

VESCICA NEUROLOGICA

Con tale termine si definisce il quadro clinico insorgente dopo una lesione completa o incompleta , centrale o periferica, insorta in maniera acuta o cronica, delle vie nervose che controllano la fisiologica funzione di riempimento e di svuotamento della vescica.

Es. tutti i soggetti che hanno avuto ictus o con alzheimer, parkinson, interventi maggiori a livello pelvico che comportano denervazione periferica, sogg. con alterazioni dovute a diabete, mieloplasie, lesioni midollari, sclerosi multipla)

la vescica È comandata da un arco riflesso: la branca afferente porta informazioni sensoriali, la branca efferente va dal midollo all vescica e porta informazioni motorie , di contrazione. A livello di S2-S4 c'È il nucleo di controllo della minzione: ad esso arrivano fibre che originano dal cervelletto e mesencefalo ad azione inibitoria e collegate con fibre corticali che controllano volontariamente lo svuotamento . Le informazioni che arrivano al nucleo possono essere inibite sia involontariamente (tramite fibre del centro ponto-mesencefalico) sia volontariamente (tramite fibre corticali). Quando la vescica È piena e gli stimoli sono insistenti il sogg. decide di urinare (la decisione pu' anche essere involontaria, nei soggetti che non hanno controllo volontario della minzione).

C'È poi l'innervazione dello sfintere (nucleo: S2-S4) c'È l'innervazione volontaria per lo sfintere striato e l'arco riflesso per la muscolatura liscia e detrusore. Si parla di sinergia del detrusore e dello sfintere.. Patologie dell'encefalo, midollo, fibre aff. o eff, possono causare malfunzionamento della vescica.

LESIONI MIDOLLARI TRAUMATICHE

Sono quelle che pi' frequentemente danno una vescica neurologica.

Possono essere:

COMPLETA: midollo e sezionato completamente al di sotto della lesione tutto funziona autonomamente. La disfunzione vescico-sfinterica È grave e sempre irreversibile.

INCOMPLETA: la disfunzione È grave e spesso reversibile. Dopo la lesione midollare c'È la fase acuta: dura 3.5 mesi. Si ha la ariflessia completa della vescica e ipotonia dello sfintere striato (come tutti gli altri muscoli striati sotto la lesione c'È paralisi flaccida. Poi c'È la fase cronica: È la vescica neurologica stabilizzata. La lesione pu' interessare il primo motoneurone e si ha: vescica iperflessica + dissinergia vescico-sfinterica perch'È manca il controllo inibitorio volontario e involontario. L'arco riflesso È conservato. C'È lesione spastica dello sfintere (cosi come degli arti, dei muscoli addominali, perineali striati). Si hanno pielonefriti dopo poche settimane che distruggono

parenchima renale: insufficienza renale: questo si osservava fino a poco tempo fa nei paraplegici: morte da insufficienza renale per pielonefrite.
Se la lesione È cono-caudale: vescica areflessica + ipotonia sfinterica. Manca così l'arco riflesso ma dal punto di vista funzionale È meno grave della prima.

Vescica acuta

Paralisi flaccida e anestesia completa sottolesionale viscerale e somatica.
Bisogna fare subito cateterismo.

Ritenzione, iscuria paradossa

Assenza sensibilità propria e esteroceettiva della vescica. Segni urodinamici: areflessia completa vescica, alta capacità e bassa pressione endovescicale e ureterale.

Vescica cronica

- paralisi spastica sottolesionale
- anestesia o presenza di sensazioni paradosse sottolesionali
- presenza di fenomeni vegetativi
- conservazione o accentuazione dei riflessi bulbo-cavernoso e perineale
- ritenzione e incontinenza contemporaneamente.
- assenza dello stimolo urinario

Segni urodinamici: ipereflessia, dissinergia vescico-sfinterica, disreflessia autonoma, vescica a bassa capacità e bassa compliance.

Vescica cronica periferica

- Paralisi flaccida e anestesia sottolesionale
- assenza dello stimolo minzionale
- assenza dei riflessi della sensibilità perineale
- ritenzione e iscuria paradossa

Segni urodinamici: areflessia o iporeflessia detrusionale, in genere basse pressioni ureterali accompagnate perÚ da incoordinazione, vescica in genere ad alta capacità e ad alta compliance.

Vescica pelvica (dopo intervento pelvico)

- È conservato parzialmente lo stimolo minzionale
- assenza di lesioni neurologiche ureterali (lo sfintere puÚ essere conservato)

Vescica da mielodisplasia o mista.

- Ritardo dell'accrescimento
- paresi flaccida o spastica
- segni piramidali
- sensibilità assente o parzialmente conservata

Del sogg. con neurovescica si deve:

- . salvaguardare la vita del paz. (che puÚ morire per ins.renale da pielonefrite)
- salvaguardare la qualità della vita

SFINTERE IPERTONICO crea

- ostacolo al deflusso vescicale
- presenza di residuo post- minzionale
- rilievo di infezioni e reflusso

SFINTERE IPOTONICO

- freq. incontinenza urinaria
- scarso o nullo interessamento delle alte vie urinarie

Quindi È piú importante uno sfintere ipertonico.

Devo vedere se:

La vescica È bilanciata:

minzione con completo svuotamento senza raggiungere alte pressioni detrusionali minzionali

LA vescica non È bilanciata:

Paz. quasi sempre bagnato con grave compromissione della coordinazione vescico-sfinterica e/o con residuo post minzionale importante.

Accertamenti da fare sempre per tutta la vita

- esame delle urine e urinocoltura
- ecografia urologica
- esame urodinamico ogni 6 mesi
- urografia
- rx ureterovescicale
- uretero scintigrafia

TERAPIA

Uroriabilitativa

- manovra di Valsava
- Manovra di Crede
- Percussione sovrapubica

Medica

- miorilassanti periferici per diminuire il tono della muscolatura striata
- parasimpaticomimici (per la contrazione eccessiva della muscolatura detrusoriale)

Chirurgica (per togliere calcolosi-vescicale)

hystamina@yahoo.it

Be cool, help us

For <http://www.geocities.com/hackarmed>

Progetto HACKMED

hackmed@doctor.com

<http://go.to/hackmed>

<http://www.geocities.com/hackarmed>