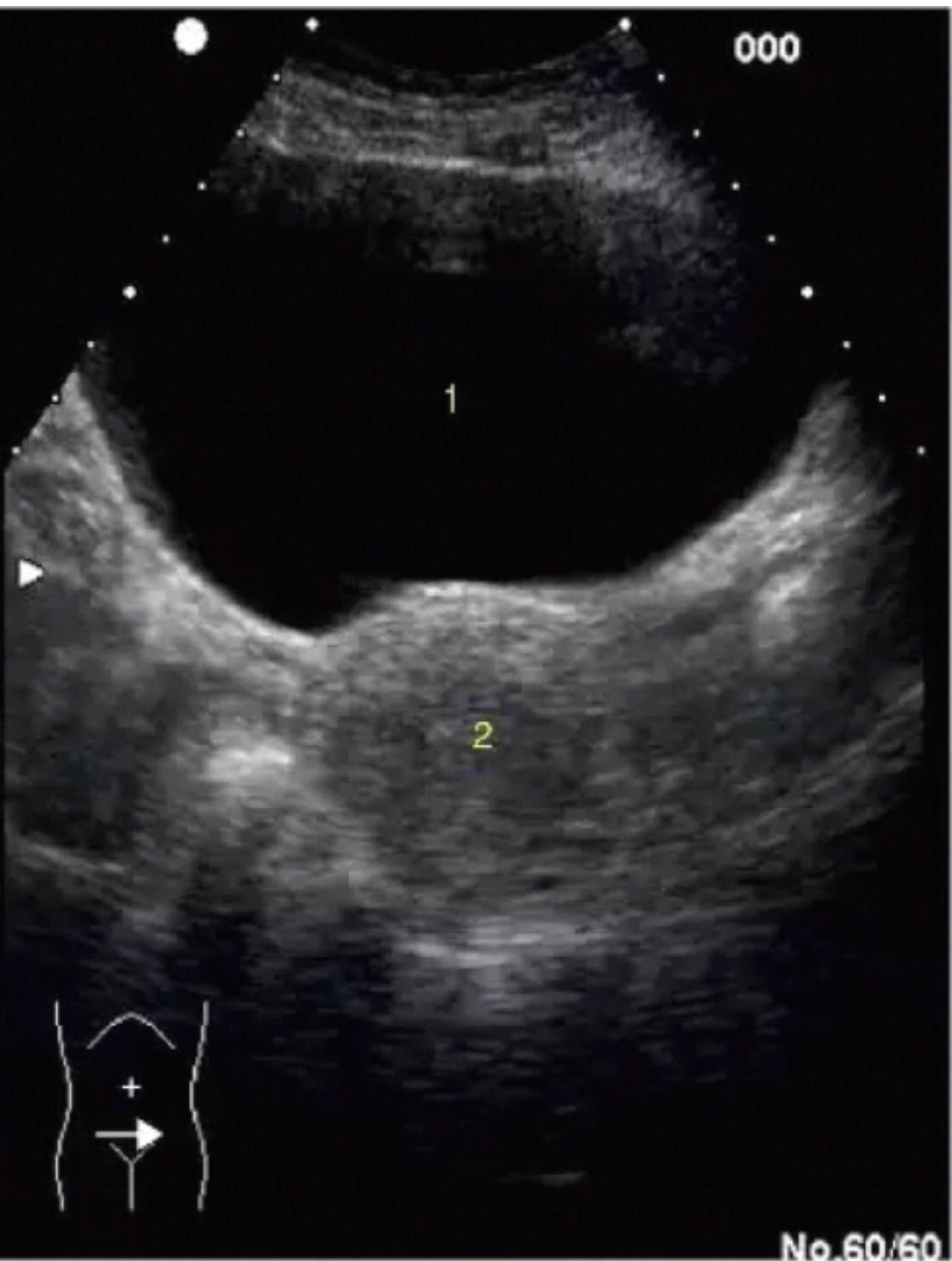
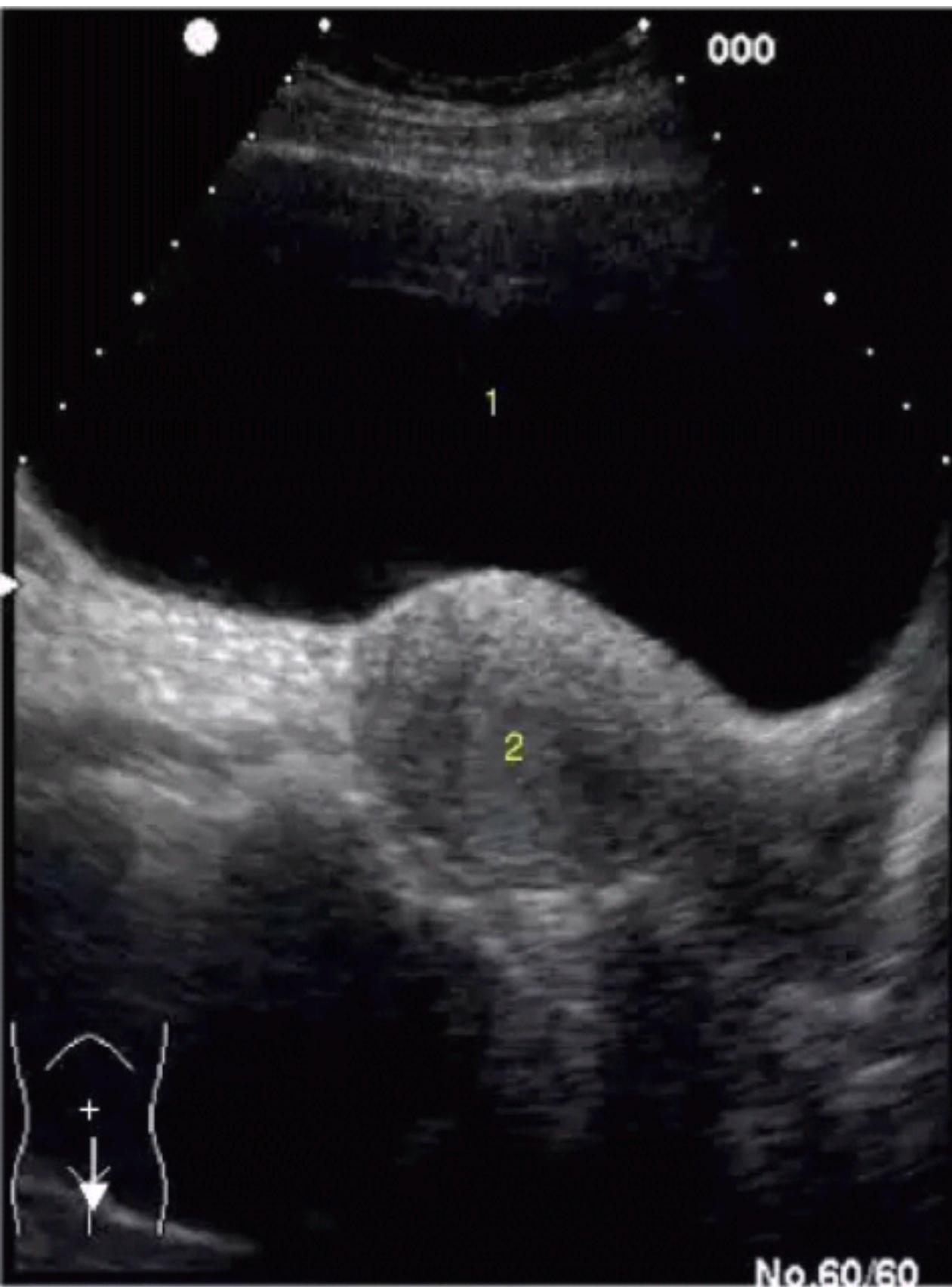
- The most common symptom of venereal infection
- A purulent discharge that is thick, profuse, and yellow to gray is typical of gonococcal urethritis

Pneumaturia:

- Passage of gas in the urine
- Due to a fistula between the intestine and the bladder

Fever and Chills:

- most commonly observed in patients with pyelonephritis, prostatitis, or epididymitis



ACCUVIX



Abdomen

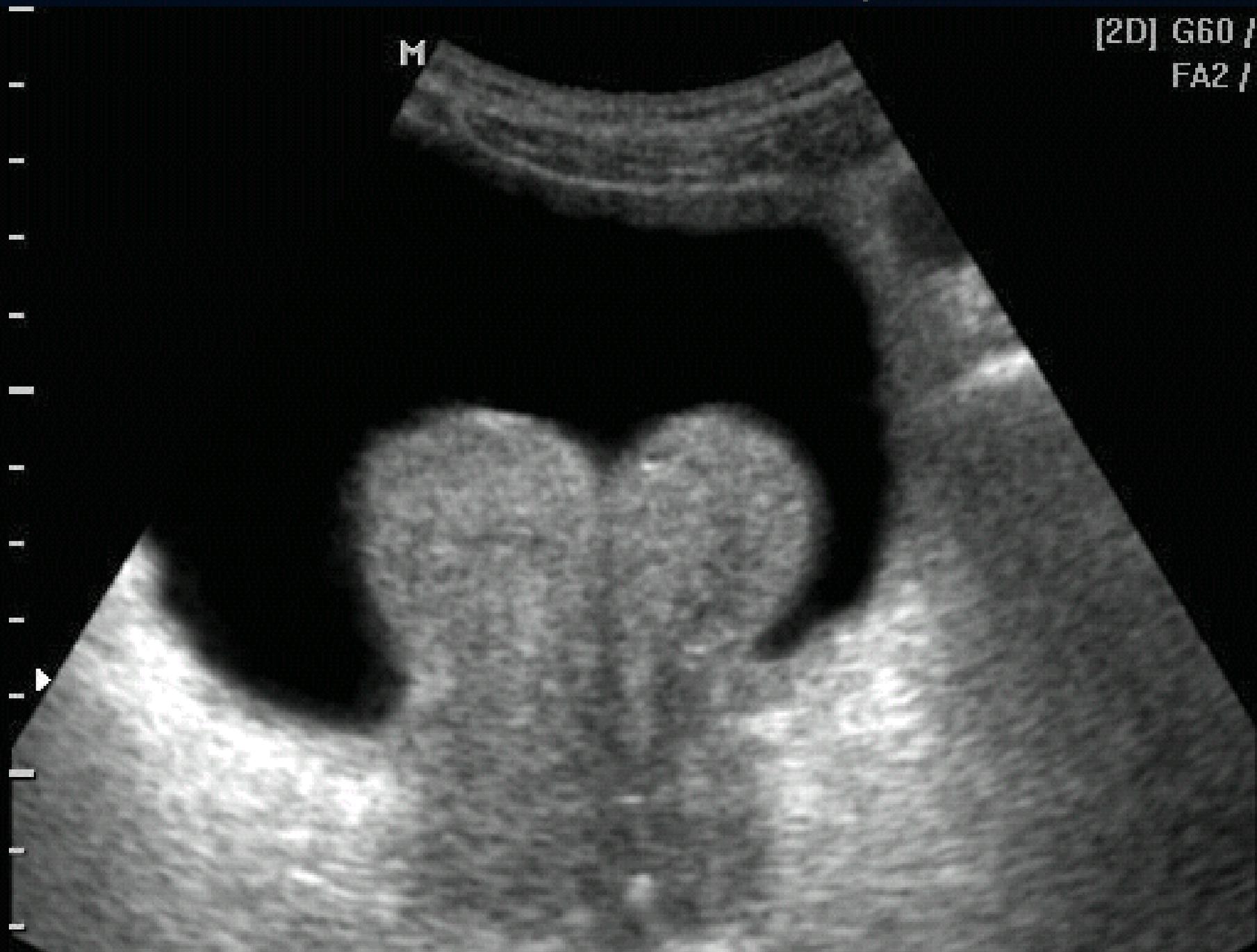
#149 / 13.0cm MI 0.8

C3-7IM / Pen TIs 0.3 | 12:25:36 pm

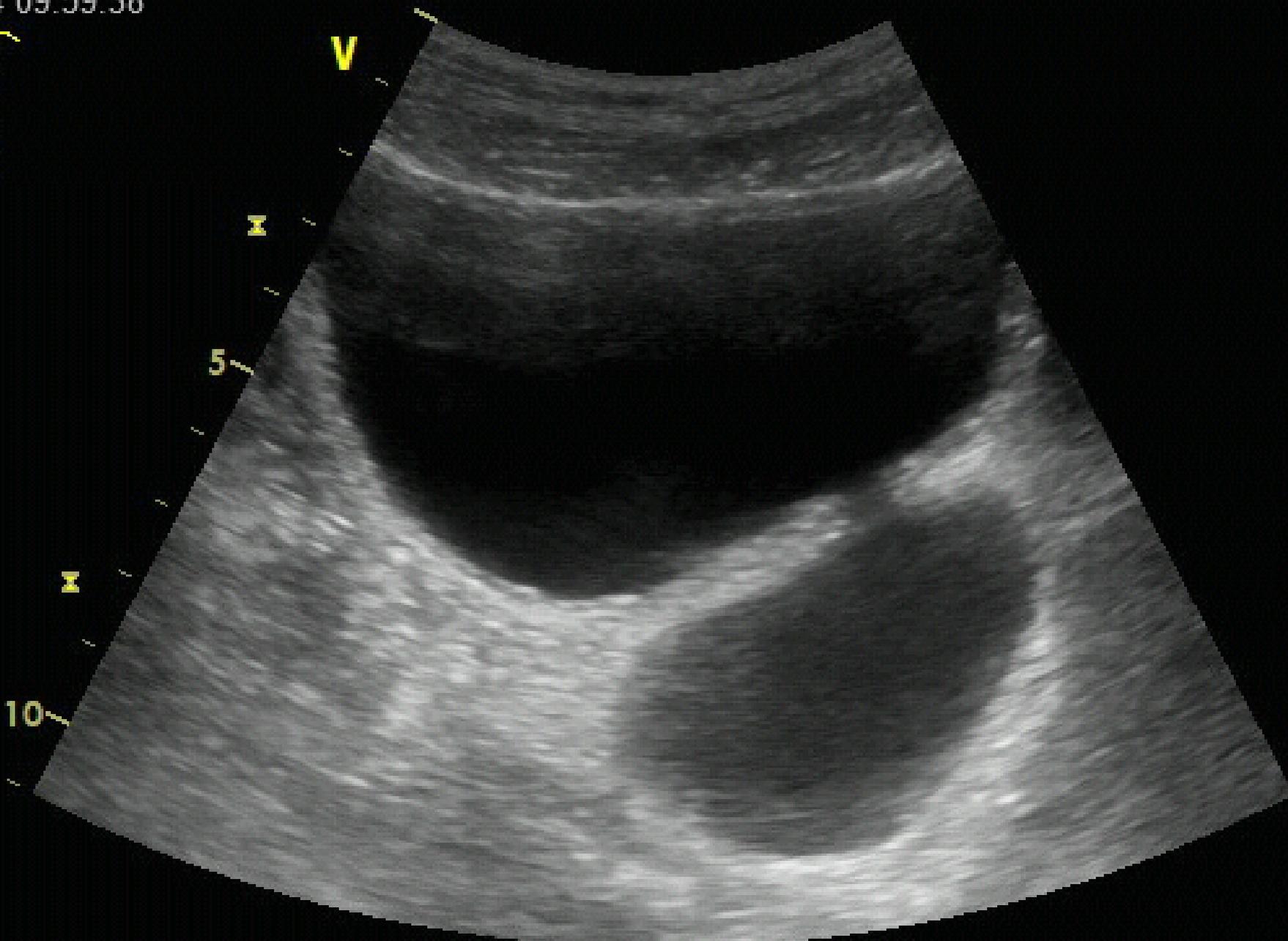
[2D] G60 / 85dB

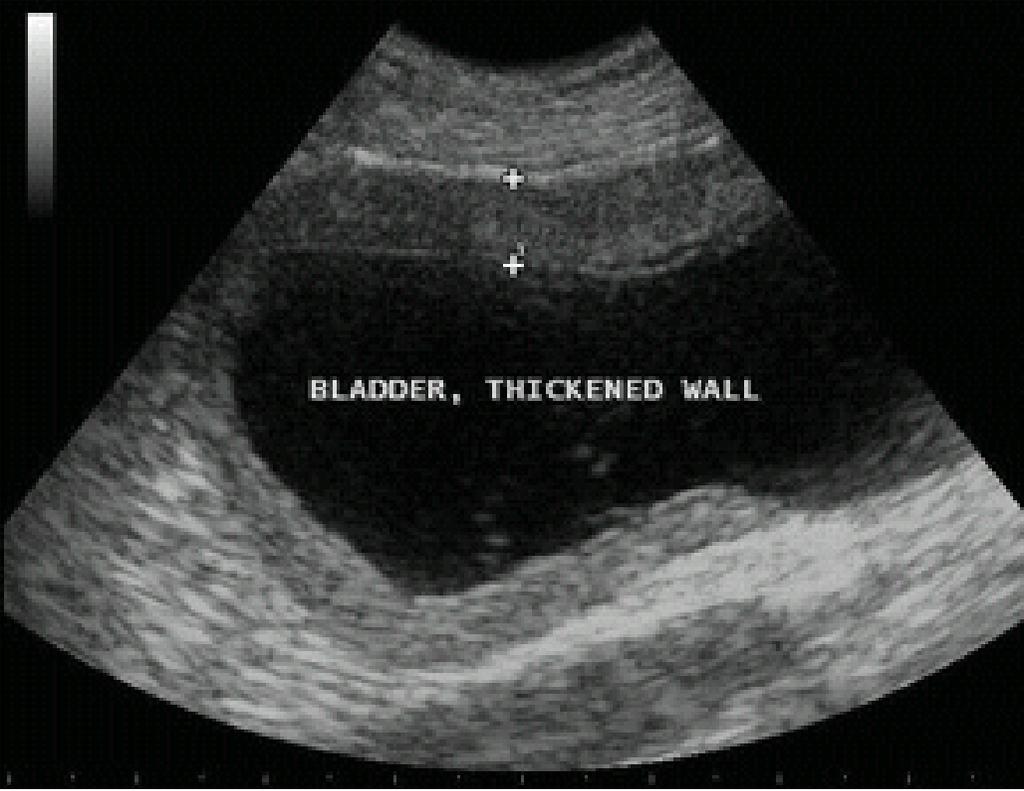
FA2 / P100

M

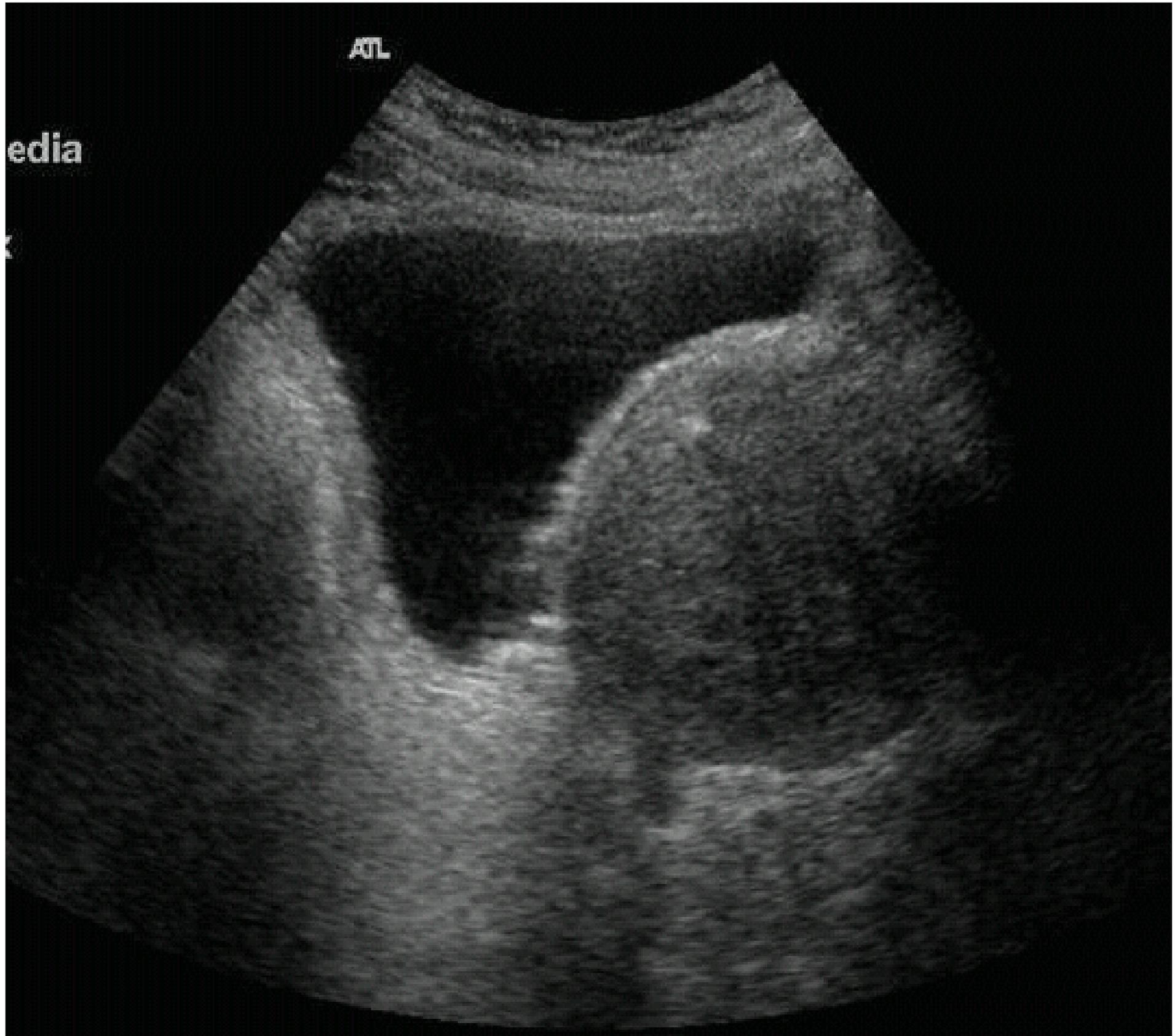


20/04/2014 09:59:38



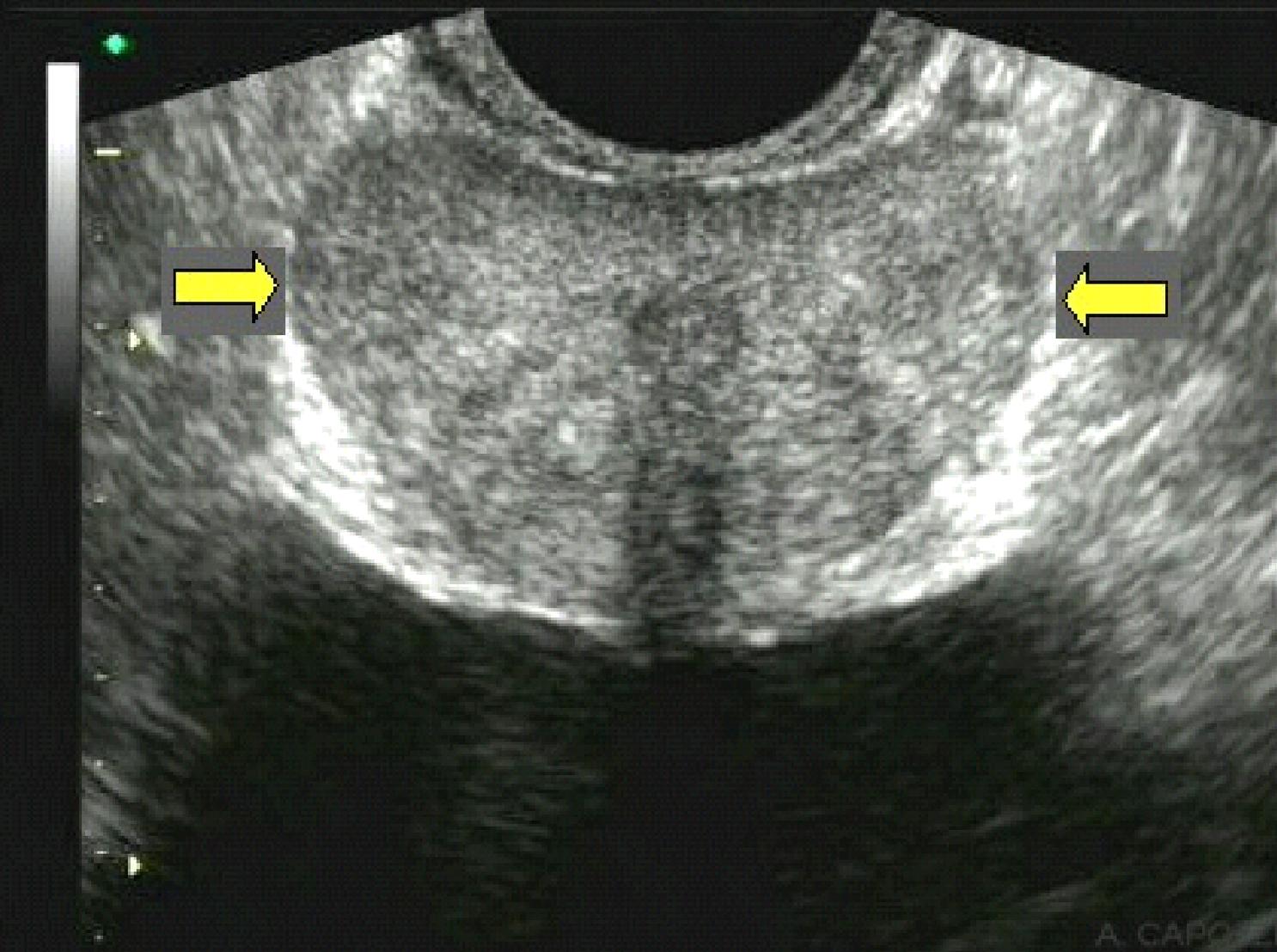




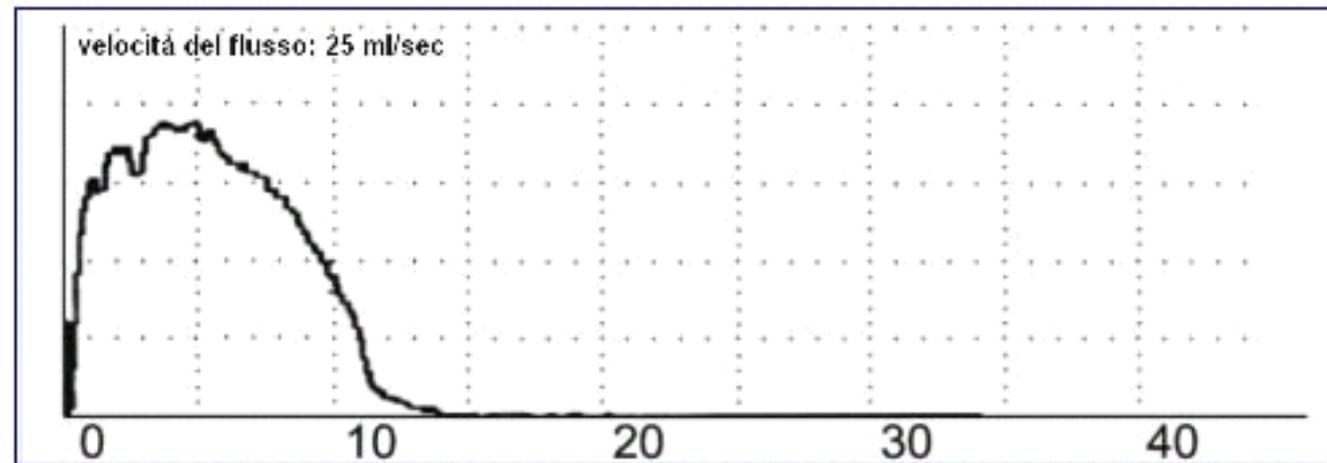


ATL

edia



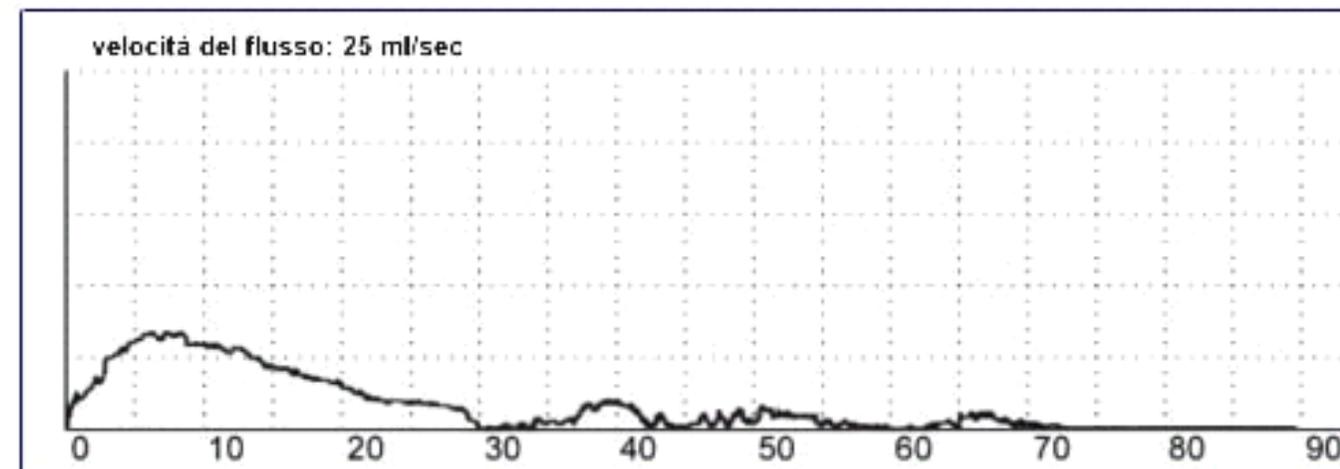
Uroflussometria: non ostruito



- ▶ uomo di 70 anni
- ▶ tracciato del flusso normale

tempo di svuotamento	T ₁₀₀	13,5 s
tempo minzionale	TQ	12,5 s
tempo al flusso max	TQ _{max}	4,8 s
vel. max del flusso	Q _{max}	18,5 ml/s
vel. media del flusso	Q _{ave}	12,2 ml/s
volume prodotto	V _{comp}	158,0 ml

Uroflussometria: ostruito



- ▶ uomo di 70 anni
- ▶ ostruzione moderata dovuta a IPB
- ▶ riduzione delle velocità di picco e media
- ▶ aumento della durata

tempo di svuotamento	T ₁₀₀	68,0
tempo minzionale	TQ	48,5
tempo al flusso max	TQ _{max}	62,5
vel. max del flusso	Q _{max}	7,0 ml/s
vel. media del flusso	Q _{ave}	27, ml/s
volume prodotto	V _{comp}	133,0 ml