

Disturbo dell' Evacuazioni

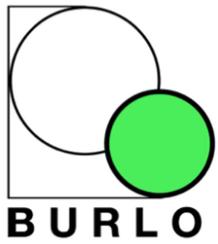
2 Maggio 2018

Facoltà di Psicologia

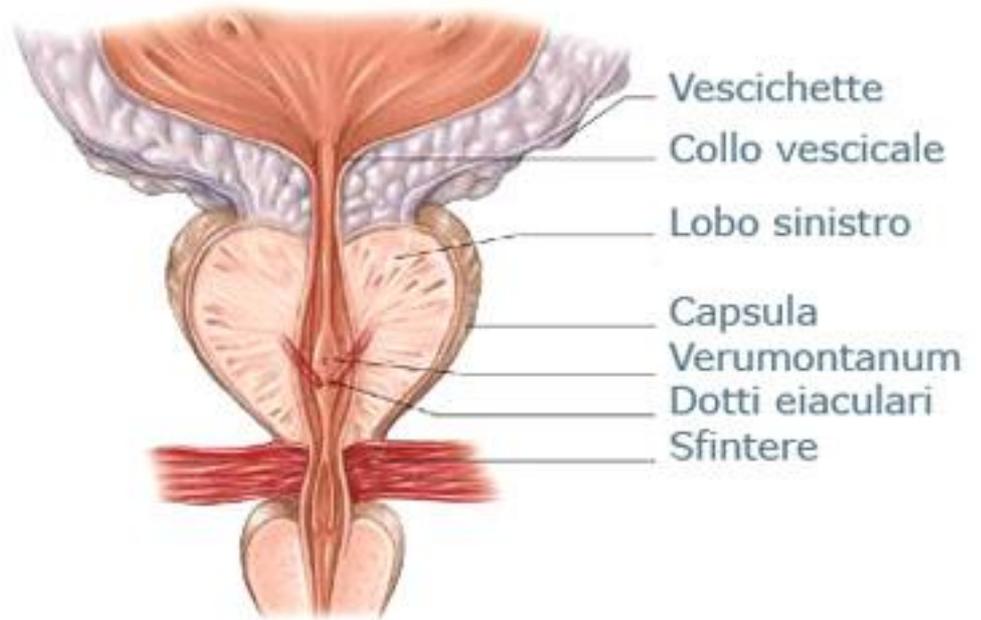
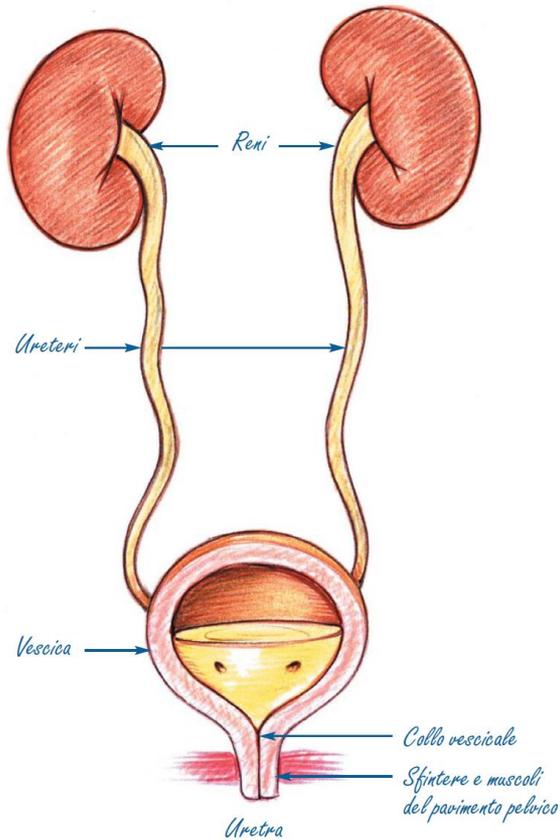
Università degli Studi di Trieste

AA 2017- 2018

Massimo Di Grazia, PhD

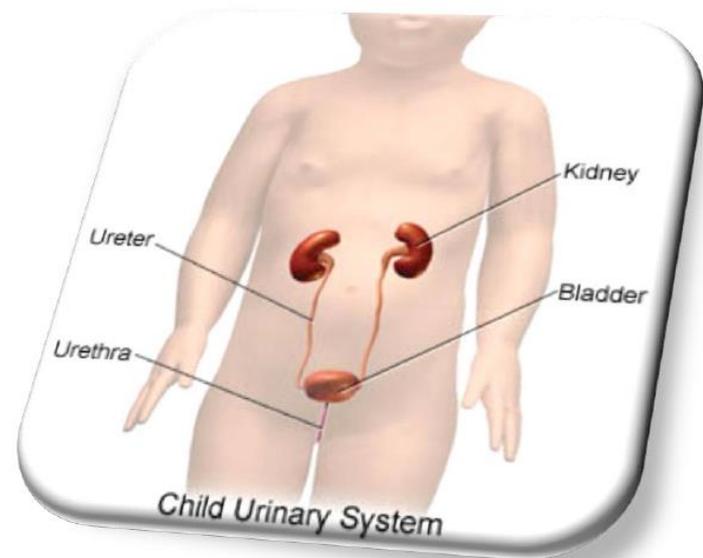


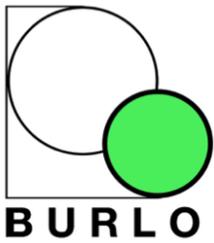
Ma... come funziona la vescica?



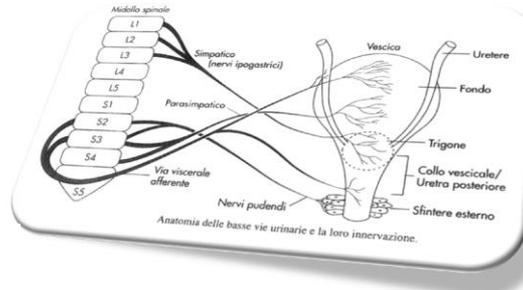
Il controllo corticale della minzione richiede un'adeguata maturazione del sistema nervoso.

Nei lattanti, la minzione è un atto involontario e incosciente, che si verifica con meccanismo puramente riflesso; il controllo volontario dello sfintere vescicale inizia in media all'età di 2 anni e mezzo.

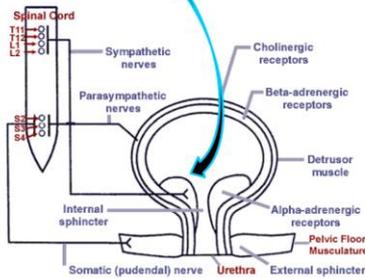




Il **riflesso di minzione** parte quando i recettori sensibili allo stiramento trasmettono impulsi nervosi al midollo spinale, determinando la contrazione della vescica e il rilasciamento degli sfinteri.

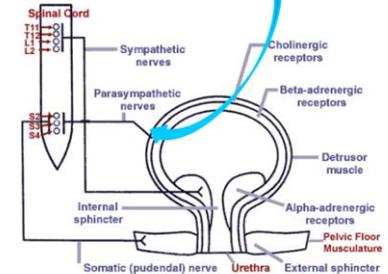


sistema nervoso simpatico agisce da inibitore del detrusore e da eccitatore dello sfintere interno

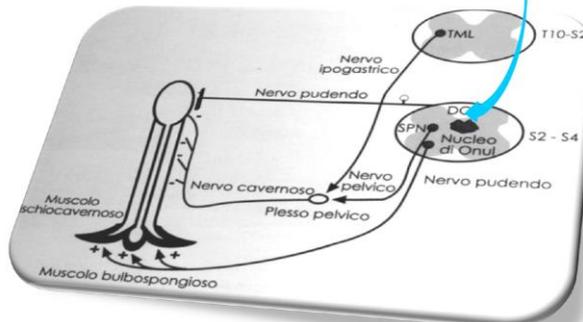


inducendo quindi un blocco della minzione

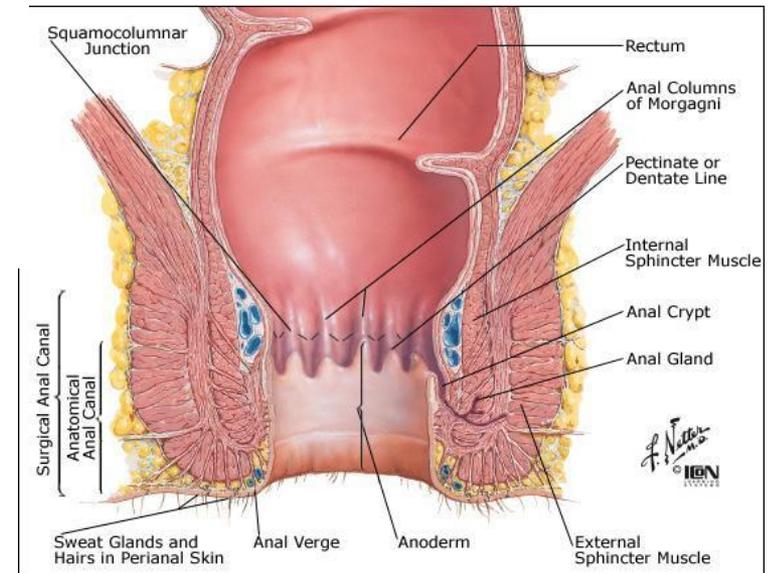
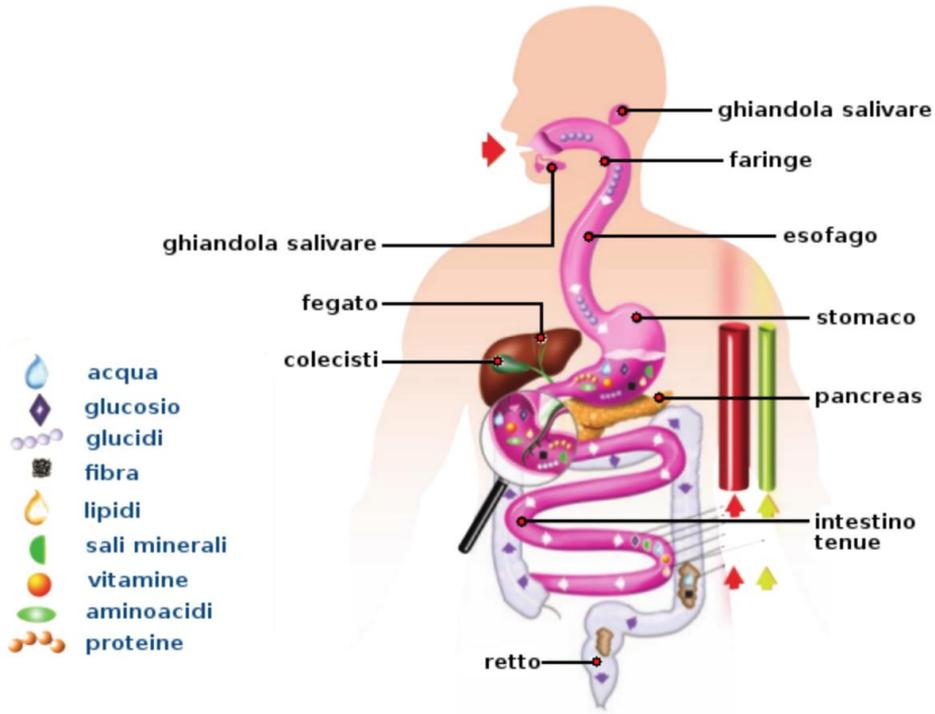
Viceversa, il processo di attivazione è regolato dal sistema **nervoso parasimpatico** che ha un'azione antagonista sui due muscoli.

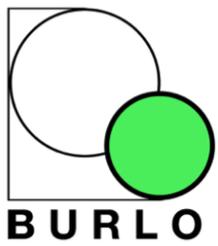


Vi è poi un contributo volontario che per il tramite dei motoneuroni somatici del nucleo di Onuf (corna anteriori del midollo) vanno a gestire l'eccitazione dello sfintere esterno.

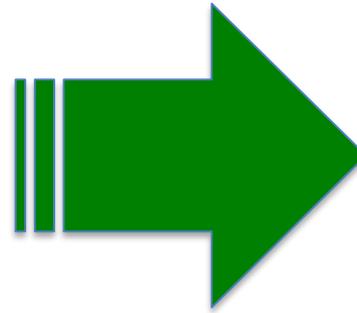
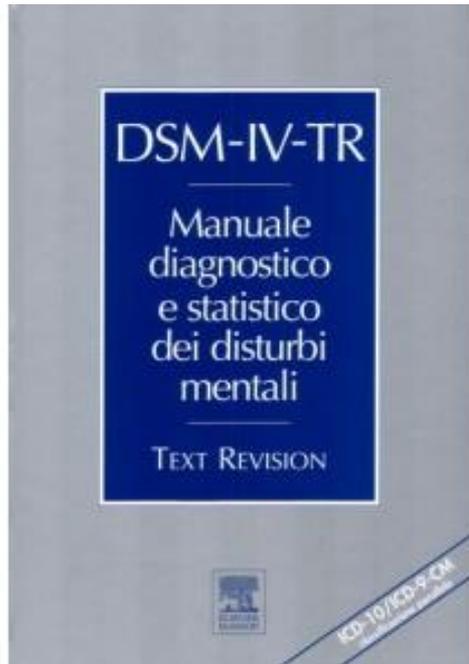


Anche la muscolatura addominale dovrà contrarsi affinché il processo avvenga.





Disturbi dell'Evacuazione



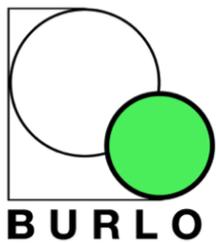
Asse I - Disturbi Clinico

Altre condizioni che possono essere
oggetto di attenzione clinico.

Disturbi solitamente diagnosticati per la
prima volta nell'Infanzia - Fanciullezza -
Adolescenza

Seconda Sezione

Disturbi dell'evacuazione



Disturbi dell'Evacuazione

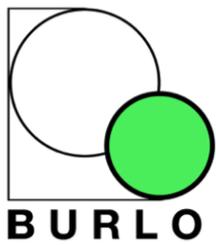
Il disturbo dell'evacuazione implicano l'evacuazione inappropriata di urina o feci e sono solitamente diagnosticate per la prima volta nell'infanzia o nell'adolescenza.

Questo gruppo di disturbi comprende:

- L'enuresi, la ripetuta emissione di urina in luoghi inappropriati;
- L'encopresi, la ripetuta evacuazione di feci in luoghi inappropriati.

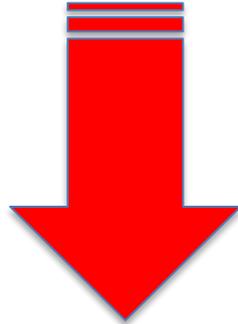
Sottotipi di differenziare l'emissione notturna o diurna nell'enuresi:
per.es., durante le ore di veglia.

E nel differenziare la presenza o l'assenza di costipazione e incontinenza da sovra riempimento nell'encopresi.



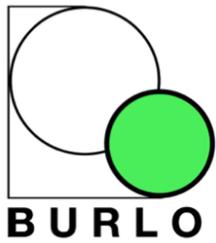
Disturbi dell'Evacuazione

307.6 (F98.0)



ICD-9-CM ICD-10-CM

- ✓ Enuresi - 307.6 (F98.0)
- ✓ Encopresi - 307.7 (F98.1)
- ✓ Disturbo dell'evacuazione con altre specificazioni:
 - 788.39 (N39.498) Con sintomi urinari
 - 787.60 (R15.9) Con sintomi fecali
- ✓ Disturbi dell'evacuazioni senza specificazione:
 - 788.30 (R32) Con sintomi urinari
 - 787.60 (R15.9) Con sintomi fecali



ICD-9-CM ICD-10-CM

Enuresi 307.6 (F98.0)



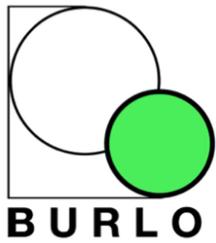
- A. Ripetute emissione di urina nel letto o nei vestiti, sia involontariamente sia intenzionalmente.
- B. Il comportamento è clinicamente significativo, quando si manifestano con una frequenza si almeno 2 volte settimana per almeno 3 mesi consecutivi o con la presenza di disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
- C. L'età cronologica è di almeno 5 anni (o livello di sviluppo equivalente)
- D. Il comportamento non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., un diuretici, un farmaco antipsicotico) o a un'altra condizione medica (per es. diabete, spina bifida o una disturbo convulsivo).

Specificare quale:

Solo notturne: Emissione di urina solo durante il sonno notturno.

Solo diurne: Emissione di urina durante le ore di veglia.

Notturna e diurna: Una combinazione dei due sottotipi precedenti.



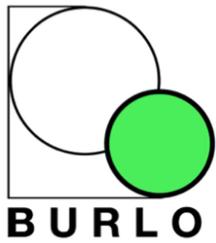
Disturbo dell'evacuazione Con altre specificazioni



Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo dell'evacuazione, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi dell'evacuazione. La categoria disturbo dell'evacuazione con altre specificazione è utilizzata in situazioni per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo dell'evacuazione. Questo viene fatto registrando "disturbo dell'evacuazione con altre specificazioni" seguito dalle ragioni (per es., "enuresi a bassa frequenza").

788.39 (N39.498) Con sintomi urinari

787.60 (R15.9) Con sintomi fecali



Disturbi dell'evacuazioni

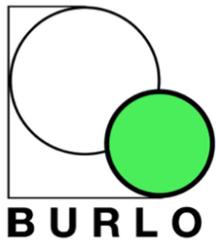
Senza specificazione:



Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo dell'evacuazione, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi dell'evacuazione. La categoria disturbo dell'evacuazione senza specificazione è utilizzata in situazioni per cui la clinico sceglie di non specificare la ragione per cui i criteri per uno specifico disturbo dell'evacuazione non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica (per es., "contesto di pronto soccorso").

788.30 (R32) Con sintomi urinari

787.60 (R15.9) Con sintomi fecali



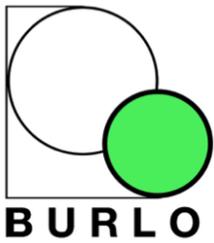
Epidemiologia - Enuresi

Prevalenza dell'enuresi:

è di circa 5% - 10 % tra i bambini di 5 anni

di 3% - 5 % tra quelli di 10 anni

di circa l'1% tra soggetti di oltre 15 anni

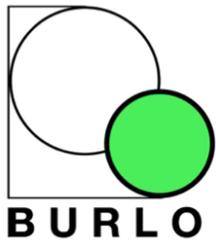


Aspetti diagnostici correlati al genere - Enuresi

L'enuresi notturna è più comune nei maschi.

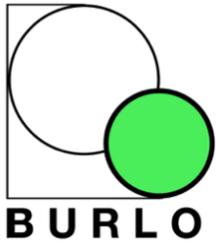
L'incontinenza diurna è più comune nelle femmine.

Il rischio di avere un figlio che sviluppa enuresi è maggiore per i padri con una storia pregressa di enuresi che per le madri con una storia di pregressa enuresi.



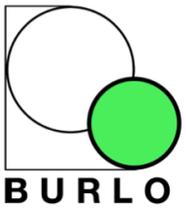
Sottotipi dell' Enuresi

Il sottotipo solo notturno di enuresi, spesso definito come enuresi monosintomatica, è il sottotipo più comune e implica incontinenza solo durante il sonno notturno, tipicamente durante il primo terzo della notte. Il sottotipo solo diurno si verifica in assenza di enuresi notturna e può essere definito semplicemente come *incontinenza urinaria*. Individui con questo sottotipo possono essere suddivisi in due gruppi. Individui con "incontinenza alla stimolo" hanno improvvisi sintomi di stimolo e instabilità del detrusore, mentre individui con "posposizione dello svuotamento" rinviando consapevolmente gli stimoli a urinare fino al momento in cui si ha l'incontinenza. Il sottotipo notturno e diurno è anche conosciuto come *enuresi nonmonosintomatica*.



Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

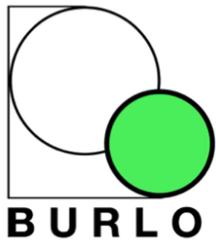
Durante l'enuresi notturna, occasionalmente l'emissione avviene nella fase del sonno a movimenti oculari rapidi (REM), e il bambino può ricordare un sogno che comportava l'atto di urinare. Durante l'enuresi del giorno (diurna), il bambino rinvia l'emissione fino al momento in cui si manifesta l'incontinenza, talvolta a causa di una riluttanza nell'uso del bagno conseguente ad ansia sociale o a una preoccupazione relativa ad attività scolastiche o ludiche. Il momento dell'enuresi si verifica più comunemente nel primo pomeriggio durante i giorni di scuola e può essere associato a sintomi di comportamento dirompente. L'enuresi, di solito, persiste dopo un adeguato trattamento di un'infezione associata.



BURLO

Sviluppo e decorso dell'Enuresi:

Sono stati descritti due tipi di decorso dell'enuresi: un tipo primario, in cui l'individuo non ha mai raggiunto la continenza urinaria, e un tipo secondario, in cui l'anomalia si sviluppa dopo che per un periodo è stata raggiunta la continenza urinaria. Non vi sono differenze nella prevalenza di disturbi mentali in comorbilità tra i due tipi. Per definizione, l'enuresi primaria inizia all'età di 5 anni. Il periodo più comune per l'esordio dell'enuresi secondaria è tra i 5 e gli 8 anni, ma può avvenire in qualsiasi momento. Dopo i 5 anni di età, la percentuale di remissioni spontanee è tra il 5 e il 10% per anno. La maggior parte dei bambini con questo disturbo continua in età adulta. L'enuresi diurna è rara dopo i 9 anni di età. Mentre l'incontinenza diurna occasionale non è rara nella media infanzia, è considerevolmente più comune in coloro che presentano anche persistente enuresi notturna. Quando l'enuresi persiste nella tarda infanzia o nell'adolescenza, la frequenza dell'incontinenza può aumentare, mentre la continenza nella prima infanzia è solitamente associata a una frequenza di episodi notturni di enuresi in diminuzione.



Fattori di Rischio - Prognosi Enuresi

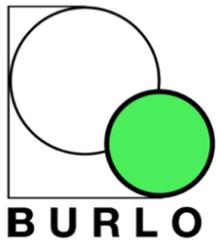


Fattoria ambientali: diversi fattori predisponenti all'enuresi i più significativi un'educazione all'utilizzo dei servizi igienici ritardata o approssimata, e stress psicosociale.

Fattoria genetici e fisiologici: l'enuresi è stata associata a ritardo nello sviluppo di ritmi circadiani normali nella produzione delle urine, con conseguenze poliuria notturne o anomale delle sensazioni del recettore alla vasopressina centrale e una capacità vescicale funzionale con iperattività vescicale (Sindrome della Vescica Instabile). L'enuresi notturna è un disturbo geneticamente eterogeneo.

L'ereditabilità è stata evidenziata in famiglie, gemelli e analisi di segregazione. Il rischio di enuresi notturna nell'infanzia è approssimativamente 3,6 volte più alto nei enuretiche e 10.1 volte più alto in presenza di incontinenza urinaria paternità.

L'entità del rischio per l'enuresi notturna e l'incontinenza diurna è simile.

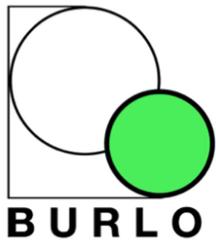


Conseguenze funzionali dell'enuresi

L'entità della compromissione associata all'enuresi è una funzione della limitazione delle attività del bambino:

Esempio: non essere in grado di partecipare a un campeggio che prevede il dormire fuori casa.

Un effetto dell'autostima del bambino del grado di ostracismo sociale da parte dei coetanei, e della rabbia, della punizione e del rifiuto da parte dei caregiver.



Diagnosi differenziata Enuresi

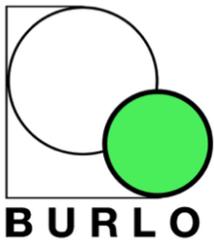


Non si pone diagnosi di Enuresi quando siamo di fronte a una vescia neurologica
altre condizioni mediche o di un'altra condizione medica che causa poliuria o
urgenza minzionale o durante infezioni acute del tratto urinario
(Ex. Diabete mellito non trattato o Diabete insipido)

Non si pone diagnosi di Enuresi ma associata al farmaco:

Effetti collaterali dei farmaci: l'enuresi si può causare dopo il trattamento con
farmaci antipsicotici, diuretici o altri farmaci che possono provocare
incontinenza.

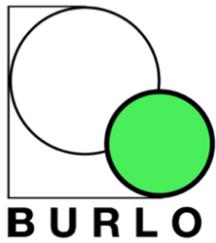
Ameno ch  l'incontinenza era regolarmente presenta prima dell'assunzione del
farmaco.



Comorbidità:

Sebbene la maggior parte dei bambini con enuresi non abbia un disturbo mentale in comorbidità, la prevalenza di sintomi comportamentali in comorbidità è più elevata nei bambini con enuresi che in quelli senza enuresi.

In una parte dei bambini con enuresi sono anche presenti ritardi nello sviluppo, compresi ritardi nello sviluppo fonologico linguistico, nell'apprendimento e nelle abilità motorie. Possono anche essere presenti encopresi, sonnambulismo, terrore nel sonno. Le infezioni del tratto urinario sono più comuni nei bambini con enuresi, specie il sottotipo diurno, rispetto a coloro che hanno una normale continenza.



BURLO

ICD-9-CM ICD-10-CM

Encopresi - 307.7 (F98.1)

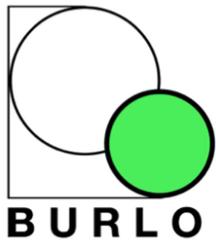


- A. Ripetute emissione di feci in luoghi inappropriati (per es., nei vestiti, sul pavimento), sia involontaria sia intenzionale.
- B. Tale evento si verifica almeno 1 volta al mese per almeno 3 mesi.
- C. L'età cronologica è di almeno 4 anni (o livello di sviluppo equivalente).
- D. Il comportamento non è attribuibile agli affetti fisiologici di una sostanza (per es., lassativi) o a un'altra condizione medica se non attraverso un meccanismo che comporti costipazione.

Specificare quale:

Con costipazione e incontinenza da sovrariempimento: L'esame obiettivo o l'anamnesi provano la presenza di costipazione.

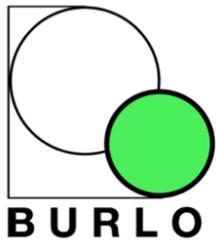
Senza costipazione e incontinenza da svrariempimento: L'esame obiettivo o l'anamnesi non provano la presenza di costipazione.



Epidemiologia - Encopresi

Prevalenza

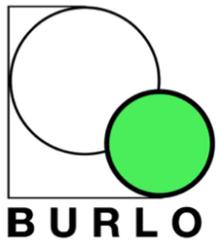
- Stimato circa 1% dei bambini di 5 anni soffre di encopresi
- Si rileva che il disturbo è più comune nei maschi che nelle femmine



Fattori di rischi e prognosi Encopresi

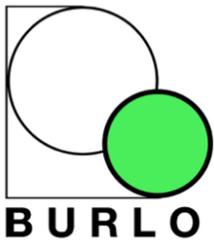
Fattori genetici e fisiologici. La defecazione dolorosa può condurre alla costipazione e a cicli di comportamenti di trattenimento delle feci che rendono l'encopresi più probabile.

L'uso di alcuni farmaci (per es. anticonvulsivanti, antitussigeni) possono aumentare la costipazione e rendere l'encopresi più probabile.



Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

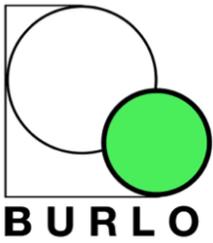
Il bambino con encopresi spesso si vergogna e può desiderare di evitare situazioni (per es., campeggio, scuola) che possono metterlo in imbarazzo.
L'entità della compromissione è funzione dell'effetto sull'autostima del bambino, del grado di ostracismo sociale da parte dei coetanei, e della rabbia, della punizione e del rifiuto da parte dei caregiver. L'imbrattamento con le feci può essere deliberato o accidentale, e risultare dal tentativo del bambino di pulire o nascondere le feci che sono state evacuate involontariamente. Quando l'incontinenza è chiaramente deliberata, possono essere presenti anche le caratteristiche del disturbo oppositivo provocatorio o del disturbo della condotta. Molti bambini con encopresi e costipazione cronica hanno anche sintomi di enuresi e possono presentare un reflusso urinario vescico-ureterale associato che può condurre a infezioni urinarie croniche, i cui sintomi possono andare incontro a remissione con il trattamento della costipazione.



Sottotipi Encopresi

Le feci, nel sottotipo con costipazione e incontinenza da sovrariempimento, sono tipicamente (ma non invariabilmente) poco formate e la fuoriuscita può variare da poco frequente a continua e si verifica prevalentemente durante il giorno e raramente durante il sonno. Soltanto una parte delle feci viene evacuata durante i tentativi di defecazione intenzionale, e l'incontinenza si risolve dopo il trattamento della costipazione.

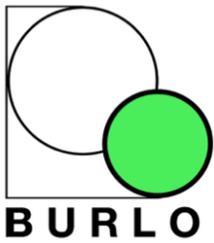
Nel sottotipo senza costipazione e incontinenza da sovrariempimento, le feci sono solitamente di forma e consistenza normale, e l'individuo si sporca in maniera intermittente. Le feci possono essere depositate in un luogo significativo. Questo è solitamente associato alla presenza di disturbo oppositivo provocatorio o disturbo della condotta oppure più essere la conseguenza di masturbazione anale. Lo sporcarsi senza costipazione sembra essere meno comun che lo sporcarsi con costipazione.



Marker diagnostici:

In aggiunta all'esame obiettivo, l'imaging gastrointestinale (per es., radiografia dell'addome) può fornire informazioni per individuare ritenzione di feci e gas nel colon.

Esami aggiuntivi, come il clisma opaco e la manometria anorettale, possono essere usati per aiutare a escludere altre condizioni mediche, come la malattia di Hirschsprung.



Diagnosi differenziale:

Una diagnosi di encopresi in presenza di un'altra condizione medica è appropriata solo se il meccanismo implica costipazione che non può essere spiegata da altre condizioni mediche. L'incontinenza fecale associata ad altre condizioni mediche (per es., diarrea cronica, spina bifida, stenosi anale) non dovrebbe giustificare una diagnosi di encopresi secondo il DSM-5.

Comorbidità:

Infezioni del tratto urinario possono presentarsi in comorbidità con l'encopresi e sono più comuni nelle femmine.

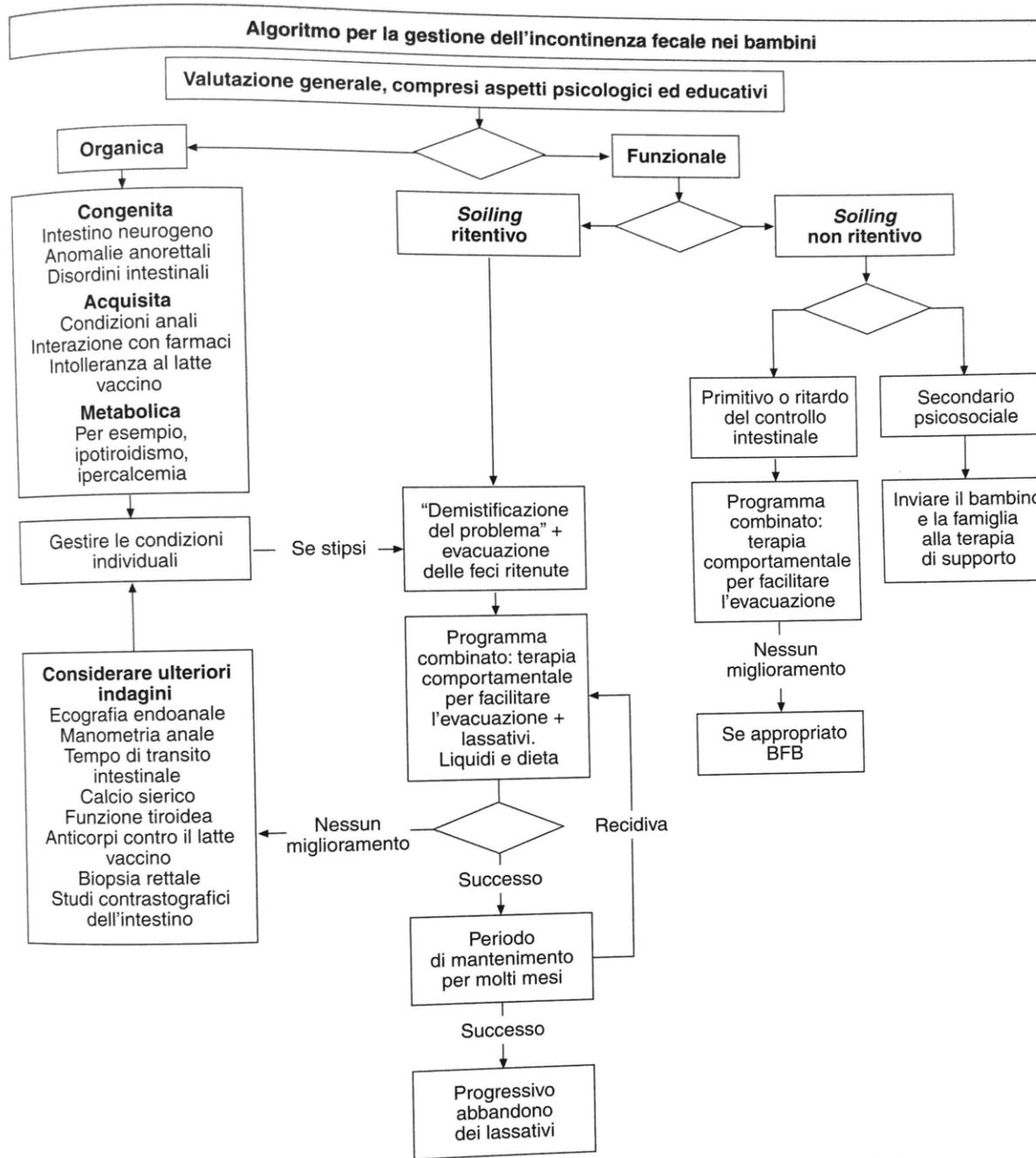
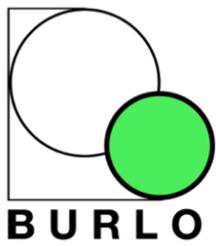
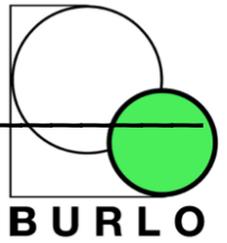


Tabella - Cause organiche della stipsi



Neurogeniche

Meningomielocele, disrafia spinale, tumore midollare, agenesia sacrale, paralisi cerebrale, distrofia miotonica

Anomalie anorettali

Atresia anale, stenosi, ano ectopico

Condizioni anali acquisite

Infezioni streptococciche (gruppo A), sclerosi da lichen atrofico, abuso sessuale anale

Disordini intestinali congeniti

Malattia di Hirschprung, displasia neurogena intestinale, pseudostruzione intestinale cronica

Miscellanea

Ipotiroidismo

Ipercalcemia

Intolleranza al latte vaccino

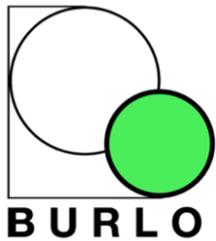
Farmaci

Analgesia con oppiacei

Loperamide

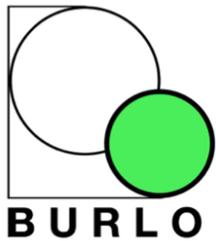
Anticonvulsivanti

Antimuscarinici



IL TRATTAMENTO

La gestione comprende **interventi comportamentali** e **l'utilizzo di farmaci**, ciò viene deciso in base allo sviluppo psicomotorio del bambino e al grado di costipazione. È necessario che il bambino comprenda che **rispondere allo stimolo defecatorio e non trattenere le feci costituiscono la chiave del successo del trattamento**. Le feci devono essere ammorbidite e rese semiliquide ricorrendo ai lassativi e ai rammollitori fecali, mentre i clisteri dovrebbero essere utilizzati solo all'inizio del trattamento per eliminare il fecaloma che spesso ha bisogno di essere frammentato per poter essere espulso..

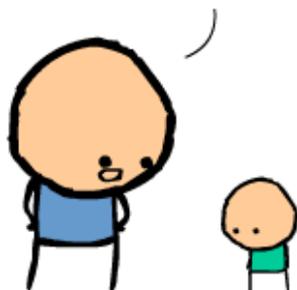


IL TRATTAMENTO

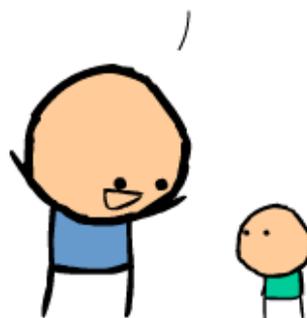
Bisogna inoltre **modificare la dieta** aumentando il consumo di fibre e di acqua. Fondamentale è il toilet training: il bambino deve essere invitato ad utilizzare il vasino (WC) **almeno due o tre volte al giorno dopo i pasti**, cercando di sfruttare il **riflesso gastro-colico**. Nei bambini più grandi, collaboranti, si può ricorrere al biofeedback che permette di imparare a rilasciare lo sfintere esterno per produrre l'evacuazione e a contrarlo per acquisire la continenza.

Il trattamento farmacologico è controindicato solo nella patologia non ritentiva; in quel caso è invece essenziale **un'appropriata guida al toilet training e un supporto psicoterapeutico**.

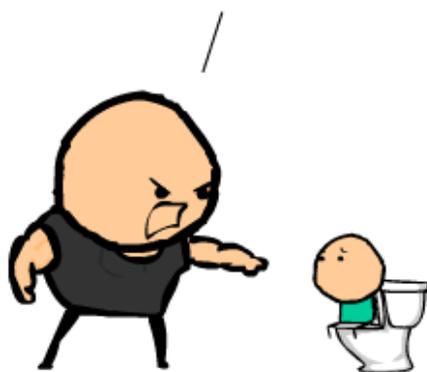
FIGLIULO, SO CHE HAI AVUTO
QUALCHE PROBLEMINO AD
ANDARE IN BAGNO COME I
BIMBI GRANDI



COSI' HO DECISO DI
PRENDERTI UN PERSONAL
CACCA TRAINER PER
AIUTARTI!

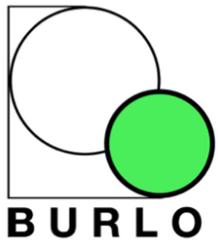


SPINGI! SPINGI!
SENTI COME BRUCIA!



AVANTI! LA CACCA E'
SOLO DEBOLEZZA CHE
VA VIA DAL CORPO!







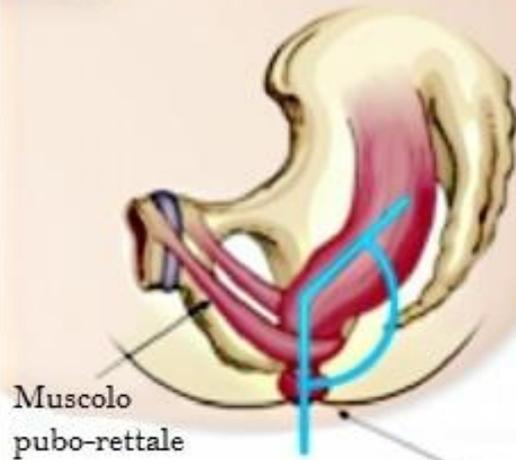
INNATURALE

Vs.

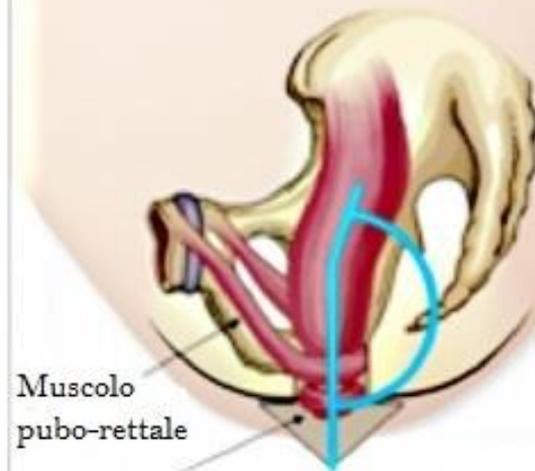


SALUTARE

SEDUTI



SQUAT



SFINTERE

POSIZIONE CORRETTA PER LA DEFECAZIONE

Fase 1



Poggiate i piedi

Ginocchia a un livello più alto rispetto ai fianchi.

Fase 2



Poggiate i piedi

Inclinatevi in avanti e ponete i gomiti sopra le ginocchia.

Fase 3



Poggiate i piedi

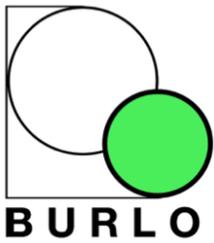
Espandete l'addome, raddrizzate la colonna vertebrale.

Posizione corretta



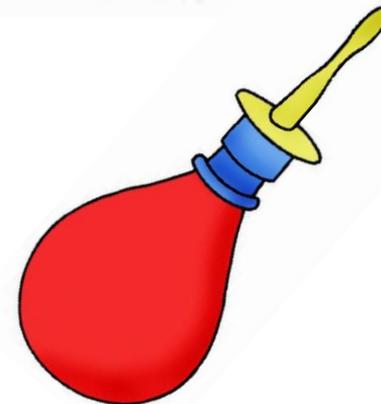
Poggiate i piedi

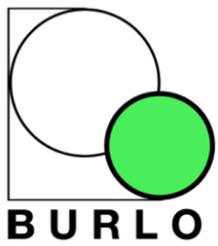
Ginocchia a un livello più alto rispetto ai fianchi.
Inclinatevi in avanti e ponete i gomiti sopra le ginocchia.
Espandete l'addome.
Raddrizzate la colonna vertebrale.

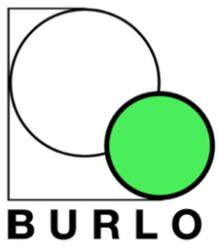


Lista de deposiciones Bristol

Tipo 1		Trozos separados y duros, como nueces (difíciles de pasar)	
Tipo 2		Con forma de salchicha grumosa	
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas en la superficie	
Tipo 4		Como una salchicha o una serpiente, suave y lisa	
Tipo 5		Grumos suaves con cortes definidos (pasan suavemente)	
Tipo 6		Piezas suaves con bordes irregulares, deposiciones blandas	
Tipo 7		Acuosa, sin piezas sólidas. Enteramente líquida	

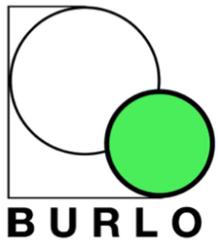




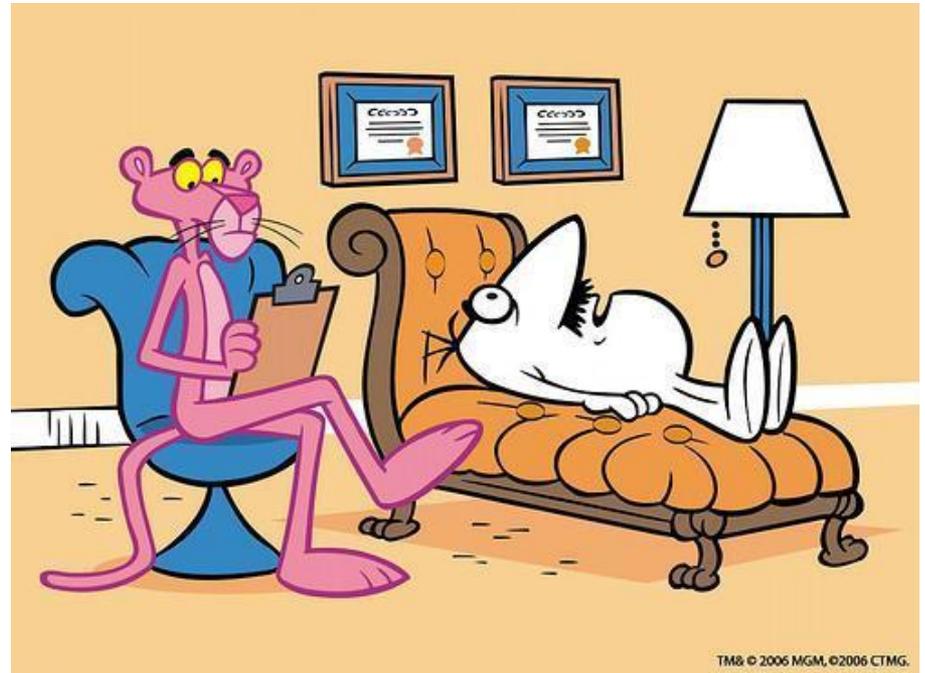


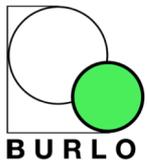
L'autostima





VALUTAZIONE

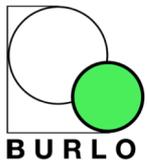




VALUTAZIONE DIAGNOSTICA - Enuresi

Al primo approccio è necessario valutare:

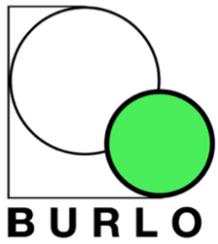
- **familiarità per enuresi;**
- **modalità e tempi di acquisizione del controllo sfinterico;**
- anamnesi minzionale;
- **abusi psicologico;**
- esame clinico dei genitali, della zona perineale e sacrale. Nel caso in cui l'enuresi sia accompagnata a sintomi diurni suggestivi di organicità (quindi non tanto l'urgenza minzionale, ma piuttosto il mitto ritardato, interrotto, debole; l'incontinenza, la pollachiuria, la disuria, la poliuria con polidipsia) è opportuno effettuare:
 - esame delle urine (per evidenziare infezione, glicosuria, peso specifico, eventuale volume emesso durante la notte e il giorno);

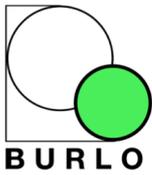


VALUTAZIONE DIAGNOSTICA

Al primo approccio è necessario valutare:

- ecografia vescicale con valutazione dello spessore della parete e del residuo post-minzionale;
- uro-flussimetria (indagine non invasiva) che permette lo studio qualitativo e quantitativo del flusso;
- infine, nel fondato sospetto di lesioni neurologiche, in assoluto improbabili e mai monosintomatiche: esame urodinamico completo, RMN del rachide, elettromiografia sfinterica;
- nel caso di enuresi secondaria può essere utile una valutazione psicologica, anche se nella maggior parte dei casi la causa può essere individuata con relativa facilità e la personalità del soggetto di regola non mostra particolari segni di fragilità.





Please print.

CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 1½-5

For office use only
ID # _____

CHILD'S First Middle Last
FULL NAME

CHILD'S GENDER CHILD'S AGE CHILD'S ETHNIC GROUP OR RACE
 Boy Girl

TODAY'S DATE CHILD'S BIRTHDATE
Mo. ___ Day ___ Year ___ Mo. ___ Day ___ Year ___

Please fill out this form to reflect your view of the child's behavior even if other people might not agree. Feel free to write additional comments beside each item and in the space provided on page 2. **Be sure to answer all items.**

PARENTS' USUAL TYPE OF WORK, even if not working now. Please be specific — for example, auto mechanic, high school teacher, homemaker, laborer, lathe operator, shoe salesman, army sergeant.

PARENT 1 (or MOTHER)
TYPE OF WORK _____

PARENT 2 (or FATHER)
TYPE OF WORK _____

THIS FORM FILLED OUT BY: (print your full name)

Your relation to child:

Parent 1 (or Mother) Parent 2 (or Father) Other (specify): _____

CBCL/1½-5 Empirically Based Scales for Boys and Girls

Name _____ ID# _____ Boy Girl Age _____ Date filled out by _____

Clinical Range	18	16	22	16	14	38	100
	17	15	21	15	13	37	95
%ile	16	14	19	14	13	36	90
	15	13	18	13	12	35	85
Normal Range	14	12	17	12	11	34	80
	13	11	16	11	10	33	75
	12	10	15	10	9	32	70
	11	9	14	9	8	31	65
	10	8	13	8	7	30	60
	9	7	12	7	6	29	55
	8	6	11	6	5	28	50
	7	5	10	5	4	27	45
	6	4	9	4	3	26	40
	5	3	8	3	2	25	35
	4	2	7	2	1	24	30
	3	1	6	1	0	23	25
	2	0	5	0	0	22	20
	1	0	4	0	0	21	15
	0	0	3	0	0	20	10
	0	0	2	0	0	19	5
	0	0	1	0	0	18	0
	0	0	0	0	0	17	0
	0	0	0	0	0	16	0
	0	0	0	0	0	15	0
	0	0	0	0	0	14	0
	0	0	0	0	0	13	0
	0	0	0	0	0	12	0
	0	0	0	0	0	11	0
	0	0	0	0	0	10	0
	0	0	0	0	0	9	0
	0	0	0	0	0	8	0
	0	0	0	0	0	7	0
	0	0	0	0	0	6	0
	0	0	0	0	0	5	0
	0	0	0	0	0	4	0
	0	0	0	0	0	3	0
	0	0	0	0	0	2	0
	0	0	0	0	0	1	0
	0	0	0	0	0	0	0

EMOTIONALLY REACTIVE
 21. Disturbed By Change
 46. Twitches
 51. Panics
 79. Shifts Between Sub-Eclic
 82. Moody
 83. Sulks
 92. Upset By New
 97. Whining
 99. Worries
 Total

II ANXIOUS/ DEPRESSED
 10. Clings
 33. Feelings Hurt
 37. Upset By Sep.
 43. Looks Unhappy
 47. Nervous
 58. Self-Conscious
 57. Fearful
 96. Sad
 Total

III SOMATIC COMPLAINTS
 7. Can't Stand Things Out Of Place
 12. Constipated
 19. Diarrhea
 24. Doesn't Eat Well
 38. Headaches
 45. Nausea
 52. Painful B.M.
 78. Stomach Aches
 88. Too Concerned W. Near/Clean
 83. Vomits
 Total

IV WITHDRAWN
 2. Acts Too Young
 4. Avoids Eye Contact
 23. Doesn't Answer
 82. Refuses Active Games
 67. Unresponsive To Affection
 70. Little Affection
 71. Little Interest
 98. Withdrawn
 Total

V SLEEP PROBLEMS
 22. Doesn't Want To Sleep Alone
 38. Trouble Sleeping
 48. Nightmares
 64. Resists Bed
 74. Sleeps Little
 94. Wakes Often
 Total

VI ATTENTION PROBLEMS
 5. Can't Concentrate
 6. Can't Sit Still
 56. Clumsy
 59. Quickly Shifts
 95. Wanders Away
 Total

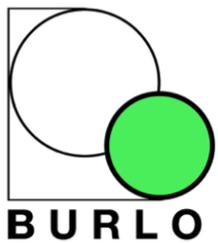
VII AGGRESSIVE BEHAVIOR
 8. Can't Stand Waiting
 15. Defiant
 16. Demands Met
 49. Overeating
 54. Picky Eater
 55. Plays W. Sex Parts
 57. Eye Problems
 60. Skin Problems
 81. Won't Eat
 83. Rocks Head, Body
 85. Resists Toilet
 72. Little Fear
 73. Shy
 75. Screams B.M.
 68. Screams
 69. Selfish
 61. Stubborn
 85. Temper
 98. Uncooperative
 96. Wants Attention
 Total

OTHER PROBLEMS
 3. Afraid To Try New
 4. Chews Inedibles
 11. Seeks Help
 13. Cries
 14. Cruel To Animals
 17. Destroys Own
 25. Doesn't Get Along W. Peers
 26. No Fun
 28. Doesn't Leave Home
 30. Jealous
 31. Eats Nonfood
 32. Fears
 34. Accident Prone
 35. Gets Into Everything
 41. Holds Breath
 40. Overeating
 54. Picky Eater
 55. Plays W. Sex Parts
 57. Eye Problems
 60. Skin Problems
 81. Won't Eat
 83. Rocks Head, Body
 85. Resists Toilet
 72. Little Fear
 73. Shy
 75. Screams B.M.
 68. Screams
 69. Selfish
 61. Stubborn
 85. Temper
 98. Uncooperative
 96. Wants Attention
 Total

Internalizing (Scales I-VII) **Externalizing** (Scales VIII-XI) **Total** (Scales I-XI)

Copyright 2000 T. Achenbach & L. Rescorla
 ASEBA, U. of Vermont
 1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456
 Web: <http://checklist.uvm.edu>
 UNAUTHORIZED COPYING IS ILLEGAL

7-28-00 Edition 802



Disegni

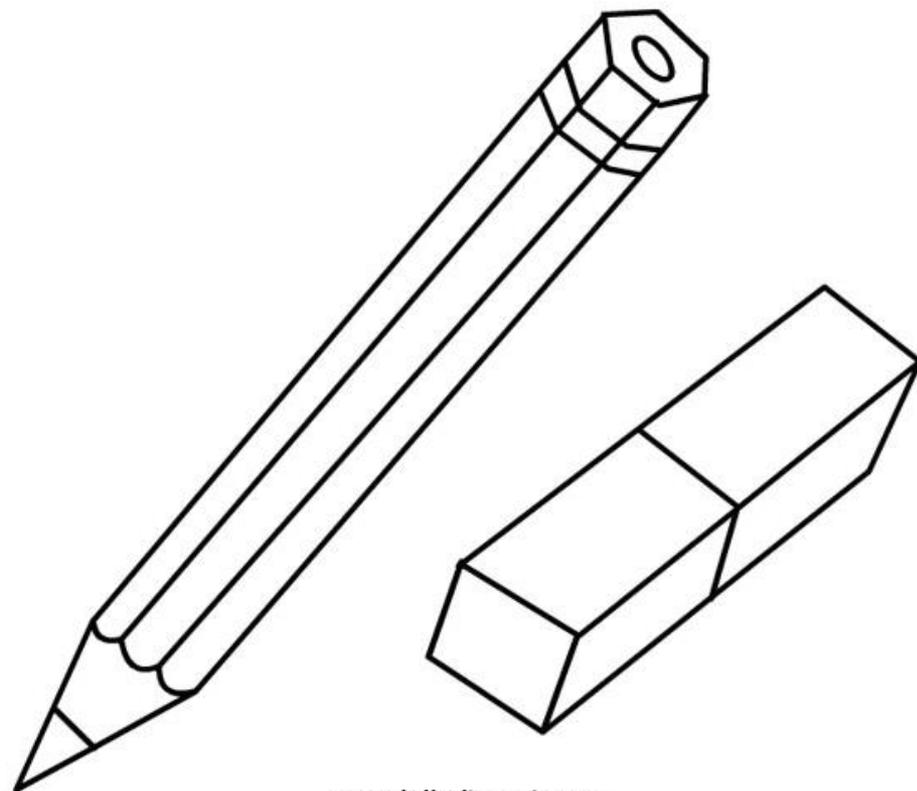
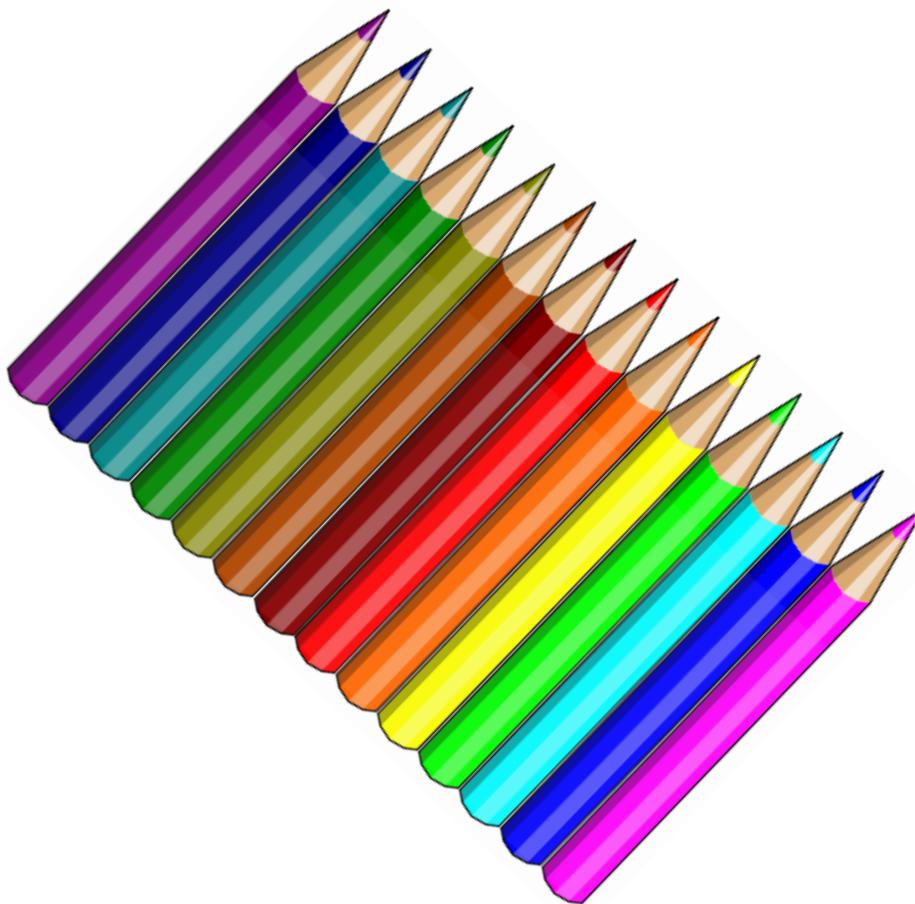
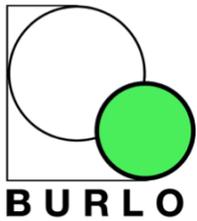


Tabella 16.7 – Valutazione soggettiva delle fughe di urina. Intervista strutturata a bambini (n=165) di età compresa tra i 5 e 11 anni con enuresi notturna e incontinenza urinaria

<i>Conseguenze delle fughe di urina</i>	<i>Percentuale</i>
Svantaggi sociali	70,3
Non posso dormire a casa di amici, gli amici non possono rimanere per la notte	32,1
Affettività: mi sento triste, ho vergogna, sono annoiato	16,4
Isolamento	
Mi sento come un neonato, nessuno deve sapere di questa cosa, mi sento diverso da altri bambini	6,7
Sensazioni	
Mi sento non piacevole, freddo, bagnato, sporco, cattivo	32,1
Conseguenze dirette	
Devo farmi la doccia, dormire con i pannolini, non avrò mai la bicicletta	17,6
Vantaggi	
Mi piace sentirmi bagnato, ricevere più attenzione dalla mamma	

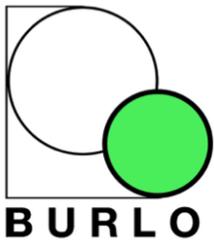


Tipo di disordine comportamentale

I bambini/e con incontinenza sono più soggetti alla esternazione dei loro problemi più che alla introspezione .

Tabella 16.6 – Diagnosi ICD-10 (possibili diagnosi multiple) in 167 bambini di 5-11 anni con enuresi notturna e incontinenza urinaria funzionale

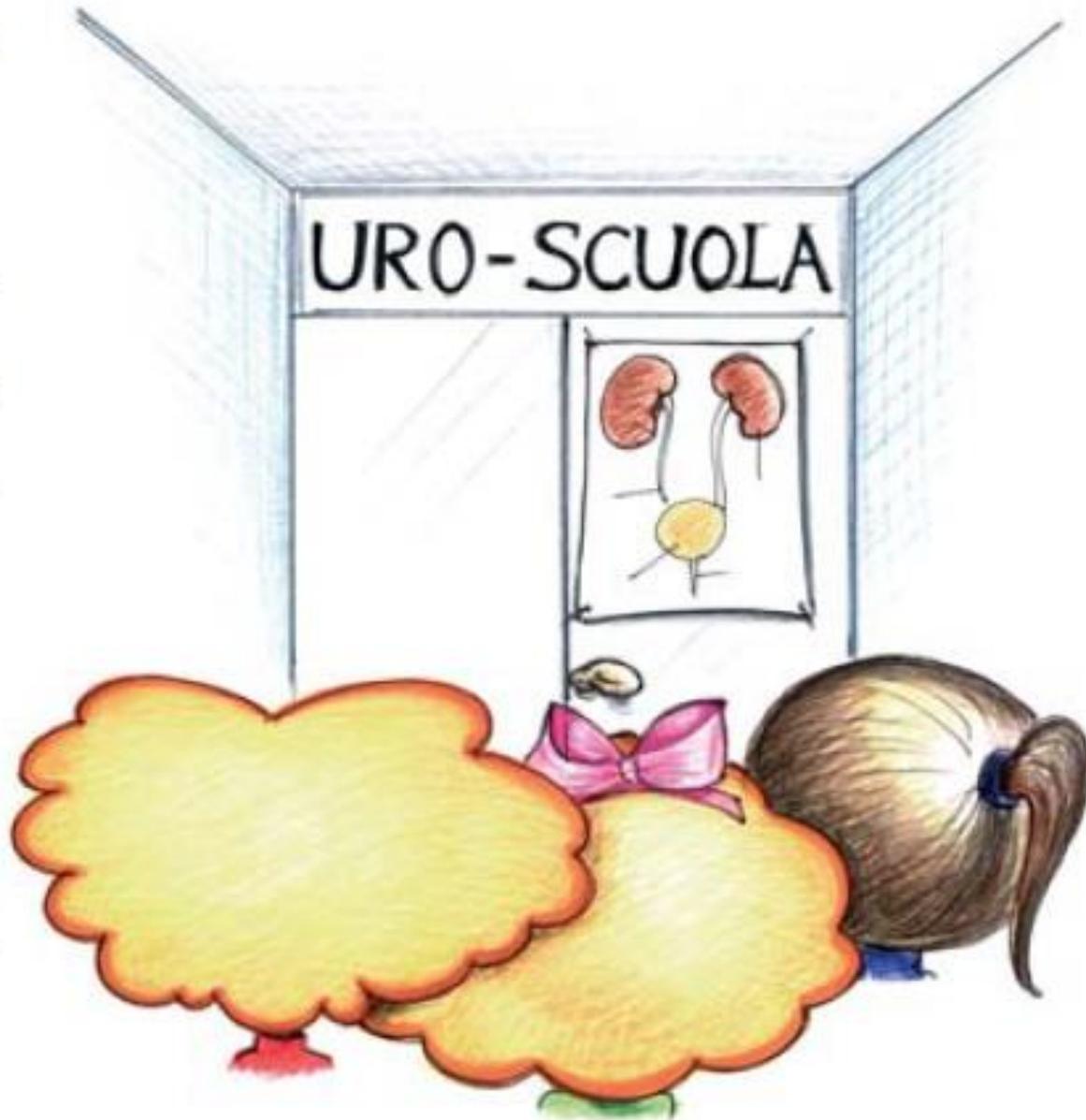
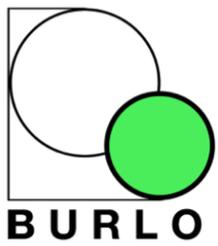
<i>Tipo di diagnosi</i>	<i>% (n)</i>
Disordini di esternazione	21,0 (35)
Sindrome ipercinetica	9,6 (16)
Disordini di conduzione	11,4 (19)
Disordini di introspezione (emozionali)	12,0 (20)
Encopresi	12,0 (20)
Altri	6,0 (10)
Diagnosi ICD-10	40,01 (67)

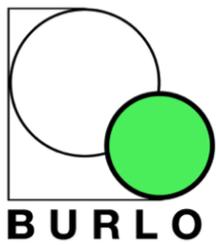


Comorbidità:

in uno studio retrospettivo su 153 bambini/e con ADHD e 152 controlli, il rischio di enuresi notturna e in un bambino di 6 anni con ADHD risulta essere 2.6 volte più alto di rischio di incontinenza diurna 4.5 volte maggiore, (Mattsson S.)

La relazione causale, probabilmente neurobiologica tra enuresi e ADHD non è nota.

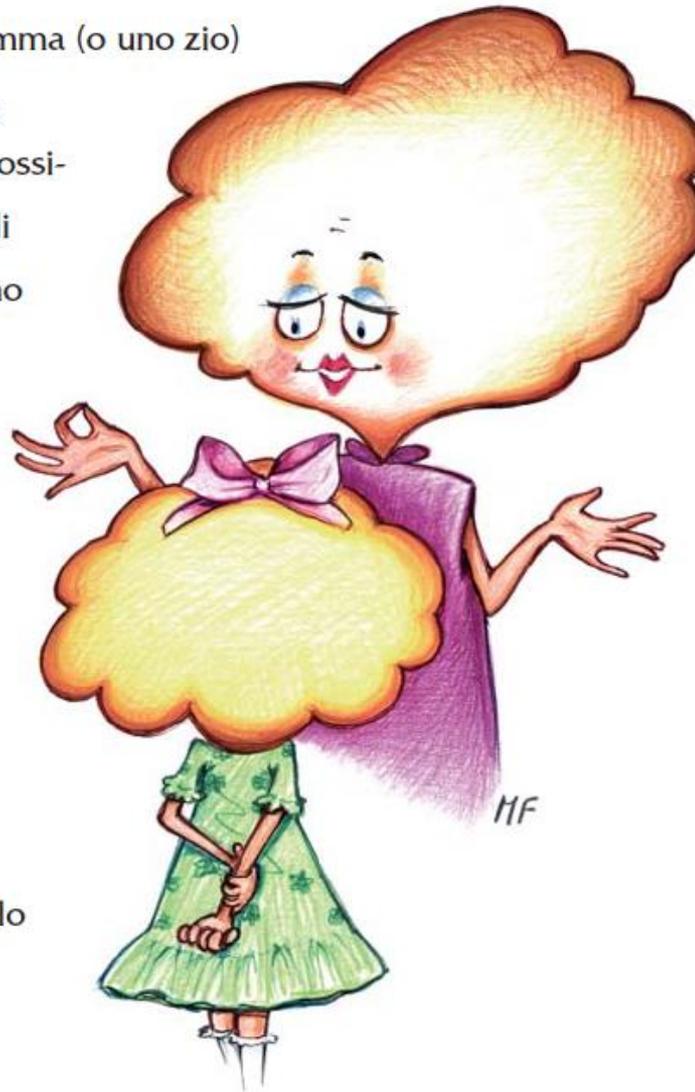




Nel Bambino con Enuresi Notturna è inoltre necessario:

Informarlo e non farlo sentire “diverso”:

- far sapere se il papà o la mamma (o uno zio) ha avuto lo stesso problema;
- fare con loro un calcolo approssimativo di quanti compagni di scuola (circa uno su 10) hanno o hanno avuto lo stesso problema;
- spiegargli come funziona il suo apparato urinario: i reni, come un rubinetto della pipì, che la notte è troppo aperto (poliuria notturna); la vescica come un sacchetto di raccolta, che qualche volta è troppo piccolo (capacità funzionale ridotta).

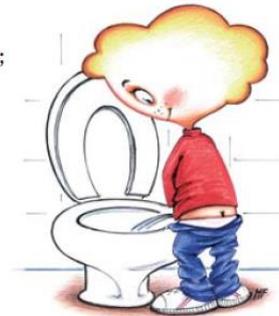




Educazione al controllo delle urine: Le buone regole

Corrette abitudini sono necessarie per qualsiasi bambino, anche se non ha mai avuto problemi, così come si raccomandano buone abitudini nella alimentazione o nella igiene dei denti:

- essere regolare e non avere fretta, andando in bagno non all'ultimo minuto, quando lo stimolo è **imperioso**, ma con un orario periodico;
- abituarsi a bere durante il giorno per distendere e *allenare la vescica* e per non avere troppa sete la sera;
- per le bambine, avere una posizione corretta sul water, per permettere ai muscoli di rilassarsi bene e fare uno svuotamento completo;
- per i bambini abituarsi da subito in piedi;
- svuotare regolarmente l'intestino, che interferisce molto con lo svuotamento della vescica.



1° GIORNO (GG/MM/AAAA)			NOME E COGNOME/ETA'												
EPISODIO	ORA (hh/mm)	VOLUME URINE (ml)	URGENZA		MUTANDINA BAGNATA			GETTO			PRESSIONE PANCINO		LIQUIDI ASSUNTI (ml)	CATETERISMI (numero)	NOTE
1			SI	NO							SI	NO			
2			SI	NO							SI	NO			
3			SI	NO							SI	NO			
4			SI	NO							SI	NO			
5			SI	NO							SI	NO			
6			SI	NO							SI	NO			
7			SI	NO							SI	NO			
8			SI	NO							SI	NO			
9			SI	NO							SI	NO			
10			SI	NO							SI	NO			
11			SI	NO							SI	NO			
12			SI	NO							SI	NO			
13			SI	NO							SI	NO			
14			SI	NO							SI	NO			
15			SI	NO							SI	NO			
TOT 24 h															

- getto continuo
- getto interrotto
- getto filiforme
- poco bagnata
- abbastanza bagnata
- molto bagnata

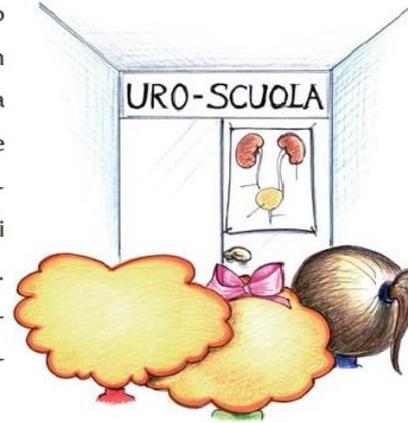


LA TERAPIA



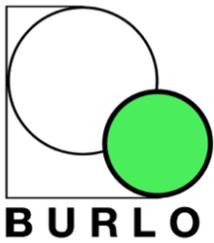
• Terapia Comportamentale

È un insieme di regole che possono sembrare banali, ma che nei ritmi frenetici della nostra vita moderna vengono trascurate, dimenticate o non insegnate, spesso perchè non si ha il tempo. Per questo può essere utile per il bambino con disturbi apprendere le regole nell'ambito di una vera e propria **Uro-Scuola**, un momento dedicato con una persona dedicata ad insegnare ai bambini a fare bene la pipì, fornendo un rinforzo motivazionale affinché gli insegnamenti siano rispettati una volta tornati a casa. Sappiamo infatti che quasi 1/3 dei bambini con disturbi della minzione guariscono così!



COME SI FA LA PIPÌ

- **Tempi:** Il bambino deve "fare la pipì" **ogni 3-4 ore**.
- **Modalità:** Il bambino deve fare la pipì in tutta tranquillità, in posizione comoda, sfilando completamente mutandine ed indumenti. Dovrà essere ricordato ai bambini di urinare: se **maschi in piedi**; se **femmine sedute, a cosce ben divaricate, poggiando i piedi bene a terra o, nelle più piccole, su un poggia piedi**. Nelle femmine può essere utile un riduttore del WC.
- **In completo "relax":** Rilasciamento del piano perineale, senza spingere con la pancia e cercando di ottenere un flusso di urine continuo.



COME DEVO FARE LA PIPÌ

LA BAMBINA

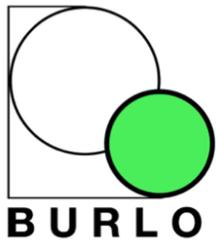
- 1) abbasso bene le mutandine (meglio se le sfilo)
- 2) mi siedo comoda sul water (non sul bordo!)
- 3) appoggio bene i piedi (non penzoloni)
- 4) sto con le gambe ben aperte
- 5) la faccio SENZA FRETTA (TUTTA) !!!
- 6) mi asciugo da davanti verso dietro (MAI da dietro verso davanti)

IL BAMBINO

- 1) la faccio in piedi
- 2) abbasso bene le mutandine
- 3) scopro il pisellino
- 4) sto con le gambe bene aperte
- 5) mi asciugo e copro con la pelle

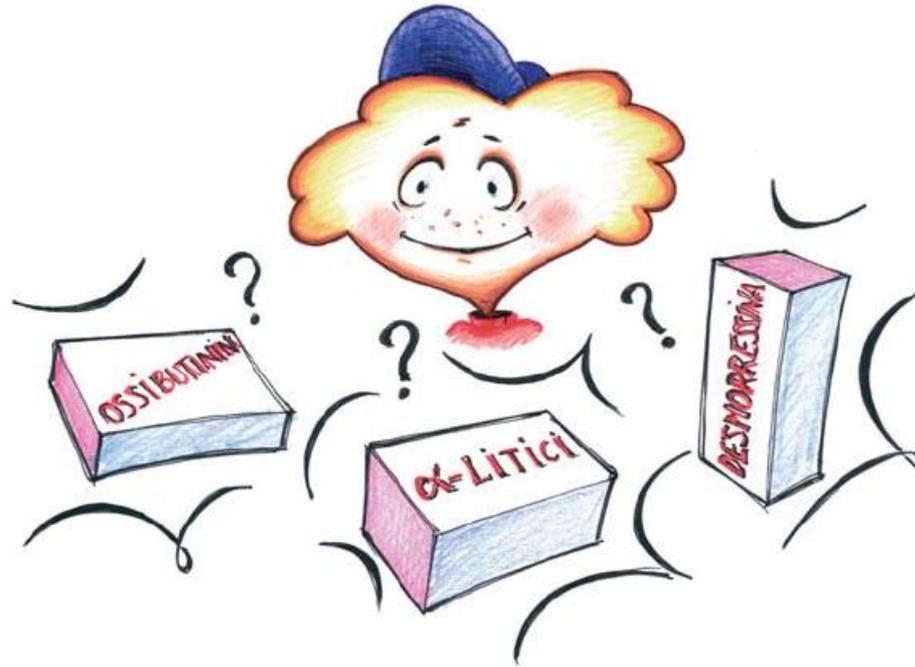
PER I GENITORI

- 1) chiedete se a scuola va al bagno in orari diversi dalle pause
- 2) accompagnate vostro figlio al bagno e osservate
- 3) controllate se le mutandine sono bagnate

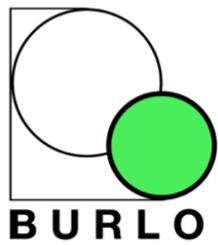


• Farmaci

L'uso dei farmaci è molto limitato nei bambini perché molti migliorano senza medicine e perché, anche di conseguenza, i farmaci disponibili specifici per i bambini non sono molti. Come già detto, fino ai 5 anni piccoli disturbi o minimi incidenti di giorno e di notte sono considerati normali, per cui prima di quella età è controindicata la somministrazione di medicine.



Il farmaco più utilizzato è l'**ossibutinina**, che serve per combattere la **Vescica Iperattiva**; in genere, viene prescritto quando la terapia comportamentale e la uroterapia non sono state da sole efficaci o quando i sintomi sono così importanti da richiedere una cura intensiva fin dall'inizio. Dare la medicina senza seguire la terapia comportamentale e il training vescicale serve a poco!



• Chirurgia

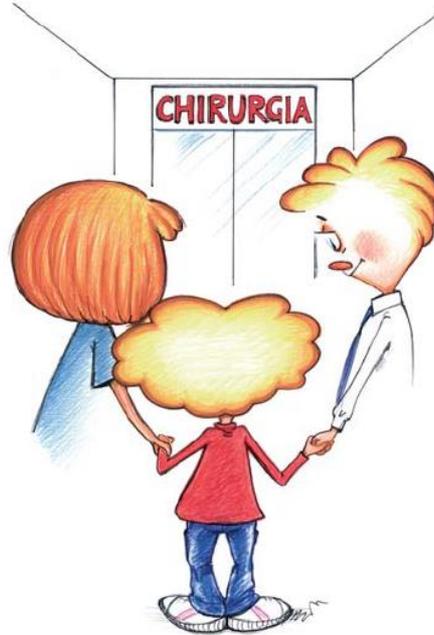
È necessaria solo nella **Incontinenza Organica** (malformazioni) e nei bambini **con Vescica Neurologica**.

Gli interventi chirurgici per ottenere la continenza sono diversi e le procedure vengono differentemente indicate non solo a seconda del tipo di problema ma anche a seconda dell'età del bambino.

Le infiltrazioni intrauretrali di farmaci ('bulking agents') sono effettuate in endoscopia, cioè senza un vero e proprio intervento; sono ripetibili nel tempo e, essendo poco invasive, vengono indicate anche nei bambini più piccoli.

Le percentuali di successo delle infiltrazioni endoscopiche è alta all'inizio ma col tempo si assesta tra il 40-60% dei casi.

La chirurgia ricostruttiva della vescica (ampliamento) o del collo vescicale (plastiche e sling) si rende necessaria nelle forme più complicate e si affronta in età adolescenziale, perché si tratta di interventi di più lunga durata e perché dopo questi interventi è spesso necessario il cateterismo ad intermittenza per svuotare la vescica. In alcuni casi, per rendere più facile il cateterismo, il chirurgo può confezionare un condotto (appendicostomia) che parte dalla vescica e si apre nell'ombelico (dove non si vede!) attraverso il quale introdurre il catetere.



Chir. Pediatr. 1980;21(4):297-305.

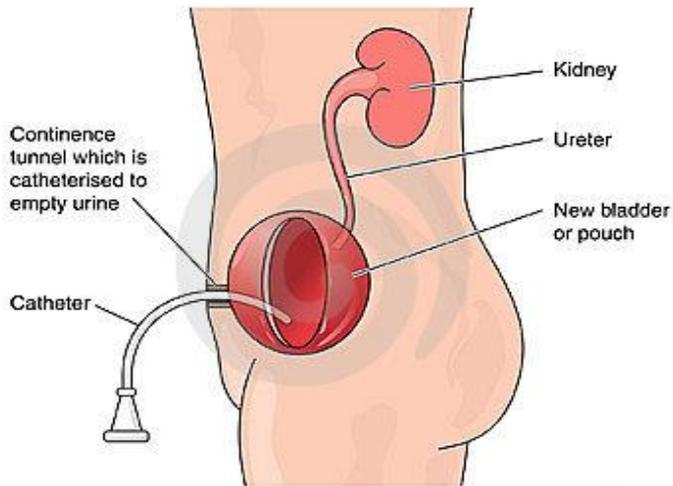
[Trans-appendicular continent cystostomy in the management of the neurogenic bladder].

[Article in French]

Mitrofanoff P.

Abstract

The comfort obtained in some cases of neurogenic bladder of the girl, thanks to unsterile self catheterization, and usual absence of septic complications, incite to search for a process which could be used for the boys as well as girls in those cases where urethral catheterization cannot be done. What's more, if the catheterization is easy to achieve even by young children and if the process brings complete dryness, almost perfect conditions of comfort would be achieved. A cystostomy with a continent opening easy to catheterize and associated with a closure of the vesical neck, was the objective. We had the idea to use the appendix in order to create a passage between the skin and the bladder, the tip of the appendix opening into the bladder at the end of an anti-reflux submucosal tunnel and the other end hemmed to the skin. The bladder neck is usually closed in the course of the same operation. From October 1976 to January 1979, 16 children have gone through such a vesicostomy. In two more cases a trans-ureteral cystostomy was created. Five cases were a failure owing to a too small bladder and required a cutaneous diversion. The continence of the vesicostomy is total and the comfort obtained is excellent for the other 13 cases. Some complications result directly from this technique. It concerns more particularly cutaneous fistula (1 case) or with urethral re-permeation (2 cases). Other problems, common to all conservative treatments of a neurogenic bladder, are discussed: vesico-renal reflux, dilatation of the upper urinary tract, urinary infections and of course, risk for the renal function. They appear to be related with a small and hypertonic bladder. Obviously these problems must be kept in mind and require a strict selection for the vesicostomy and a strict followup.



*Corpo e mente non sono due mondi
separati, ma sono due parti
in continua influenza reciproca*



Grazie dell'attenzione

Buona Vita !!!!!

massimo.digrizia1@gmail.com