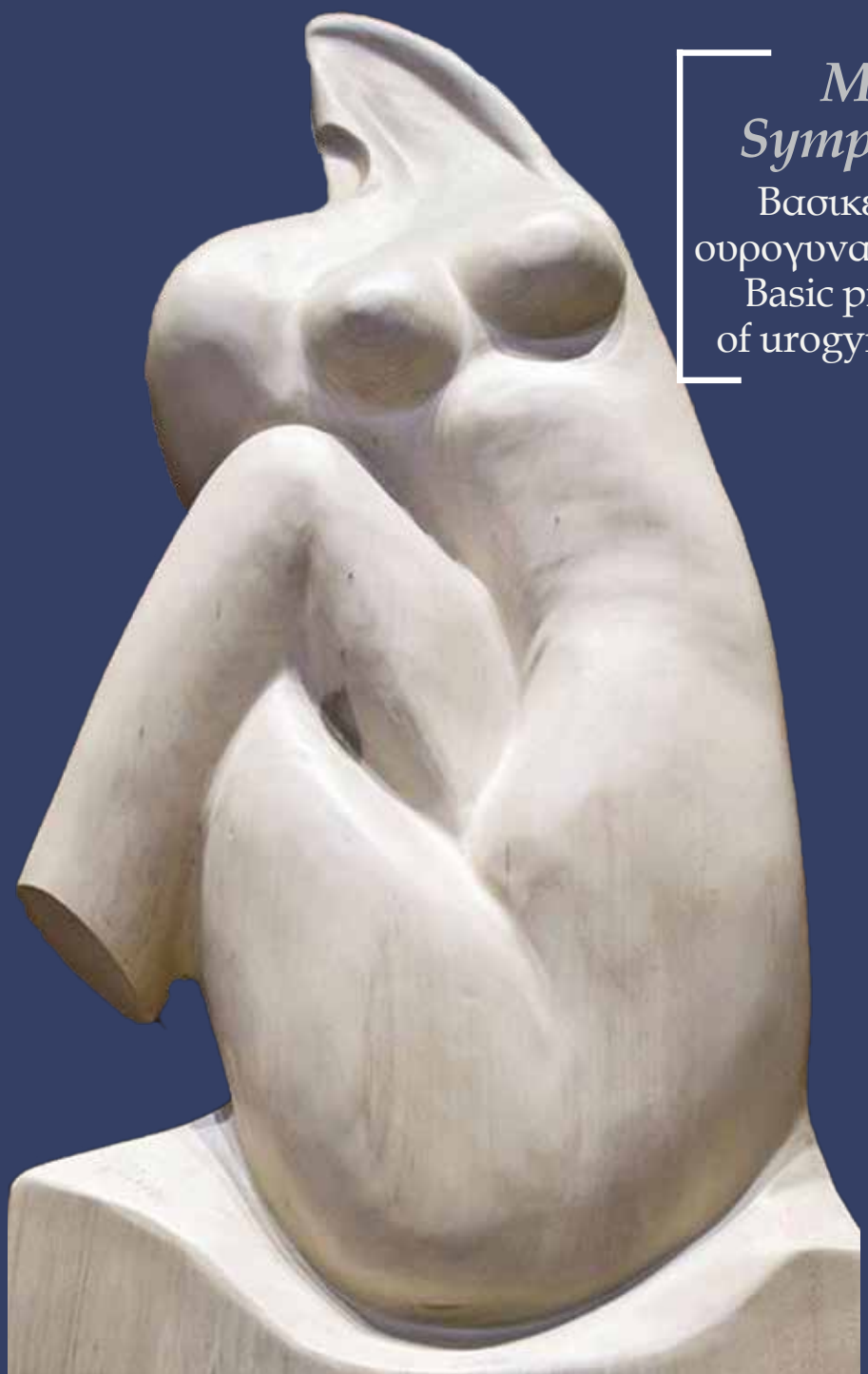
ΘΕΜΑΤΑ

ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

Official Journal of the Union of Obstetricians and Gynecologists of Greece

ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ -
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2016,
ΤΕΥΧΟΣ 3, ΤΟΜΟΣ 2
ISSN 1105 - 4697

www.enmge.gr



Mini Symposium

Βασικές αρχές ουρογυναικολογίας - Basic principles of urogynaecology

Μαιευτική κλινική ΜΗΤΕΡΑ

49 χρόνια γνώσης και εμπειρίας

Στο ΜΗΤΕΡΑ δημιουργούμε για την οικογένεια, το ανέγγιχτο και την εξαιρετική φροντίδα σε συνδυασμό με γνώση και τεχνολογία, για μια ολόχρυση, γεμάτη και ευτυχισμένη περιβάλλον.

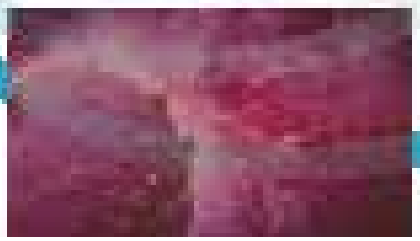
ΜΗΤΕΡΑ

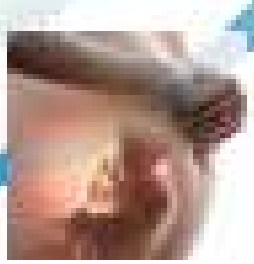
ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΘΕΜΑΤΙΚΟΥ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ DOR

[redacted]

[redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]





[redacted]

[redacted]

[redacted]

ΘΕΜΑΤΑ
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ
Official Journal of the Union of Obstetricians and Gynecologists of Greece

ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2016,
ΤΕΥΧΟΣ 3, ΤΟΜΟΣ 2

www.enmge.gr

EDITORIAL BOARD

EDITOR - IN - CHIEF
Dr. Λουκάς Κλέντζερης
MD (Ath) CCST (UK) Dr. Med (Sheffield) FRCOG (London)

DEPUTY EDITOR
Αθανάσιος Χιόνης

ASSOCIATE EDITORS
Ιωάννης Ανδρέου
Κυριακή Αργυρού
Ηλίας Αρμάτας
Ιωάννης Ζερβός
Νικόλαος Λινάρδος
Ιωάννης Κατσάκος
Θεόφιλος Σιβιτανίδης
Γιώργος Χρήστου
Ιωάννης Χριστόπουλος

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΝ.Μ.Γ.Ε.

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Ιωάννης Ανδρέου
ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: Κυριακή Αργυρού
Α' ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Αθανάσιος Χιόνης
Β' ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Ηλίας Αρματάς
ΤΑΜΙΑΣ: Γεώργιος Χρήστου
ΕΙΔ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: Ιωάννης Κατσάκος
ΜΕΛΟΙ: Ιωάννης Ζερβός, Λουκάς Κλέντζερης, Νικόλαος Λινάρδος, Θεόφιλος Σιβιτανίδης, Ιωάννης Χριστόπουλος

*Φωτογραφία Εξωφύλλου: Το γλυπτό, "**Η Αρχή της Ζωής**", του μαιευτήρα-γυναικολόγου **Γιάννη Ζερβού**.*
Δωρεά του καλλιτέχνη στο «ΜΗΤΕΡΑ» 2014.

Distributed at no charge to all members of the Union of Obstetricians and Gynecologists of Greece
ISSN 1105 - 4697

Address: 6, Erithrou Stavrou, 151 23 Marousi, Greece,
tel.: +30 210 6869 279, E - mail: pkaragianni@mitera.gr, www.enmge.gr

Published by ZITA MEDICAL MANAGEMENT S.A.,
ΖΙΤΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΥΝΔΕΣΜΩΝ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ Α.Ε.,
1st klm Peanias - Markopoulou Avenue, Peania, Attica, Greece, P.O BOX 155, 190 02,
tel.: +30 211 1001 777, fax: +30 210 6642116, E - mail: info@zita - management.gr

HELENVITA

New Life

Εμμηνόπαυση;
Λέμε ΝΑΙ
στη νέα αρχή!

www.helenvita.gr

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Mini Symposium

Βασικές αρχές ουρογυναικολογίας - Basic principles of urogynaecology

Editorial
Λουκάς Κλέντζερης 13

Επιδημιολογία της ακράτειας ούρων και Ελληνικά δεδομένα
Epidemiology of urinary incontinence and Greek data
Ηλίας Λιάπης, Άγγελος Λιάπης 14 - 19

Μηχανισμός εγκράτειας ούρων στις γυναίκες
Mechanism of urinary continence in women
Παναγιώτης Βάκας 20 - 24

Η αξία της ουροδυναμικής μελέτης στην αντιμετώπιση της ακράτειας των ούρων
The value of urodynamic studies in the management of urinary incontinence
Αθανάσιος Δούσκος, Ελένη Πιτσούνη, Θέμος Γρηγοριάδης, Σταύρος Αθανασίου 25 - 31

Υπερδραστήρια κύστη. Διάγνωση και θεραπεία
Overactive bladder. Diagnosis and treatment
Θεμιστοκλής Μίκος, Κωνσταντίνος Πανταζής 32 - 39

Συντηρητική αντιμετώπιση ακράτειας ούρων
Conservative treatment of urinary incontinence
Αγγελική Γαλάτα 40 - 45

Ακράτεια ούρων από προσπάθεια. Χειρουργικές θεραπευτικές επιλογές
Genuine stress incontinence. Surgical therapeutic options
Νικόλαος Τσάγκας, Άννα Παπανικολάου, Οδυσσέας Παπανικολάου 46 - 52

Κεκαλυμμένη Ακράτεια Ούρων
Occult urinary incontinence
Γεώργιος Λιάλιος 53 - 59

UPIGO meeting proceedings 2017 60 - 61

Ένωση Μαιευτήρων Γυναικολόγων. Επιστημονικό Συμπόσιο 16-17 Δεκεμβρίου 2017 62 - 69

Instructions to authors 70

innohep®

tinzaparin sodium

[illegible] Tinzaparin Sodium [illegible] [illegible]

[illegible]
[illegible]
[illegible]

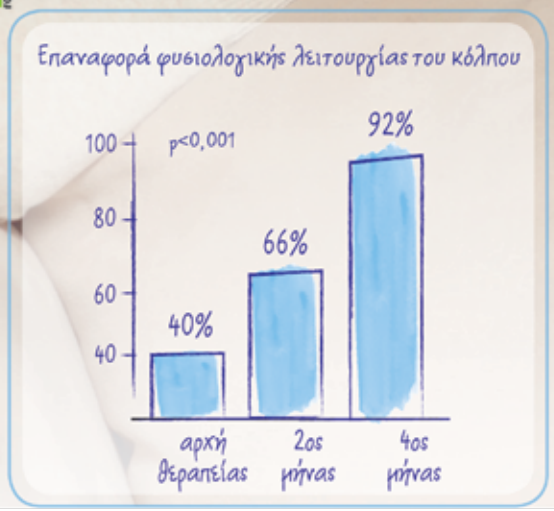
LEO®

VELTIFER
Iron polymaltose
Ο σίδηρος
που εξασφαλίζει
το αποτέλεσμα
DAFARM

REPLENS™MD

Η μη ορμονική επιλογή στην αντιμετώπιση της κολπικής ξηρότητας & ατροφίας[1,2,3,4]

Πατενταρισμένη σύνθεση με μοναδικές **βιοπροσκολλητικές ιδιότητες**



- Αυξάνει την κολπική υγρασία και την ποσότητα **των κολπικών εκκρίσεων**
- Επαναφέρει την **ελαστικότητα και συνοχή του επιθηλίου**

ΣΥΣΤΗΝΕΤΑΙ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΥΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΥΣ

Ιατροτεχνολογικό προϊόν • Medical Device Class IIA

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ: 1. "Management of menopausal symptoms". D. Grady MD,N.Engl. J. Med.,2006;355. 2. "Comparative study: Replens versus local estrogen" Fert.& Sterility, vol. 61 No 1 Jan. 1994. 3. "Replens versus Dienoestrol cream in the symptomatic treatment of vaginal atrophy" Maturitas.1996 Apr;23(3):259-63. 4. "Long term Nonhormonal treatment of vaginal dryness" G. Bachmann,MD. Clinical Practice in Sexuality /vol. 8 No. 8/9. 5. "Treating vaginal dryness in breast cancer patients" Morrie M. Gelfand, MD., Journal of women's health, vol. 5 No 6, 1994.

Στα φαρμακεία

ΓΝΩΡΙΣΤΕ ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΣΕΙΡΑ

ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

Vaginelle® CREAM

Καταπραΰνει από κνησμό & ερεθισμό της εξωτερικής γεννητικής περιοχής.

Vaginelle® WASH

Αφρός καθημερινής υγιεινής της εξωτερικής γεννητικής περιοχής.

ΚΟΛΠΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

RepHresh® GEL

Προλαμβάνει τις κολπίτιδες. Εξουδετερώνει τις κολπικές οσμές.

ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Pre-Seed® GEL

Ενισχύει τη φυσική γονιμότητα. Ιδανικό για κάθε ζευγάρι κατά τη διάρκεια τεκνοποίησης.

NEO! ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Cystanil™ D-Mannose

Ισχυρός σύμμαχος στην Αντιμετώπιση & Πρόληψη της Κυστίτιδας

Συμπλήρωμα διατροφής

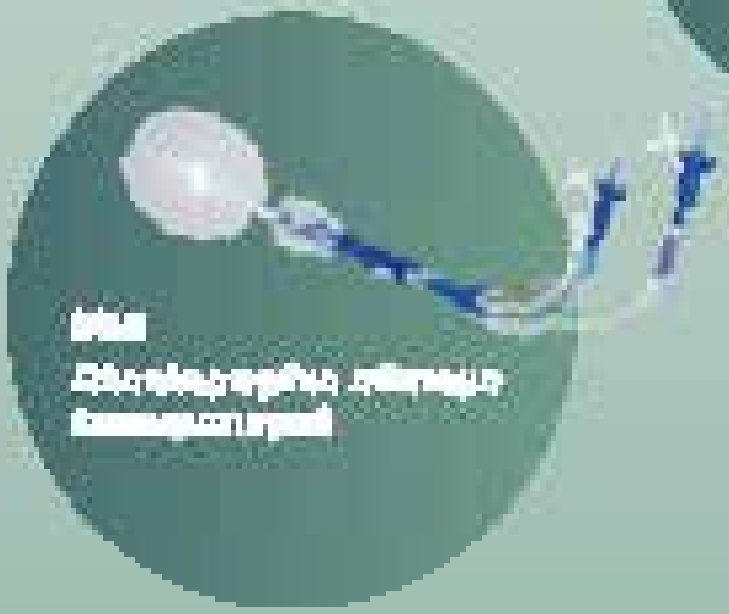
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

WELLCON PHARMACEUTICALS

www.wellcon.gr

Τηλ.: 210 7770918 • email: info@wellcon.gr

klinikum plus



Δίγκας Γ.
MEDICAL EQUIPMENT

...από το 1947

Welch Allyn GS 600
Φωτισμός Μικροεπεμβάσεων LED

Σε δύο εκδόσεις: Τροχήλατος, επιτοίχιος
Ένταση φωτισμού 45000lux στα 45cm
Εγγύηση καλής λειτουργιάς 5 χρόνια
Κατασκευάζεται στις Η.Π.Α.

από 1300€
1150€

Σύντομα με ΝΕΟ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ Λ. Κηφισίας 354

BOOM Plus DELUXE
Ηλεκτρική Γυναικολογική Έδρα

Απόλυτα εργονομικός σχεδιασμός , υποδοχή ρολού χαρτιού
Ηλεκτρική αυξομείωση ύψους, δυνατότητα επέκτασης ποδιών
Άκαυστη δερματίνη άριστης ποιότητας, υποπόδια και μπράτσα πολυουρεθάνης

από 3500€
2850€

γυναικολογικά αναλώσιμα
χειρουργικά εργαλεία
ιατρικός εξοπλισμός

Δίγκας Γ.
MEDICAL EQUIPMENT

www.digas.gr

τέρμα καραολή & δημητρίου, 57 001, θέρμη - θεσσαλονίκη, ταχ. θυρ: 601 54, θέρμη
τηλ: 2310 272 462, 2310 270 425 fax: 2310 267 516, e-mail: info@digas.gr

στις τιμές συμπεριλαμβάνεται ο Φ.Π.Α.

Pabal
carbetocin
Propess
dinoprostone
Για τις σημαντικότερες στιγμές της ζωής

FERRING
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ

ΕΤΗΣ ΠΕΝΤΕΝΙΣ ΕΡΩΤΟΚΡΙΤΙΚΗ ΜΑΝΩΡΙΩΝ

[illegible]

Βασικές Αρχές Ουρογυναικολογίας

Τα αποτελέσματα της μεγαλύτερης Παν-Ελλαδικής μελέτης, αντικείμενο της οποίας ήταν να διερευνήσει το πρόβλημα της «ακράτειας των ούρων» σε γυναίκες ηλικίας 20-80 ετών, έδειξαν ότι το 64% του γυναικείου πληθυσμού έχει ουρογυναικολογικό πρόβλημα και ειδικότερα το 27% πάσχει από κάποια μορφή ακράτειας ουρών με αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική, οικονομική, εργασιακή και καθημερινή ζωή της γυναίκας.

Editor - in - Chief
Dr. Λουκάς Κλέντζερης
MD (Ath)
CCST (UK)
Dr. Med (Sheffield)
FRCOG (London)

- Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Sheffield Αγγλίας
- Ακόλουθος Βρετανικού Βασιλικού Κολλεγίου Μαιευτήρων & Γυναικολόγων
- τ. Αν. Καθηγητής Μ & Γ Πανεπιστημίου Warwick - UK
- τ. Διευθυντής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Cardiff - UK

Το πρόβλημα της ακράτειας των ούρων στις γυναίκες είναι συχνό και μερικές φορές περίπλοκο. Τα περιεχόμενα αυτού του τεύχους έχουν σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να βοηθήσουν, σε επίπεδο διαγνωστικό και θεραπευτικό, τον συνάδελφο Μαιευτήρα-Γυναικολόγο να αντιμετωπίσει, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, γυναίκες που εμφανίζονται με ακράτεια ούρων.

Πότε χρειάζεται ουροδυναμική μελέτη; Τι σημαίνει συντηρητική αντιμετώπιση της ακράτειας των ούρων; Ποιά είναι η ενδεδειγμένη χειρουργική θεραπευτική επιλογή και πότε πρέπει να γίνεται; Τι είναι και πώς διαγιγνώσκεται η κεκαλυμμένη ακράτεια ούρων; Απαντήσεις σε όλα αυτά τα ερωτήματα και σε άλλα πολλά δίδοντα, σε αυτό το τεύχος, από επιστήμονες ειδικούς στον τομέα της ουρογυναικολογίας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συγγραφείς για την εξαιρετική συμμέτοχη τους και είμαι σίγουρος ότι και αυτό το τεύχος θα αποτελέσει ένα πολύτιμο βοήθημα για τον ειδικευόμενο και τον ειδικευμένο Μαιευτήρα-Γυναικολόγο.

Καλή Ανάγνωση!!

Επιδημιολογία της ακράτειας ούρων και Ελληνικά δεδομένα

[1]**Ηλίας Λιάπης**
[2]**Άγγελος Λιάπης**
[1]Hereford County Hospital Wye Valley Trust
[2]Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας, Ουρογυναικολόγος Πανεπιστημίου Αθηνών

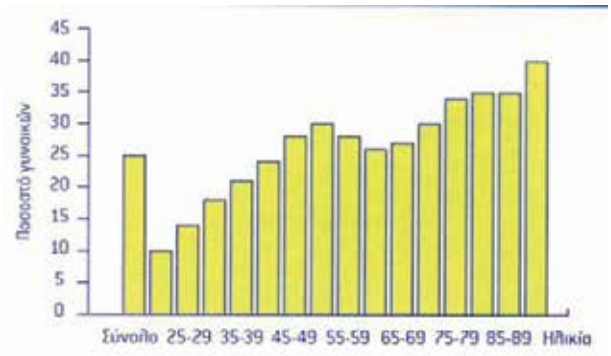
Περίληψη

Η ακράτεια των ούρων είναι ένα συχνό πρόβλημα το οποίο επηρεάζει οποιαδήποτε ηλικία. Επιδημιολογικές μελέτες προσπαθούν να αναδείξουν το πρόβλημα αλλά προσκρούουν στην απροθυμία των γυναικών να παραδεχτούν και να δηλώσουν το πρόβλημα και έτσι η αληθής έκταση του προβλήματος δεν είναι ακριβώς γνωστή. Κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες αποκάλυψαν έναν αριθμό μεταβλητών οι οποίες σχετίζονται με ακράτεια ούρων περιλαμβάνοντας αρκετούς πιθανούς παράγοντες. Οι παράγοντες κινδύνου μπορεί να είναι προδιαθεσικοί ((φυλή, οικογενειακή προδιάθεση, ανατομικές ανωμαλίες, νευρολογικές διαταραχές) ή σχετιζόμενοι με μαιευτικά ή γυναικολογικά συμβάντα (εγκυμοσύνη, τοκετός, πολυτοκία). Επίσης υπάρχουν παράγοντες που προάγουν την ακράτεια ούρων (περιβαλλοντικοί) και οι οποίοι μπορούν να συγκαλύψουν ορισμένες οριακές καταστάσεις ή να χειροτερέψουν υπάρχουσα ακράτεια. Η ακράτεια ούρων στην Ελλάδα σύμφωνα με την μελέτη E.UR.I.G. του 2007 που περιελάμβανε 2000 γυναίκες σε ηλικιακό φάσμα 20-80 ετών από όλη τη χώρα έδειξε ότι το 64% του γυναικείου πληθυσμού έχει κάποιο ουρογυναικολογικό πρόβλημα και ειδικότερα το 27% εκδήλωσε κάποιο τύπο ακράτειας ούρων με επιδράσεις στην κοινωνική, οικονομική, την επίδοση στην εργασία, την σεξουαλική ζωή και την ποιότητα ζωής της γυναίκας.

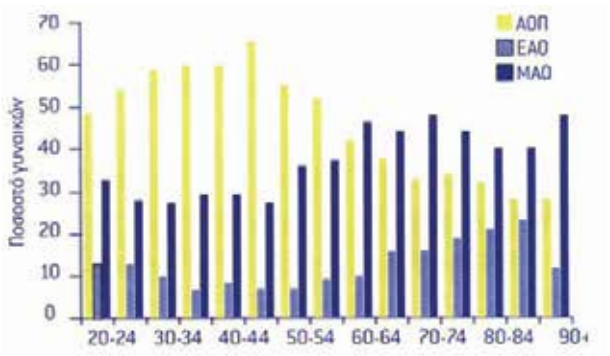
ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Ακράτεια ούρων, επιδημιολογία, ελληνικά δεδομένα, παράγοντες κινδύνου

Η ακράτεια των ούρων είναι ένα κοινό σύμπτωμα το οποίο επηρεάζει όλες τις ηλικίες. Ένα ευρύ φάσμα υπάρχει, όσον αφορά τη σοβαρότητα και τη φύση των συμπτωμάτων. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν προσπαθήσει να προσδιορίσουν το μέγεθος του προβλήματος της ακράτειας των ούρων στο γενικό πληθυσμό και να απομονώσουν τους ειδικούς επικίνδυνους παράγοντες που ευθύνονται για την

Corresponding author
Άγγελος Λιάπης, e - mail: liapisaggelos@gmail.com



Εικόνα 1: *Ο επιπολασμός της ΑΟ στο γυναικείο πληθυσμό ανάλογα με την ηλικία, ιδία ΑΟ:Ακράτεια Ούρων (Λιάπης Α. Ουρογυναικολογία και Διαταραχές πυελικού εδάφους 2013)*



Εικόνα 2. *Επιπολασμός των τριών συνηθέστερων τύπων ΑΟ ανάλογα με την ηλικία, ιδία*
ΑΟΠ: Ακράτεια Ούρων από Προσπάθεια ΕΑΟ: Επιτακτική Ακράτεια Ούρων
ΜΑΟ: Μεικτή Ακράτεια Ούρων (Λιάπης Α. Ουρογυναικολογία και Διαταραχές πυελικού εδάφους 2013)

εμφάνισή της. Ατυχώς, οι μελέτες είναι συχνά περιορισμένες λόγω απροθυμίας των γυναικών να παραδεχθούν και να δηλώσουν την ακράτεια και συνεπώς η αληθής έκταση του καταπιεστικού αυτού προβλήματος δεν είναι ακριβώς γνωστή[1].

Αν και η ακράτεια θεωρείται συχνά σαν μια φυσιολογική συνέπεια της ηλικίας και του τοκετού, πολλοί άλλοι παράγοντες προδιαθέτουν στην εμφάνιση της.

Το φύλο, η φυλή, η εμμηνόπαυση, το κάπνισμα, η δυσκοιλιότητα, η παχυσαρκία και οι γυναικολογικές επεμβάσεις έχουν μελετηθεί ως δυνητικοί παράγοντες κινδύνου. Ο συνδυασμός της χαλάρωσης του πυελικού εδάφους και της ακράτειας ούρων έχει επίσης καταγραφεί, σαν αποτέλεσμα της διαφορετικής σύνθεσης του συνδετικού ιστού μεταξύ γυναικών με ή χωρίς απώλεια ούρων[2].

Οι διάφορες μελέτες που έχουν διεξαχθεί για την αξιολόγηση του επιπολασμού της ακράτειας ούρων, διέφεραν ως προς τους ορισμούς της ακράτειας των ούρων, τους τύπους ακράτειας ούρων, τον πληθυσμό που μελετούσαν, καθώς και ως προς το σχεδιασμό της μελέτης και τις μεθόδους αξιολόγησης και συλλογής των δεδομένων. Έτσι, τα ποσοστά επιπολασμού που έχουν αναφερθεί ποικίλλουν ευρέως και, σύμφωνα με τις μελέτες, κυμαίνονται από 11% έως 72%[3].

Ο επιπολασμός της ακράτειας των ούρων στο γυναικείο πληθυσμό παρουσιάζει αύξηση με την πάροδο της ηλικίας, με πρώιμη αιχμή στη μέση ηλικία και σταθερή αύξηση μετά την ηλικία των 70 ετών[4].

Ο συνηθέστερος τύπος ακράτειας ούρων σύμφωνα με τις διάφορες μελέτες είναι η ακράτεια ούρων από προσπάθεια, κυμαινόμενη από 27% έως 55%, με υψηλότερη επίπτωση στις γυναίκες ηλικίας 25 έως 50 ετών και παρουσιάζοντας σχετική ελάττωση με την πάροδο της ηλικίας, ενώ οι μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες παρουσιάζουν πιο συχνά μεικτό τύπο ακράτειας ούρων, κάτι που οφείλεται κυρίως στην αύξηση των συμπτωμάτων της επιτακτικής ούρησης με την πάροδο της ηλικίας[4].

Η ακράτεια ούρων φαίνεται να είναι χαμηλότερη στη μαύρη φυλή, σε ισπανικής και ασιατικής καταγωγής γυναίκες, σε σύγκριση με τις γυναίκες λευκής φυλής.

Η συχνότητα εμφάνισης της ακράτειας ούρων στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες είναι 2.5-3.1, και τούτο λόγω της διαφορετικής ανατομικής κατασκευής του πυελικού εδάφους[5].

Κύριοι παράγοντες κινδύνου συνδυαζόμενοι με ακράτεια ούρων

Επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες αποκάλυψαν έναν αριθμό επικίνδυνων παραγόντων οι οποίοι σχετίζονται με ακράτεια ούρων.

Επικίνδυνοι παράγοντες όπως κάπνισμα, εμμηνόπαυση, περιορισμένη κινητικότητα, χρόνιος βήχας, χρόνια δυσκοιλιότητα και χειρουργικές

επεμβάσεις της ουρογεννητικής χώρας δεν έχουν μελετηθεί όπως η ηλικία, ο τόκος, η παχυσαρκία, συμπτώματα του ουροποιητικού και δυσλειτουργία του κατώτερου ουροποιητικού. Αυτό συντελεί στην πληροφορία της περιορισμένης κλινικής εφαρμογής και περιορίζει το επίπεδο του συμπεράσματος όσον αφορά την αιτιολογία[6].

Οι παράγοντες κινδύνου μπορούν να ταξινομηθούν ως ακολούθως:

- προδιαθεσικοί
- μαιευτικοί και γυναικολογικοί (εγκυμοσύνη, τοκετός, πολυτοκία)
- παράγοντες που προάγουν την ακράτεια ούρων (περιβαλλοντικοί) και οι οποίοι μπορούν να συγκαλύπτουν ορισμένες οριακές καταστάσεις ή να χειροτερεύσουν υπάρχουσα ακράτεια.

Προδιαθεσικοί παράγοντες

1. Φυλή

2. Οικογενειακή προδιάθεση

3. Ανατομικές ανωμαλίες

4. Νευρολογικές ανωμαλίες

α. εγκέφαλος (αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, νόσος του Parkinson,εγκεφαλικά νεοπλάσματα, αμνησία, πολλαπλή συστηματική ατροφία)

β. Βλάβες νωτιαίου μυελού (σκλήρυνση κατά πλάκας, βλάβη μεσοσπονδυλίων δίσκων, αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, Guillian-Barre σύνδρομο, εγκάρσια μυελίτιδα, έρπης ζωστήρας, πολιομυελίτιδα)

γ. Βλάβες περιφερικού νευρικού συστήματος (βλάβη πυελικού πλέγματος, κοιλιοπερινεϊκή επέμβαση, υστερεκτομία, διαβητική νευροπάθεια)[7] .

Μαιευτικοί και γυναικολογικοί παράγοντες

1. Εγκυμοσύνη, τοκετός, τόκος

Η ακράτεια ούρων στις γυναίκες συχνά θεωρείται αποδιδόμενη στις επιδράσεις της κύησης, του τοκετού και την πολυτοκία.

α. Εγκυμοσύνη

Η ακράτεια ούρων είναι κοινό σύμπτωμα μεταξύ εγκύων γυναικών (συχνότητα κυμαινομένη μεταξύ 8% και 85%). Υπάρχει μαρτυρία ότι γυναίκες οι οποίες έχουν ακράτεια κατά τη διάρκεια της κύησης μπορεί να είναι υποψήφιες να αναπτύξουν ακράτεια ούρων αργότερα στη ζωή τους. Παραμένει όμως ερωτηματικό εάν η ίδια η εγκυμοσύνη ή ο τοκετός συντελούν στην εμφάνιση της ακράτειας των ούρων[8].

β. Τοκετός

Υπάρχει μεγάλη μαρτυρία (αποδεικτικά στοιχεία) ότι ο κολπικός τοκετός μπορεί να προδιαθέσει τη γυναίκα σε ακράτεια ούρων λόγω βλάβης των δομών του πυελικού εδάφους περισσότερο, παρά η καισαρική τομή, και λόγω, επίσης, της διαταραχής της απονεύρωσης του σφιγκτηριακού μηχανισμού της ουρήθρας.

Περινεοτομία και τοκετός με αναρροφητική ή μεταλλική εμβρυουλκία, μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο, το βάρος του νεογνού μεγαλύτερο από 4kg μπορεί να προδιαθέσει σε μέτρια απώλεια ούρων, ενώ κυστεοκολπικό συρρίγιο είναι δυνατόν να εμφανισθεί λόγω μαιευτικού τραύματος[9].

γ. Πολυτοκία

Πολλές μελέτες υποστηρίζουν τη σχέση μεταξύ ακράτειας ούρων και πολυτοκίας. Η ακράτεια είναι περισσότερο κοινή στις γυναίκες με τέσσερις ή περισσότερους τοκετούς. Η σχέση μεταξύ πολυτοκίας και ακράτειας ούρων από προσπάθεια εμφανίζεται να ελαττώνεται και ακόμη να εξαφανίζεται με την ηλικία[9].

2. Παρενέργειες των πυελικών επεμβάσεων και ακτινοθεραπεία

Η χειρουργική του πυελικού εδάφους (υστερεκτομία, ριζική υστερεκτομία, χειρουργική του ορθού και κολπικές επεμβάσεις) παραμένει σε αμφισβήτηση εάν αυξάνει τον κίνδυνο της εμφάνισης της ακράτειας των ούρων.

Η ακτινοθεραπεία επίσης λόγω της βλάβης των νεύρων και των μυών μπορεί να οδηγήσει σε ακράτεια ούρων, χωρίς να υπάρχει όμως ευθεία συσχέτιση[10].

3. Χαλάρωση του πυελικού εδάφους και πρόσθια κολπορραφία

Αρκετές ανωμαλίες του πυελικού εδάφους μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ακράτειας ούρων. Χαλάρωση του κόλπου λόγω απώλειας ή

αδυναμίας στήριξης του προσθίου (κυστεοκήλη) ή οπισθίου (ορθοκήλη) κολπικού τοιχώματος έχει σαν αποτέλεσμα την υπερκινητικότητα του αυχένα της κύστης με ακράτεια ούρων από προσπάθεια.

Χαλάρωση των οργάνων του πυελικού εδάφους και ακράτεια ούρων είναι κοινές καταστάσεις. Το 60% των γυναικών με χαλάρωση εμφανίζουν ακράτεια ούρων και ως εκ τούτου δεν αποτελεί έκπληξη να βρεθούν και τα δύο σε μερικές γυναίκες και να είναι η αιτία για δυσκολίες στην αποβολή των ούρων.

Η χαλάρωση μπορεί μερικές φορές να καλύψει την ακράτεια. Η ακράτεια μπορεί να αποκαλυφθεί μετά την ανάταξη με πεσσό ή χειρουργική θεραπεία της χαλάρωσης.

Το 30% των γυναικών είτε με μικρή είτε με μεγάλη κυστεοκήλη έχει υπερδαστήριο εξωστήρα μυ της κύστης σε ουροδυναμική μελέτη και σε μεγαλύτερο ποσοστό έχουν συμπτώματα επείγουσας ακράτειας ούρων[11].

Παράγοντες που ενισχύουν την εμφάνιση ακράτειας

1. Ηλικία

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι η ακράτεια των ούρων σχετίζεται με την ηλικία. Με τη γήρανση, αλλαγές στην κύστη (ελάττωση της χωρητικότητας) και των δομών του πυελικού εδάφους συμβαίνουν και μπορούν να οδηγήσουν σε ακράτεια ούρων. Επιπλέον, αρκετές καταστάσεις συνδυάζονται με τη μεγάλη ηλικία, όπως άνοια, σακχαρώδης διαβήτης, τα οποία είναι γνωστά πως παίζουν ένα ρόλο στη χειροτέρευση της ακράτειας των ούρων[9].

2. Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία αποτελεί αποδεδειγμένα παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη ακράτειας ούρων και ιδιαίτερα ακράτειας ούρων από προσπάθεια. Το πρόσθετο βάρος στους παχύσαρκους ασθενείς αυξάνει την κοιλιακή και ενδοκυστική πίεση και επηρεάζει αρνητικά τους πυελικούς ιστούς, προκαλώντας πίεση, διάταση και εξασθένηση των μυών, των νεύρων και του συνδετικού ιστού του πυελικού εδάφους[12].

3. Δυσκοιλιότητα

Η σοβαρού βαθμού δυσκοιλιότητα μπορεί να επηρεάσει το μηχανισμό εγκράτειας με διάφορους τρόπους. Τα κόπρανα στο ορθό μπορούν να δημιουργήσουν ένα φυσικό εμπόδιο, με αποτέλεσμα κατακράτηση ούρων και ακράτεια από υπερπλήρωση. Επιπλέον, η ενσφήνωση των κοπράνων διατείνει το πυελικό έδαφος, αναστέλλοντας τις συσπάσεις του και προκαλώντας κατ' αυτόν τον τρόπο ακράτεια ούρων από προσπάθεια. Επίσης, η χρόνια δυσκοιλιότητα μπορεί να προκαλέσει με τις παρατεταμένες προσπάθειες βλάβη του αιδοικού νεύρου και να οδηγήσει τελικά σε νευροπάθεια και δυσλειτουργία προκαλώντας έτσι ακράτεια ούρων[12].

4 . Νόσος των πνευμόνων και κάπνισμα

Οι νόσοι ή καταστάσεις που αυξάνουν με μη αναστρέψιμο τρόπο την κοιλιακή πίεση, όπως η χρόνια βρογχίτιδα ή το εμφύσημα, μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης ακράτειας ούρων. Μπορεί ο μηχανισμός που διέπει τη σχέση αυτή να μη είναι ακόμη γνωστός, έχει δειχθεί ωστόσο, ότι ο βήχας στους καπνιστές αυξάνει περισσότερο την πίεση της ουροδόχου κύστης[6].

5. Επαγγελματικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες

Είναι προφανές ότι οι επαγγελματικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες που προκαλούν αύξηση της κοιλιακής πίεσης θα οδηγήσουν σε ακράτεια ούρων. Παρ' όλα αυτά, δεν έχει διευκρινισθεί βάσει μελετών κατά πόσο αυτό συμβαίνει πραγματικά και οι ενδείξεις είναι περιορισμένες, οπότε όταν δεν πραγματοποιείται άσκηση, ο κίνδυνος και η σοβαρότητα της ακράτειας ούρων είναι ασήμαντος έως και μηδενικός[6].

6. Ουρολοίμωξη

Η φλεγμονή της ουροποιητικής χώρας έχει από μακρόν θεωρηθεί να είναι παροδική αιτία ακράτειας ούρων και ιδιαίτερα για ακράτεια από προσπάθεια και επιτακτικού τύπου ακράτεια σε 25% περίπου των ασθενών. Εν τούτοις, η επίδραση της ουρολοίμωξης επί της ακράτειας των ούρων από προσπάθεια στη μετέπειτα ζωή παραμένει ακόμη αδιευκρίνιστη[13].

7. Εμμηνόπαυση

Οι ατροφικές αλλαγές οι οποίες συμβαίνουν κατά

τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης αυξάνουν την ευαισθησία σε ουρολοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος και μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα πλήρωσης, δυσουρίας, ξηρότητα του κόλπου και δυσπαρευνία. Δεν διαθέτουμε σαφή αποδεικτικά στοιχεία ότι η εμμηνόπαυση αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη ακράτειας ούρων, καθώς η επίδραση της είναι δύσκολο να διαχωρισθεί από την επίδραση της ηλικίας. Κατά παρόμοιο τρόπο, ικανή χορήγηση οιστρογόνων για τη θεραπεία της ακράτειας ούρων παραμένει αμφιλεγόμενη[13].

8. Φαρμακευτικές αγωγές

Πολλά από τα χρησιμοποιούμενα φάρμακα προκαλούν ορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες που είναι σε θέση να επηρεάσουν άμεσα ή έμμεσα το μηχανισμό εγκράτειας, τα διουρητικά π.χ. μπορεί να προκαλέσουν νυκτουρία ή να επιφέρουν ακράτεια ούρων όταν οι ασθενείς έχουν αστάθεια του εξωστήρα.

Επιδημιολογικά δεδομένα ακράτειας ούρων στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τη μελέτη E.U.R.I.G του 2007, που περιελάμβανε 2000 γυναίκες από το ηλικιακό φάσμα 20 - 80 ετών, και από όλη τη χώρα, προέκυψαν σημαντικά στοιχεία. Το 64% του υπό μελέτη πληθυσμού παρουσίασε κάποιου είδους ουρογυναικολογικό πρόβλημα. Ειδικότερα το 27% (531 γυναίκες) εκδήλωσε κάποιο τύπο ακράτειας, και συγκεκριμένα:

1. επείγουσα ακράτεια το 23% του υπό μελέτη πληθυσμού και 88% μεταξύ γυναικών με ακράτεια

2. ακράτεια από προσπάθεια το 15% του υπό μελέτη πληθυσμού και 56% μεταξύ γυναικών με ακράτεια

3. απώλεια ούρων χωρίς αιτία ή αίσθηση απώλειας 5% του υπό μελέτη πληθυσμού και 19% μεταξύ γυναικών με ακράτεια

4. απώλεια ούρων κατά τη διάρκεια του ύπνου 2% του υπό μελέτη πληθυσμού και 8% μεταξύ γυναικών με ακράτεια

Η επίπτωση της ακράτειας αυξάνεται στις γυναίκες μετά τα 60 έτη και ιδιαίτερα σε περιπτώσεις με αυξημένο δείκτη μάζας σώματος και πολυτοκία. Σε επίπεδο θεραπείας, 2 στις 3 γυναίκες με ακράτεια δεν υποβάλλονταν σε συγκεκριμένη αγωγή, και το ίδιο ποσοστό γυναικών με ακράτεια δεν αποκαλύπτει το πρόβλημα που αντιμετωπίζει, καθώς η ακράτεια ούρων παραμένει ακόμα ταμπού. Μία στις 3 γυναίκες χρησιμοποιούν πάνες. Μόνο το 2% υποβλήθηκε σε χειρουργική αντιμετώπιση του προβλήματος της ακράτειας ούρων. Η πλειοψηφία των γυναικών δεν είχαν ενημερωθεί ποτέ για τους τρόπους αντιμετώπισης των συμπτωμάτων τους, ούτε για χειρουργικές παρεμβάσεις, και γενικότερα δεν είχαν συμβουλευτεί το γιατρό τους για την ακράτεια. Σύμφωνα με την έρευνά μας (EURIG Study), το ετήσιο κόστος της ακράτειας ούρων στην Ελλάδα ανέρχεται στο ποσό των 129 εκατ. €, στο οποίο συμπεριλαμβάνονται τα έξοδα της συντηρητικής αγωγής (χρήση πανών, φαρμάκων, επισκέψεις σε ιατρούς, οικιακοί βοηθοί κλπ.) και της χειρουργικής αντιμετώπισης. Τα ουρογυναικολογικά προβλήματα αφορούν σημαντικό κομμάτι του πληθυσμού των Ελληνίδων με σημαντικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής της γυναίκας και στην απόδοση στην εργασία[14]. Θ

Take home messages

- Η ακράτεια των ούρων είναι ένα κοινό σύμπτωμα το οποίο επηρεάζει όλες τις ηλικίες.
- Η αληθής έκταση του προβλήματος δεν είναι ακριβώς γνωστή στο γενικό πληθυσμό και γι'αυτό το πρόβλημα υποεκτιμάται.
- Η ακράτεια ούρων είναι πολυπαραγοντικής αιτιολογίας.
- Οι συνηθέστεροι παράγοντες κινδύνου είναι: προδιαθεσικοί, μαιευτικοί- γυναικολογικοί και παράγοντες που προάγουν την ακράτεια ούρων.
- Η γυναικεία ακράτεια ούρων στην Ελλάδα σύμφωνα με την μελέτη E.UR.I.G. ανέρχεται σε 27% του γυναικείου πληθυσμού.

Epidemiology of urinary incontinence and Greek data

Synopsis

Female urinary incontinence is a relatively common problem that can affect a woman's life at any age. The epidemiological studies probably reflect only part of the problem and this is due to the unwillingness of the women to accept and declare the symptom of the incontinence.The true incidence of the problem therefore is underestimated. Clinical and epidemiological studies have discovered a number of diverse variables involved with urinary incontinence. The risk factors are classified as: 1. predisposing (the race, family predisposal anatomical anomalies and neurological disorders), 2. related to obstetrical and gynecological events (pregnancy, delivery, multiparity) and 3. factors that promote incontinence (environmental)or factors that can hide or worsen incontinence under specific circumstances. According to EURIG study of 2007 that included 2000 patients, between 20-80 years old, from all over Greece, about 64% of patients had a urogynecological problem. Also 27% of the women studied had some type of urinary incontinence which affected their sexual life and their efficiency at work..

KEYWORDS: Urinary incontinence, epidemiology, risk factors, Greek data

References

1. Komesu YM, Epid Schrader RM, Ketai LH, Rogers RG, Dunivan GC. Epidimiology of mixed, stress, and urgency urinary incontince in middle-aged/older women: the importamce of incontinence history Int Urogynecol J. 2016; 27 (5): 763 - 72.
2. Reynolds WS , Dmochowski RR, Penson DF. Epidemiology of stress urinary incontinence in women. Curr Urol Rep. 2011; 12(5): 370 - 6.
3. Ian Milson Epidemiology: Europe p.31 in Textbook of Female Urology and Urogynaecology eds Linda Cardozo and David Staskin 2006.
4. Λιάπης Αγγελος : Επιδημιολογία κεφ.7 σελ.58 Ουρογυναικολογία και Διαταραχές του πυελικού εδάφους. Ιατρικές εκδ. Κωνσταντάρας 2013.
5. Viktram Khullar,Lesley K Carr. History and examination p.185 in Textbook of Female Urology and Urogynaecology eds Linda Cardozo and David Staskin 2006.
6. Bump R. Cigarette smoking and pure genuine stress incontinence of urine: a comprarison of risk factors and determinants between smokers and nonsmokers, Am J Obstet Gynecol. 1994; Feb; 170(2): 579 - 82.
7. Palma P, Damdors M. Epidemiology: South America p.23 in Textbook of Female Urology and Urogynaecology eds Linda Cardozo and David Staskin 2006.
8. Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology and treatment Int Urogynecol J. 2013; 24(6): 901 - 12.
9. Milson IEP, Molander U. The influence of age , parity,oral contraception , hysterectomy and the menopause on the prevalence of urinary incontinence in women, J UROL.1993; Jun; 149(6): 1459 - 62.
10. Stanton SL, Zimmern P. Female Pelvic Reconstructive Surgery. Springer Science & Business Media; 2012.
11. Chr.Saigal, Mark S. Litwin in ch 3 p.45. Epidemiology of female Urinary Incontinence in Female Urology, Urogynecology and voiding Dysfunction edited by Vasavada S, Appel R. et al 2005.
12. Osborn DJ Strain M, Gomelsky A, Rothschild J, Dmochowski R. Obesity and female stress urinary incontinence. Urology 2013; 82(4): 759 - 63.
13. Trutnovsky G.Rojas RG, Mann KP, Dietz HP .Urinary incontinence:the role of menopause. Menopause 2014; 21(4): 399 - 402.
14. Liapis A, Bakas P, Liapi S, Sioutis D, Creatsas G. Epidemiology of female urinary incontinence in the Greek population: EURIG study. Int Urogynecol J. 2010; 21(2): 217 - 22.

Μηχανισμός εγκράτειας ούρων στις γυναίκες

Παναγιώτης Βάκας
Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής & Γυναικολογίας ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Νοσοκομείο

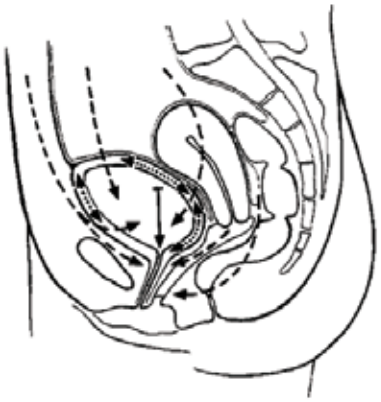
Περίληψη

Η εγκράτεια των ούρων διασφαλίζεται όταν η ενδοκυστική πίεση δεν ξεπερνά την μέγιστη ουρηθρική πίεση σύγκλεισης. Με τη συμμετοχή των μυών, συνδέσμων και νευρικών δομών του πυελικού εδάφους διαμορφώνεται ένας δυναμικός υποστηρικτικός μηχανισμός που εξυπηρετεί την αποθήκευση και κένωση των ούρων και κοπράνων και την φυσιολογική σεξουαλική λειτουργία.
Η επίτευξη εγκράτειας των ούρων στις γυναίκες είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο ενώ ο μηχανισμός δεν είναι πλήρως γνωστός. Στον μηχανισμό της εγκράτειας των ούρων συμβάλλουν οι ακόλουθοι κύριοι παράγοντες: Α. Η συμμορφωσιμότητα της ουροδόχου κύστης, Β. Η επαρκής λειτουργία του σφιγκτήρα της ουρήθρας, Γ. Η επαρκής υποστήριξη της ουρήθρας από το πυελικό έδαφος, Δ. Η υδατοστεγής σύγκλιση του βλεννογόνου της ουρήθρας.
Μελέτες πίεσης της ουρήθρας έχουν δείξει ότι περίπου το 1/3 της μέγιστης ουρηθρικής πίεσης σύγκλεισης στης ηρεμία αποδίδεται στο γραμμωτό σφικτήρα της ουρήθρας, το 1/3 στο λείο μυ της ουρήθρας και το υπόλοιπο 1/3 στο αγγειακό δίκτυο της ουρήθρας. Αυξανομένης της ηλικίας παρατηρούνται μορφολογικές και λειτουργικές αλλαγές στην ουρήθρα που μπορεί να προδιαθέτουν στην ανάπτυξη ακράτειας ούρων από προσπάθεια στην γυναίκα.

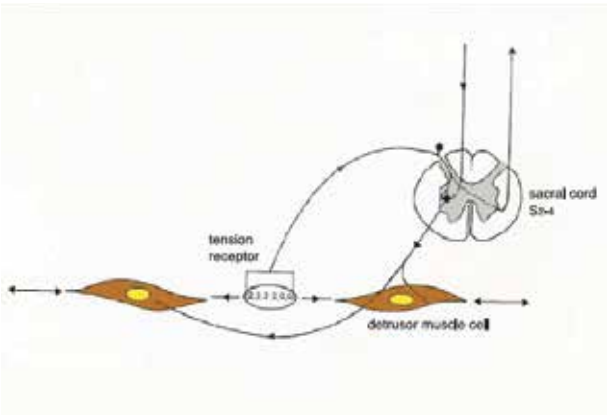
ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Εγκράτεια ούρων μηχανισμός, ακράτεια ούρων μηχανισμός

Ακράτεια ούρων από προσπάθεια είναι το σύμπτωμα της ακούσιας απώλειας ούρων κατά την προσπάθεια, την άσκηση, τον πταρμό ή το βήχα[1]. Η εγκράτεια των ούρων διασφαλίζεται όταν η ενδοκυστική πίεση δεν ξεπερνά την μέγιστη ουρηθρική πίεση σύγκλεισης (Maximum urethral closure pressure-MUCP)[2]. Η ακράτεια των ούρων από προσπάθεια ταξινομείται με βάση την ταξινόμηση κατά McGuire[3] σε τύπου 1 και 2 που οφείλονται σε υπερκινητικότητα της ουρήθρας και σε τύπου 3 που οφείλεται σε βλάβη του ενδογενούς σφικτηριακού μηχανισμού της

Corresponding author
Παναγιώτης Βάκας, E - mail: p_bakas@yahoo.com



Εικόνα 1: *Παράγοντες που επηρεάζουν την ενδοκυστική πίεση. Μεταφορά ενδοκοιλιακής πίεσης στην ουρήθρα και στην κύστη σε συνθήκες καλής στήριξης της ουρήθρας*[13]



Εικόνα 2. *Το βασικό σπλαχνικό αντανακλαστικό τόξο που σχετίζεται με την σύσπαση του εξωστήρα*[13]

ουρήθρας. Όμως, έχει υποστηριχθεί πρόσφατα ότι υπάρχει ένα εύρος χαρακτηριστικών της ουρήθρας σε γυναίκες με ακράτεια ούρων από προσπάθεια και η ταξινόμηση σε κατηγορίες ίσως είναι αυθαίρετη και χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για την εξαγωγή συμπερασμάτων[2].

Με τη συμμετοχή των μυών, συνδέσμων και νευρικών δομών του πυελικού εδάφους διαμορφώνεται ένας δυναμικός υποστηρικτικός μηχανισμός που εξυπηρετεί την αποθήκευση και κένωση των ούρων και κοπράνων και την φυσιολογική σεξουαλική λειτουργία. Η ακράτεια ούρων από προσπάθεια και η χαλάρωση του πυελικού εδάφους ξεκινούν ως διαταραχή της αρχιτεκτονικής του πυελικού εδάφους σε κυτταρικό ή μακροσκοπικό επίπεδο και η οποία καταλήγει σε ανεπαρκή μηχανική υποστήριξη των δομών του πυελικού εδάφους. Η φυσιολογική λειτουργία του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος εξαρτάται από την ισορροπία μεταξύ των δυνάμεων που ενισχύουν της αντίσταση της ουρήθρας και των δυνάμεων που διευκολύνουν την αποβολή των ούρων[4].

Η μηχανική υποστήριξη του κόλπου έχει προταθεί ότι βασίζεται σε τρείς μηχανισμούς: α. το κλείσιμο του κόλπου κατά την είσοδο του (σύσπαση πυελικού εδάφους), β. την κάθετη ανάρτηση του κόλπου από τους ιερο-μητρικούς συνδέσμους και γ. και από ''τον μηχανισμό βαλβίδας μιας κατεύθυνσης'' που δημιουργείται από την σχεδόν οριζόντια θέση του κόλπου στο πυελικό έδαφος.

Η λειτουργία της ουροδόχου κύστεως ως δεξαμενή

Η διατήρηση χαμηλής ενδοκυστικής πίεσης εξαρτάται από την υδροστατική πίεση που δρα στον αυχένα της ουροδόχου κύστεως, την μεταφορά των ενδοκοιλιακών πιέσεων στην ουρήθρα και την πίεση του τοιχώματος της ουροδόχου κύστεως. **Εικόνα 1**. Εάν η υποστήριξη της ουρήθρας είναι επαρκής τότε η υδροστατική πίεση δεν είναι σημαντική. Εάν, όμως η υποστήριξη της ουρήθρας είναι ανεπαρκής τότε οι παράγοντες αυτοί είναι σημαντικοί και κυρίως σε συνθήκες αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσης (π.χ βήχας).

Η τάση του τοιχώματος της κύστεως είναι μερικώς παθητικό φαινόμενο και εξαρτάται από την διατασιμότητα ή τις ελαστικές ιδιότητες του τοιχώματος της κύστεως και μερικώς ενεργητικό φαινόμενο και εξαρτάται από την σύσπαση του εξωστήρα μύ της κύστεως και την νεύρωση του. Η νεύρωση της κύστεως εξαρτάται από το ιερο-νωτιαίο αντανακλαστικό το οποίο βρίσκεται υπό έλεγχο ανώτερων κέντρων. Το βασικό αντανακλαστικό τόξο θεωρείται ως αγκύλη που εκτείνεται από τους αισθητικούς υποδοχείς εντός του τοιχώματος της ουροδόχου κύστεως στο πυελικό πλέγμα και μέσω προσαγωγών σπλαχνικών ινών κινείται προς τον νωτιαίο μυελό μέσω των πυελικών σπλαχνικών νεύρων. Εισέρχεται στο νωτιαίο μυελό στο επίπεδο του 2ου - 4ου ιερού νευροτομίου (S2-S4) δημιουργώντας συνάψεις με κυτταρικά σώματα στην μεσο-πλάγια γκρίζα περιοχή στο ίδιο νευροτόμιο του νωτιαίου μυελού και

μέσω ινών των πυελικών σπλαχνικών νεύρων φθάνει στις λείες μυικές ίνες του εξωστήρα μύ της κύστεως. **Εικόνα 2**. Ανώτερα κέντρα ελέγχου του βασικού νωτιαίου αντανακλαστικού βρίσκονται στον δικτυωτό σχηματισμό της γέφυρας του εγκεφάλου και έχουν κατά κανόνα ανασταλτικό ρόλο στην σύσπαση του εξωστήρα, διατηρώντας έτσι χαμηλές ενδοκυστικές πιέσεις κατά την φάση πλήρωσης της ουροδόχου κύστεως.

Μηχανισμοί σύγκλεισης της ουρήθρας

Σύμφωνα με τα παραπάνω ο μηχανισμός με τον οποίο επιτυγχάνεται η εγκράτεια των ούρων δεν είναι πλήρως γνωστός.

Οι κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στην εγκράτεια των ούρων είναι οι ακόλουθοι:

- Η συμμορφωσιμότητα της ουροδόχου κύστης.
- Η επαρκής λειτουργία του σφιγκτήρα της ουρήθρας
- Η επαρκής υποστήριξη της ουρήθρας από το πυελικό έδαφος και η ικανοποιητική μεταφορά της ενδοκοιλιακής πίεσης στην ουρήθρα
- Η υδατοστεγής σύγκλιση του βλεννογόνου της ουρήθρας

1. Συμμορφωσιμότητα της κύστης

Η συμμορφωσιμότητα της κύστης αναφέρεται στην ικανότητα της να αποθηκεύει αυξημένους όγκους ούρων χωρίς αξιόλογη μεταβολή της ενδοκυστικής πίεσης. Περιγράφεται ως ο λόγος αλλαγής του όγκου της κύστης (ΔΟ) προς την αύξηση της πίεσης του εξωστήρα και εκφράζεται σε ml / cmH_2O.

Κατά τη διάρκεια πλήρωσης της κύστης, η πίεση παραμένει χαμηλή, έως ότου συμπληρωθεί η χωρητικότητα της. Η χαμηλή πίεση της κύστης κατά τη διάρκεια πλήρωσής της είναι ουσιώδης, επιτρέποντας στους νεφρούς την παροχέτευση ούρων και την εξασφάλιση εγκράτειας.

Η συμμορφωσιμότητα της κύστεως επιτυγχάνεται με την συμμετοχή διαφόρων παραγόντων όπως:

Α. Στην αναστολή των συστολών του εξωστήρα από τις ανασταλτικές νευρικές οδούς του νωτιαίου μυελού.

Β. Στην ανατομική ακεραιότητα και στη δυνατότητα των λείων μυών του εξωστήρα να διατείνονται. Το τοίχωμα της κύστης συνίσταται από δεσμίδες λείων μυϊκών ινών που περιβάλλονται από περιοχές κολλαγόνου και συνδετικού ιστού. Όταν η κύστη είναι άδεια, οι μυϊκές δεσμίδες στο τοίχωμα της κύστεως δεν παρουσιάζουν κάποιο ειδικό προσανατολισμό. Όταν η κύστη γεμίζει ο εξωστήρας μυς χαλαρώνει και επαναπροσανατολίζεται συμβάλλοντας έτσι στις ελαστικές ιδιότητες της κύστης, ενώ η απουσία ελαστικών ινών συνδετικού ιστού καταργεί το χαρακτήρα αυτό της κύστης. Διαταραχές αυτών των παραγόντων, όπως υπερδραστηριότητα του εξωστήρα, υπερτροφία των μυών της κύστης και αλλαγές στην ποιότητα και πυκνότητα του κολλαγόνου, μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τη συμμορφωσιμότητα της κύστης.

2. Επαρκής σφιγκτηριακός μηχανισμός

Το σύνηθες επίπεδο εγκράτειας στις γυναίκες είναι στο επίπεδο του αυχένα της κύστεως όπου παθητική ελαστική τάση είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που οδηγεί σε σύγκλειση του αυχένα της κύστεως[5,6]. Στη μεσότητα της ουρήθρας κατά την ηρεμία, η σύγκλειση της ουρήθρας επιτυγχάνεται κυρίως από τον ενδογενή γραμμωτό μυ του ραβδοσφικτήρα Η σύσπαση του σφιγκτήρα της ουρήθρας σε ηρεμία, κατά τη διάρκεια της φάσης πλήρωσης της κύστης, αυξάνει χιλιοστά του δευτερολέπτου πριν αυξηθεί η ενδοκοιλιακή πίεση, όπως π.χ κατά την διάρκεια του βήχα. Η σύσπαση αυτή κλείνει ενεργητικά την έξοδο της κύστης ενάντια στην ενδοκοιλιακή πίεση.

Όμως οι εξωγενείς γραμμωτοί μύες του ηβοκοκκυγικού και συμπιεστή της ουρήθρας μπορεί να είναι σημαντικοί σε συνθήκες αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσης. Αν και η παρουσία ανοιχτού αυχένα της κύστεως στην ηρεμία δεν μπορεί να διακρίνει μεταξύ γυναικών με ή χωρίς ακράτεια ούρων από προσπάθεια, μπορεί γυναίκες που δεν έχουν ακράτεια ούρων αλλά έχουν ανεπαρκή αυχένα να είναι σε κίνδυνο να αναπτύξουν ακράτεια ούρων αν ο περιφερικός μηχανισμός εγκράτειας αποτύχει[7]. Μελέτες πίεσης ουρήθρας (προφιλομετρίας) έχουν δείξει ότι περίπου το 1/3 της μέγιστης ουρηθρικής πίεσης σύγκλεισης στης ηρεμία (MUCP) αποδίδεται στο γραμμωτό σφικτήρα της ουρήθρας, το 1/3 στο λείο μυ της ουρήθρας και το υπολοιπο 1/3 στο

αγγειακό δίκτυο της ουρήθρας[8] . Αυξανομένης της ηλικίας παρατηρούνται μορφολογικές και λειτουργικές αλλαγές που μπορεί να προδιαθέτουν στην ανάπτυξη ακράτειας ούρων από προσπάθεια[9]. Αυτές οι αλλαγές περιλαμβάνουν μια αύξηση στην ενδοκυστική πίεση και μείωση στην πίεση του αγγειακού δικτύου της ουρήθρας και στην MUCP. Η μείωση στην MUCP παρατηρείται νωρίς αλλά γίνεται σημαντική μετά την ηλικία των 36 ετών[8].

3. Επαρκής στήριξη της ουρήθρας από το πυελικό έδαφος

Ο μηχανισμός είναι ακούσιος και ανατομικός. Η ουρήθρα ανατομικά βρίσκεται στη θέση της όπου μπορεί να πιεσθεί ενάντια στη δίκην «αιώρας» πάχυνση του συνδετικού ιστού του προσθίου κολπικού τοιχώματος (ηβοτραχηλική περιτονία) και τις συνδετικές δομές οι οποίες τη συνδέουν με τον ανελκτήρα του πρωκτού.

Η υποκείμενη υποστήριξη της ουρήθρας είναι σημαντικότερη από τη θέση της ουρήθρας στη διατήρηση της εγκράτειας[10].

Σε ένα άτομο με σταθερό το υποκείμενο της ουρήθρας στρώμα στήριξης (ηβοτραχηλική περιτονία), η ουρήθρα πιέζεται από την ενδοκοιλιακή πίεση ενάντια στην πυελική περιτονία και διατηρείται η εγκράτεια. Αυτό θα μπορούσε να παρομοιασθεί με έναν ευπίεστο σωλήνα ποτίσματος ο οποίος πιέζεται σε σταθερό υπόστρωμα, με αποτέλεσμα τη διακοπή ροής νερού. Εάν η πίεση εξασκείται σε μαλακό υπόστρωμα, όπως άμμος ή λάσπη, η ροή του νερού δε θα σταματήσει. Οι σύνδεσμοι από μόνοι τους δεν είναι μια επαρκής αναρτήριος δομή για το μηχανισμό της εγκράτειας των ούρων, εάν δεν υποστηρίζονται από τον ανελκτήρα μυ του πρωκτού[11].

Εκούσια σύσπαση του ανελκτήρα προκαλεί ανύψωση του αυχένα της κύστης και εκούσια χαλάρωση προκαλεί κάθοδο του αυχένα της κύστης, κάτι το οποίο δύναται να δειχθεί με το υπερηχογράφημα[12].

4. Υδατοστεγής σύγκλειση του βλεννογόνου της ουρήθρας

Η σύγκλιση του αυλού της ουρήθρας επιτυγχάνεται από την πλαστικότητα του ουροθηλίου, την αγγείωση του υποβλεννογόνιου χιτώνα της ουρήθρας και την ελαστικότητα του αυχένα της κύστης, συμβάλλοντας έτσι στη διατήρηση της εγκράτειας[13].

Η ουρήθρα η οποία έχει χάσει την πλαστικότητα της και της οποίας ο εφοδιασμός αίματος υποβλεννογονίως έχει υποστεί βλάβη από προηγούμενη χειρουργική επέμβαση ακτινοβολία ή υποοιστρογοναιμία μπορεί να απαιτήσει σημαντικά περισσότερη δύναμη από τον ενεργητικό σφιγκτηριακό μηχανισμό, έτσι ώστε να πραγματοποιηθεί μια ερμητική σύγκλειση της ουρήθρας. Θ

Take home messages

- Ακράτεια ούρων από προσπάθεια είναι το σύμπτωμα της ακούσιας απώλειας ούρων κατά την προσπάθεια, την άσκηση, τον πταρμό ή το βήχα.
- Η εγκράτεια των ούρων διασφαλίζεται όταν η ενδοκυστική πίεση δεν ξεπερνά την μέγιστη ουρηθρική πίεση σύγκλεισης (Maximum urethral closure pressure-MUCP).
- Η επίτευξη εγκράτειας των ούρων στις γυναίκες είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο και προϋποθέτει την συμμετοχή των μυών, συνδέσμων και νευρικών δομών του πυελικού εδάφους για την δημιουργία ενός δυναμικού υποστηρικτικού μηχανισμού που εξυπηρετεί την αποθήκευση και κένωση των ούρων.
- Η διαγνωστική προσπέλαση και αντιμετώπιση της γνήσιας ακράτειας των ούρων από προσπάθεια στις γυναίκες προϋποθέτει πλήρη κατανόηση των μηχανισμών της εγκρατειας των ούρων.

Mechanism of urinary continence in women

Synopsis

Continence of urine is maintained when the intravesical pressure is less than the maximum urethral closure pressure (MUCP). The continuous and effective collaboration of the muscles, ligaments and neural structures of the pelvic floor results in the development of a dynamic supportive mechanism that serves the storage and evacuation of urine and feces and ensures normal sexual function. The achievement of urinary continence in women is a multifactorial phenomenon, whereas the exact mechanism remains unknown. In the mechanism of urinary continence contribute the following main factors: A. the adjustability of the bladder, B. the adequate function of urethral sphincter, C. the adequate urethral support from the pelvic floor, D. the plasticity of urethral mucosal that ensures a water-sealed closure of the urethr.
Studies of urethral pressure have shown that about 1/3 of MUCP at rest is due to striated urethral sphincter, 1/3 to the smooth muscle of the urethra and 1/3 to the vascular network of the urethra. With the advancement of age in women,the urethra undergoes anatomical and functional changes that predispose to the development of stress urinary incontinence in women.

KEYWORDS: Urinary incontinence mechanism, urinary continence mechanism

References

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. Standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. Neurourol Urodyn 2002; 21: 167- 178.
2. Enhorning G. Simultaneous recording of the intravesical and intraurethral pressure. Acta Obstet Gynecol Scand 1961; 276s: 1 - 69.
3. McGuire EJ. Urodynamic findings in patients after failure of stress incontinence operations. Prog Clin Biol Res 1981; 78: 351 - 360.
4. Hilton P. Mechanism of continence. In: Stanton S, Monga A, editors. Clinical Urogynaecology, 2nd edition. London: Churchill Livingstone, 2000: 31 - 40.
5. Hilton P, Stanton SL. Urethral pressure measurement by microtransducer:the results in symptom-free women and in those with genuine stress incontinence. Br J Obstet Gynaecol 1983; 90: 919 - 933.
6. Turner-Warwick RT, Brown ADG. A urodynamic evaluation of urinary incontinence in the female and it's treatment. Urol Clin N Am 1979; 6: 203 - 216.
7. Versi E. The significance of an open bladder neck in women. Br J Urol 1991; 68: 42 - 43.
8. Rud T. Urethral pressure profile in continent women from childhood to old age. Acta Obstet Gynecol Scand 1980; 59: 331 - 335.
9. Carlile A, Davies I, Rigby A, Brocklehurst JC. Age changes in the human female urethra: a morphometric study. J Urol 1988; 139: 532 - 535.
10. Nygaard I.E. Stress Urinary Incontinence. Obstet. Gynecol 2004; 104, 607 - 20.
11. DeLancey J, Anatomy of the Female Bladder and Urethra in: Ostergard's Urogynecology and Pelvic Floor Dysfunction, 2003, Lippincott Williams and Wilkins.
12. Monga A, Mechanism of incontinence in: Stanton S and Monga A, Clinical Urogynecology, 1999, Churchill Livingstone.
13. Hilton P, Dolan L. Pathophysiology of urinary incontinence and pelvic organ prolapse. BJOG 2004; 111; 5 - 9.

Η αξία της ουροδυναμικής μελέτης στην αντιμετώπιση της ακράτειας των ούρων

Αθανάσιος Δούσκος[1], Ελένη Πιτσούνη[1], Θέμος Γρηγοριάδης[1], Σταύρος Αθανασίου[1]
Τμήμα Ουρογυναικολογίας, Ά Πανεπιστημιακή Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Αθήνα

Περίληψη

Ακράτεια ούρων είναι το σύμπτωμα της ακούσιας απώλειας ούρων με ποικίλη αιτιολογία. Στις περιπτώσεις όπου υπάρχει υποψία δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού συτήματος τότε η ουροδυναμική μελέτη αποτελεί την πιο χρήσιμη διαγνωστική δοκιμή. Η αξία της ουροδυναμικής μελέτης για τον κλινικό γιατρό έγκειται στο ότι τον βοηθάει στην διαφορική διάγνωση του τύπου ακράτειας αλλά και στην επιλογή της καταλληλότερης εξατομικευμένης θεραπευτικής προσέγγισης. Περαιτέρω, όταν η θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική τότε η ουροδυναμική μελέτη μπορεί να βοηθήσει στην επιλογή της αποτελεσματικότερης και με λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές χειρουργικής παρέμβασης. Το πιο σημαντικό όμως είναι ότι η ορθή χρήση των πληροφοριών που παρέχει η ουροδυναμική μελέτη, βοηθάει τον κλινικό γιατρό να ενημερώσει τους ασθενείς για τις θεραπευτικές επιλογές που υπάρχουν, τα ποσοστά επιτυχίας ή αποτυχίας αλλά και τις πιθανές επιπλοκές αυτών.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Ακράτεια ούρων, ουροδυναμικός έλεγχος, ροομετρία, κυστεομανομέτρηση

Ακράτεια ούρων

Ακράτεια ούρων ορίζεται το σύμπτωμα της ακούσιας απώλειας ούρων[1]. Η συχνότητα εμφάνισης της σε νέες γυναίκες είναι περίπου 25%, σε γυναίκες μέσης ηλικίας μετεμμηνοπαυσιακες 44 - 57% ενώ σε γυναίκες ανέρχεται στο επίπεδο του 75%[2-4]. Δυστυχώς, η ακράτεια ούρων δεν αποτελεί απλά ένα πολύ συχνό σύμπτωμα αλλά είναι μια κατάσταση με

Corresponding author
Σταύρος Αθανασίου, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Ουρογυναικολογίας, Ά Πανεπιστημιακή Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Αθήνα, Βασιλίσσης Σοφίας 80, ΤΚ 11528, Ελλάδα. Τηλ: 2107213294/6944478555, E-mail: stavros.athanasiou@gmail.com

εξαιρετικά αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής, καθημερινότητα, παραγωγικότητα και ψυχολογία των γυναικών. Συνεπώς είναι αναγκαία η σωστή διάγνωση και η στοχευμένη θεραπεία.

Λειτουργία του ουροποιητικού συστήματος

Η ούρηση περιλαμβάνει την φάση πλήρωσης και ούρησης. Ο εξωστήρας μυς της ουροδόχου κύστεως, ο έσω και έξω σφιγκτήρας της ουρήθρας, ο στηρικτικός μηχανισμός της ουρήθρας (που περιλαμβάνει τον συνδετικό ιστό και τους μύες), η ακεραιότητα του ουρηθρικού βλεννογόνου και η αγγείωση συμμετέχουν συνεργικά στην λειτουργία της ούρησης[5].

Αιτιολογία ακράτειας ούρων

Οι κύριες αιτίες της ακράτειας ούρων παρατίθενται στον **πίνακα 1**. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα λειτουργικά αίτια ακράτειας παρουσιάζονται όταν η ενδοκυστική πίεση ξεπερνάει την μέγιστη ενδοουρηθρική πίεση.

Διάγνωση

Η σωστή διάγνωση της αιτίας ακράτειας είναι σημαντική για αποτελεσματική εξατομικευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση. Η λήψη κλινικού ιστορικού, η πλήρης κλινική εξέταση (γενική, νευρολογική και γυναικολογική) σε συνδυασμό με το ημερολόγιο ούρησης, την ανάλυση ούρων (γενική και καλλιέργεια ούρων) και την υπερηχογραφική εκτίμηση του ουροποιητικού συστήματος αποτελούν το πρώτο σημαντικό βήμα στη διαγνωστική προσέγγιση[5-7]. Για αντικειμενική διάγνωση όμως ιδιαίτερα για τα σύνθετα περιστατικά απαιτείται η εκτίμηση με την ουροδυναμική μελέτη[5-7].

Ουροδυναμική μελέτη

Αποτελεί το πιο χρήσιμο διαγνωστικό τεστ για τα λειτουργικά προβλήματα του κατώτερου ουροποιητικού, επειδή εξετάζει αντικειμενικά την λειτουργία του συστήματος. Ο απώτερος στόχος είναι η σωστή διάγνωση της αιτίας δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος και κατ'επέκταση της υποκείμενης παθοφυσιολογίας που εκφράζεται με το σύμπτωμα της ακράτειας[5-10]. Διακρίνεται σε μη επεμβατική και σε επεμβατική [5-10].

Η μη επεμβατική περιλαμβάνει:

1) Ροομετρία: είναι η καταγραφή του αποβαλλόμενου όγκου ούρων στη μονάδα του χρόνου. Έχει ως αποτέλεσμα την διαμόρφωση μιας καμπύλης ούρησης μέσω της οποίας μπορεί να αξιολογηθεί η μέγιστη/μέση ροή ούρησης, η διάρκεια ούρησης και ο χρόνος επίτευξης της μέγιστης ροής ούρησης.

Η επεμβατική περιλαμβάνει μια σειρά εξετάσεων που προσπαθούν να αναπαράγουν τη διαδικασία ούρησης (φάση πλήρωσης και κένωσης):

1) Κυστεομανομέτρηση: είναι η δημιουργία γραφικής παράστασης ενδοκυστικής και ενδοκοιλιακής πιέσεως σε συσχέτιση με τον όγκο υγρών κατά την φάση της πλήρωσης, και της ούρησης. Η κυστεομανομετρία πλήρωσης προσδιορίζει την αισθητικότητα, χωρητικότητα και διατασιμότητα της ουροδόχου κύστεως και εκτιμά πιθανή ανεπάρκεια του σφιγκτηριακού μηχανισμού της ουρήθρας. Ο βαθμός της ανεπάρκειας του σφιγκτηριακού μηχανισμού της ουρήθρας μπορεί να εκτιμηθεί με τη μέτρηση της πίεσης σύγκλεισης ουρήθρας και κατά την δοκιμασία "Valsava". Η κυστεομανομετρία ούρησης είναι χρήσιμη στη διαφορική διάγνωση δυσκολιών ούρησης (αποφρακτικού τύπου ή υποτονία του εξωστήρα).

2) Ουρηθρική προφιλομετρία: είναι η μέθοδος προσδιορισμού της ενδοουρηθρικής πίεσης κατά μήκος της ουρήθρας. Εκτιμά την μέγιστη πίεση σύγκλεισης της ουρήθρας και την μέγιστη πίεση ουρήθρας μετά την αφαίρεση της ενδοκυστικής πίεσης. Έμμεσα λοιπόν προσδιορίζει την ικανότητα της ουρήθρας να αποτρέπει την απώλεια ούρων.

3) Video - κυστεοουρηθρογραφία: Σε πραγματικό χρόνο και συγχρόνως με την κυστεομανομέτρηση πραγματοποιείται ακτινοσκόπηση του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος. Πέραν της ουροδυναμικής διάγνωσης, αποκαλύπτει πιθανή παθολογία του τοιχώματος της ουροδόχου κύστεως, της κυστεοουρητηρικής βαλβίδος (reflux), της κινητικότητας της βάσεως της κύστεως και κυρίως, το βαθμό της ανεπάρκειας του σφιγκτηριακού μηχανισμού της ουρήθρας.

Οι φυσιολογικές τιμές ουροδυναμικής μελέτης απεικονίζονται στον **πίνακα 2**.

Πίνακας 1. Αίτια ακράτειας ούρων

Λειτουργικά προβλήματα Ουροδυναμική ακράτεια ούρων από προσπάθεια Υπερδραστηριότητα του εξωστήρα Μεικτού τύπου Δυσκολίες ούρησης 1.απόφραξη 2.υποτονία
Συγγενείς ανωμαλίες έκτοπος ουρητήρας επισπαδίας
Συρίγγια
Παροδική (πχ. ουρολοίμωξη, σοβαρή δυσκοιλιότητα)
Διάφορες αιτίες δυσκινησία, διαταραχές της αντίληψης φάρμακα μεταβολικά νοσήματα εκκολπώματα ουρήθρας

Πίνακας 2. Φυσιολογικές τιμές ουροδυναμικής μελέτης (ICS)

Ροομετρία όγκος ούρησης > 150 ml μέγιστη ροή ούρησης > 15 ml/sec
Κυστεομανομέτρηση υπόλειμμα ούρησης < 50 ml πρώτη αίσθηση ούρησης 150-250 ml λειτουργική χωρητικότητα ουροδόχου κύστεως 400-600 ml αύξηση πίεσης εξωστήρα κατά την πλήρωση <15 cm H_2O απουσία απώλειας ούρων με το βήχα απουσία σύσπασης σφιγκτήρα κατά την ούρηση πίεση εξωστήρα κατά την ούρηση < 70cm H_2O

(ICS=International Continence Society)

Η αξία τη ουροδυναμικής μελέτης

Για να γίνει αντιληπτή η αξία της ουροδυναμικής μελέτης κάποιος θα πρέπει να αναλογιστεί, ποιες είναι οι υποψήφιες γυναίκες για ουροδυναμική μελέτη, ποια είναι η ερώτηση που χρήζει απάντησης μέσω αυτής αλλά και πως το αποτέλεσμα της μπορεί να βοηθήσει στην επιλογή της εξατομικευμένης καταλληλότερης θεραπευτικής αντιμετώπισης[11].

Όπως αναφέρθηκε ανωτέρω όλες οι ασθενείς πρέπει να υποβάλλονται σε λήψη ιστορικού, κλινική εξέταση, ημερολόγιο ούρησης, μέτρηση υπολειπόμενου όγκου ούρων μετά την ούρηση και ανάλυση ούρων[5-7]. Η ουροδυναμική μελέτη δεν κρίνεται αναγκαία σε ασθενείς που δεν έχουν υποβληθεί σε προηγούμενα χειρουργεία για ακράτεια, με συμπτώματα «καθαρής» ακράτειας ούρων εκ προσπαθείας, χωρίς συμπτώματα υπερδραστήριας κύστης, χωρίς συμπτώματα δυσκολιών ούρησης, με υπολειπόμενο όγκο ούρων <100ml και φυσιολογική ανάλυση ούρων. Στην καθημερινή κλινική πράξη, οι ασθενείς με ακράτεια που πληρούν όλα τα ανωτέρω κριτήρια αποτελούν ένα μικρό μόνο ποσοστό. Εάν ένα από τα παραπάνω κριτήρια δεν πληρούνται ή εάν ο πρωταρχικός κλινικός έλεγχος είναι ασαφής ή μη εφικτός τότε η ουροδυναμική μελέτη κρίνεται αναγκαία[5]. Επιπροσθέτως, ακόμα και εάν όλες οι πιο πάνω προϋποθέσεις πληρούνται η θετική προγνωστική αξία του συμπτώματος της καθαρής ακράτειας εκ προσπαθείας μόνο από την λήψη ιστορικού είναι περίπου 74%[12]. Αυτό σημαίνει ότι 1 στις 4 γυναίκες που αναφέρει συμπτώματα ακράτειας εκ προσπαθείας, εάν δεν υποβληθεί σε ουροδυναμική μελέτη θα οδηγηθεί σε χειρουργική επέμβαση χωρίς να το χρειάζεται. Περαιτέρω, σε κάθε περίπτωση τύπου ακράτειας ούρων, όπου τα συντηρητικά μέτρα δεν είχαν αποτελεσματικότητα ή εάν έχει προηγηθεί χειρουργική επέμβαση με πιθανή νευρολογική βλάβη, η ουροδυναμική μελέτη κρίνεται απαραίτητη πριν την πραγματοποίηση οποιασδήποτε εκ νέου χειρουργικής παρέμβασης[13].

Η ουροδυναμική μελέτη μέσω του καθορισμό της υποκείμενης παθοφυσιολογίας και προσδιορισμού της αιτίας ακράτειας συντελεί όχι μόνο στην αποφυγή χειρουργικής παρέμβασης σε γυναίκες που δεν έχουν ακράτεια εκ προσπαθείας αλλά και στον σχεδιασμό της ορθότερης χειρουργικής προσέγγισης[11]. Για παράδειγμα σε γυναίκες όπου η ουρηθροπροφιλομετρία (οριακό σημείο μέγιστη πίεσης σύγκλεισης <20cm) ή/και η πίεση κατά την δοκιμασία "Valsava" (οριακό σημείο 60cm) αναδείξει ανεπάρκεια του σφιγκτηριακού μηχανισμού τότε το χειρουργείο επιλογής είναι η τοποθέτηση οπισθοη-

βικής ταινίας (RPT)[11,14]. Εάν όμως προεγχειρητικά ανευρεθούν δυσκολίες ούρησης τότε η τοποθέτηση διαθυροειδικής ταινίας (TOT) θεωρείται καταλληλότερη[11], εφόσον η πιθανότητα μετεγχειρητικών δυσκολιών ούρησης είναι χαμηλή[15]. Γυναίκες με ουροδυναμική ακράτεια μεικτού τύπου (υπερδραστηριότητα του εξωστήρα και ουροδυναμική ακράτεια προσπαθείας) θα πρέπει αρχικά να αντιμετωπίζονται με συντηρητική αγωγή για την αντιμετώπιση της υπερδραστηριότητας του εξωστήρα. Η ουροδυναμική μελέτη βοηθά στην επιλογή αυτών στις οποίες ενδείκνυται η τοποθέτηση κολπικής ταινίας ελεύθερη τάσης (TVT) καθώς η πιθανότητα εξάλλειψης μετεγχειρητικώς της υπερδραστηριότητας του εξωστήρα ανέρχεται στο 49%[16].

Περαιτέρω έχει αποδειχτεί ότι χαμηλότερες πιέσεις (σύγκλεισης ουρήθρας και κατά την δοκιμασία "Valsava") προεγχειρητικώς συσχετίζονται με αντικειμενική αποτυχία της τοποθέτησης ταινιών μεσότητας ουρήθρας σε παρακολούθηση ενός έτους[17], ενώ χαμηλή πίεση ροής ούρησης (< 18ml/s) αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό στοιχείο της κατακράτησης ούρων μετά την τοποθέτηση οπισθοηβικών ταινιών με ευαισθησία 47% και ειδικότητα 85%[18]. Γνωρίζοντας όμως τις πιθανότητες εμφάνισης δυσκολιών ούρησης μετεγχειρητικά, μπορούν να αναγνωριστούν οι ασθενείς που μπορεί να χρειαστούν αυτοκαθετηριασμό ή ακόμα και μόνιμο υπερηβικό καθετηριασμό, ώστε να γίνει κατάλληλη ενημέρωση τους προεγχειρητικώς για τα πιθανά μετεγχειρητικά προβλήματα[11]. Μην ξεχνάμε ότι η ακράτεια ούρων εάν και έχει νοσηρότητα δεν έχει θνησιμότητα, συνεπώς κύριο μέλημα είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής και ψυχολογίας των ασθενών αλλά και η ικανοποίηση τους μετά το χειρουργείο. Η μακροπρόθεσμη όμως αποτυχία του χειρουργείου ή οι δυσκολίες ούρησης μετεγχειρητικώς ή η επιμονή ή εμφάνιση "de novo" συμπτωμάτων όπως είναι η έπειξη προς ούρηση με ή χωρίς επιτακτικού τύπου ακράτεια, ελαττώνουν την ικανοποίηση των ασθενών και επιδρούν αρνητικά στην ψυχολογία τους. Η σωστή ενημέρωση όμως, ακόμα και για κάτι απλό όπως ότι μετά το χειρουργείο μπορεί να χρειαστεί η λήψη φαρμακευτικής θεραπείας, προσφέρει στην ασθενή το δικαίωμα της επιλογής και επιδρά θετικά στην ψυχολογία και αυτοπεποίθηση της.

Δυστυχώς όμως παρά τα πολλά θετικά της ουροδυναμικής μελέτης υπάρχει η λανθασμένη αντίληψη ότι στην βιβλιογραφία αποτελεί "debate" εάν τελικά πρέπει να γίνεται ή όχι. Σε βαθύτερη ανάλυση των μελετών που καταλήγουν ότι η ουροδυναμική μελέτη δεν άλλαξε τα μετεγχειρητικά αποτελέσματα και ότι η εκτίμηση σε επίπεδο ιατρείου είναι ισάξια της ουροδυναμικής μελέτης[19-21], γίνεται αντιληπτό ότι αυτές οι μελέτες αναφέρονται σε μη επιπλεγμένα απλά περιστατικά με "καθαρή" ακράτεια ούρων εκ προσπαθείας χωρίς δυσκολίες ούρησης τα οποία είχαν υποβληθεί σε ενδελεχή έλεγχο σε επίπεδο ιατρείου όπως ακριβώς περιγράφτηκε ανωτέρω. Μελέτη όμως που περιλάμβανε 2053 περιστατικά κατέληξε ότι μόνο το 34% των περιστατικών ακράτειας είναι απλά και ότι 1 στις 3 γυναίκες που μπορεί να θεωρηθεί εκ του ιστορικού ότι έχει "καθαρή" ακράτεια ούρων εκ προσπαθείας τελικά είναι σύνθετο περιστατικό με συνύπαρξη υπερδραστηριότητας του εξωστήρα[22]. Επιπροσθέτως, σε αυτήν την μελέτη ανευρέθη ότι μετά την ουροδυναμική μελέτη σε 20% των ασθενών που αρχικά είχε αποφασιστεί να υποβληθούν σε χειρουργική θεραπεία, άλλαξε ο θεραπευτικός σχεδιασμός και η χειρουργική επέμβαση είτε κρίθηκε λαθεμένη επιλογή είτε τροποποιήθηκε[22]. Επίσης, η σοβαρή ανεπάρκεια σφιγκτηριακού μηχανισμού μπορεί να εμφανίζεται με συμπτώματα επιτακτικού τύπου ακράτειας[23] και εάν δεν γίνει ουροδυναμική μελέτη η ασθενής μπορεί να καταλήξει να υποβάλλεται σε ποικίλα θεραπευτικά σχήματα για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς να υπάρχει βελτίωση/ίαση. Εάν και θεωρείται ότι η ουροδυναμική μελέτη έχει υψηλό κόστος και υπολογίζεται ότι 13-33 εκατομμύρια δολάρια θα μπορούσαν να μην δαπανηθούν από την μη πραγματοποίηση της[24], δεν υπάρχει μελέτη σε επιπλεγμένα περιστατικά που να συνυπολογίζει την οικονομική δαπάνη από την πραγματοποίηση χειρουργικής επέμβασης σε γυναίκες που δεν το χρειάζονταν ή εμφάνισαν μετεγχειρητικές επιπλοκές από λάθος επιλογή χειρουργικής αντιμετώπισης (πχ δια βίου αυτοκαθετηριασμούς) ή που έλαβαν ποικίλες φαρμακευτικές θεραπείες για μεγάλο χρονικό διάστημα πριν καταλήξουν τελικά στο χειρουργείο ή την ψυχολογική επιβάρυνση και ελάττωση της παραγωγικότητας.

Συμπέρασμα

Όπως κάθε ιατρική πράξη έχει τις κατάλληλες ενδείξεις έτσι συμβαίνει και με την ουροδυναμική μελέτη. Πρέπει πάντα ο κλινικός γιατρός να αναζητά την ερώτηση που θέλει να απαντήσει μέσω αυτής και τον τρόπο που θα χρησιμοποιήσει το αποτέλεσμα της. Η αξία της ουροδυναμικής μελέτης για έναν κλινικό γιατρό έγκειται στο ότι μπορεί να τον βοηθήσει στον τρόπο διαχείρισης ή/και αντιμετώπισης του κάθε περιστατικού, στην επιλογή της καταλληλότερης εξατομικευμένης θεραπείας και το πιο σημαντικό στην ενημέρωση της ασθενούς για τα ποσοστά επιτυχίας ή αποτυχίας της κάθε θεραπείας, τα ρίσκα και τα οφέλη μιας χειρουργικής παρέμβασης και τι επίκειται κατά την μετεγχειρητική πορεία από πλευράς μορφής συμπτωμάτων ή αναγκαιότητας εκ νέου θεραπείας. Θ

Take home messages

- Ακράτεια ούρων είναι η ακούσια απώλεια ούρων.
- Όταν τα αίτια ακράτειας είναι λειτουργικά τότε η ουροδυναμική μελέτη είναι η πιο χρήσιμη διαγνωστική μέθοδος.
- Πριν από κάθε ουροδυναμική μελέτη ο κλινικός γιατρός θα πρέπει να αναλογίζεται ποια είναι η ερώτηση που χρήζει απάντησης και πως θα χρησιμοποιηθούν τα αποτελέσματα της.
- Η ουροδυναμική μελέτη βοηθάει στην διαφορική διάγνωση του τύπου ακράτειας, στην επιλογή της καταλληλότερης εξατομικευμένης θεραπευτικής αντιμετώπισης και στην ενημέρωση των ασθενών.

The value of urodynamic studies in the management of urinary incontinence

Synopsis

Urinary incontinence is defined as the involuntary loss of urine. This pathological condition has many etiologies. Urodynamic studies (UDS) is the most useful diagnostic tool for diagnosing objectively lower urinary tract dysfunction. The results of urodynamic studies assist the clinician to define the type of incontinence and select the most appropriate individualised therapeutic management. Moreover, in cases where surgery is the first therapeutic option, UDS provide guidance for the optimal surgical technique with the highest success rate and lower postoperative complications. The interpretation of UDS results, helps the clinicians to provide extensive counselling to patients with regards to alternative therapies, risks of failure of the various therapeutic strategies and potentially post-therapeutic complications such as postoperative urgency, incontinence and voiding dysfunction.

Keywords: Urinary incontinence, urodynamic studies, uroflowmetry, cystometry

References

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. Neurourol Urodyn 2002; 21(2): 167.
2. Carls C. The prevalence of sress urinary incontinence in high school and college-age female athletes in the Midwest: implications for education and prevention. Urol Nurs 2007; 27(1): 21 - 4.
3. Kinchen KS, Lee J, Fireman B, Hunkeler E, Nehemiah JL, Curtice TG. The prevalence, burden, and treatment of urinary incontinence among women in a managed care plan. J Womens Health (Larcmt) 2007; 16(3): 415 - 22.
4. Boyington JE, Howard DL, Carter-Edwards L, Gooden KM, Erdem N, Jallah Y et al. Differences in resident characteristics and prevalence of urinary incontinence in nursing homes in the southeastern United States. Nurs Res 2007; 56(2): 97-107.
5. Lovatsis D, Easton W, WilkieD; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada Urogynaecology Committee. Guidelines for the evaluation and treatment of recurrent urinary incontinence following pelvic floor surgery. J Obstet Gynaecol Can 2010; 32(9): 893-904.
6. ACOG Practice Bulletin No. 155: Urinary Incontinence in Women. Obstet Gynecol. 2015; 126(5): e66-81.
7. Committee opinion No 603: Evaluation of uncomplicated stress urinary incontinence in women before surgical treatment. Obstet Gynecol 2014;123(6):1403 - 7.
8. Lenherr SM, Clemens JQ, Braffett BH, Dunn RL, Cleary PA, Kim C et al. Glycaemic control and risk of incident urinary incontinence in woman with Type 1 diabetes: results from the DCCT/EDIC study. Diabet Med 2016; 33(11): 1528 - 1535.
9. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo C, Chapple A, et al. Fourth International consultation on incontinence recommendations of the international scientific committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. Neurourol Urodyn. 2010; 29(1): 213 - 40.
10. McLellan A, Cardozo L. Urodynamic techniques. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2001; 12(4): 266 - 70.
11. Giarenis I, Cardozo L. What is the value of urodynamic studies before stress incontinence surgery? BJOG 2013; 120(2): 130 -132.
12. Weidner AC, Myers ER, Visco AG, Gundiff GW, Bump RC. Which women with stress incontinence require urodynamic evaluation? Am J Obstet Gynecol 2001; 184(2): 20-7.
13. Yande SD, Joglekar OV, Joshi M. Role of urodynamics in stress urinary incontinence: A critical appraisal. Journal of Mid-Life Health. 2016; 7(3): 119 - 125.
14. Lucas MG, Bosch RJL, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB. EAU guidelines on surgical treatment of urinary incontinence. Eur Urol 2012; 62(6): 1118 - 29.
15. Schierlitz L, Dwyer PL, Rosamilia A, Murray C, Thomas E, De Souza A, et al. Three-year follow-up of tension-free vaginal tape compared with transobturator tape in women with stress urinary incontinence and intrinsic sphincter deficiency. Obstet Gynecol 2012; 119(2 Pt 1): 321-7.
16. Gamble YL, Botros SM, Beaumont JL, Goldberg RP, Miler JJ, Adeyanju O, et al. Predictors of persistent detrusor overactivity after transvaginal sling procedure. Am J Obstet Gynecol 2008; 199(6): 696.e1-7.
17. Athanasiou S, Grigoriadis T, Giannoulis G, Protopapas A, Antsaklis A. Midurethral slings for women with urodynamic mixed incontinence: what to expect? Int Urogynecol J 2013; 24(3): 393-9.
18. Nager CW, Sirls L, Litman HJ, Richter H, Nygaard I, Chai T, et al. Baseline urodynam-

References

ic predictors of treatment failure 1 year after mid urethral sling surgery. J Urol 2011; 186(2): 597-603.

19. Hong B, Park S, Kim HS, Choo MS. Factors predictive of urinary retention after a tension-free vaginal tape procedure for female stress urinary incontinence. J Urol 2003; 170(3): 852 - 6.
20. Rachaneni S, Latthe P. Does preoperative urodynamics improve outcomes for women undergoing surgery for stress urinary incontinence? A systematic review and meta-analysis. BJOG 2015; 122(1): 8 - 16.
21. Zimmern P, Litman H, Nager C, Sirls L, Kraus SR, Kenton K, et al. Preoperative Urodynamics in Women with Stress Urinary Incontinence Increase Physician Confidence, but Does Not Improve Outcomes. Neurourol Urodyn 2014; 33(3): 302 - 6.
22. Serati M, Tpazio L, Bogani G, Constantii E, Pietropaolo, Palleschi G, et al. Urodynamics useless before surgery for female urinary incontinence: Are you sure? Results from a multicenter single nation database. Neurourol Urodyn 2016; 35(7): 809 - 12.
23. Yande SD, Joglekar OV, Joshi M. Role of urodynamics in stress urinary incontinence:a critical appraisal. J Midlife Health 2016; 7(3): 119 - 25.
24. Norton P, Nager CW, Brubaker GE, Lemack GE, Sirls LT, Holley R, et al. The cost of Preoperative Urodynamics: A Secondary Analysis of the ValUE Trial. Neyrourol Urodyn 2016; 35(1): 81 - 4.

Υπερδραστήρια κύστη. Διάγνωση και θεραπεία

Θεμιστοκλής Μίκος, Κωνσταντίνος Πανταζής
Τμήμα Ουρογυναικολογίας, Α΄Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Περίληψη

Η υπερλειτουργική ή υπερδραστήρια κύστη χαρακτηρίζεται από την παρουσία συμπτωμάτων συχνουρίας, επιτακτικής ούρησης και νυχτουρίας με ή χωρίς ακράτεια ούρων κατά την έπειξη ούρησης. Περίπου το 1/6 των γυναικών σε Βόρεια Αμερική και Ευρώπη υπολογίζεται ότι υποφέρει από συμπτώματα υπερδραστήριας κύστης. Η διάγνωση τίθεται κυρίως από το ιστορικό, ενώ θα πρέπει να μην υπάρχει ουρολοίμωξη ή κάποια άλλη εμφανής παθολογία. Η κλινική εξέταση και το ημερολόγιο ούρησης συνιστούν τα βασικά μέσα διαγνωστικής προσπέλασης των γυναικών με επιτακτική συμπτωματολογία, ενώ χρήσιμες, αλλά όχι πάντα απαραίτητες, εξετάσεις είναι το υπερηχογράφημα της ελάσσονος πυέλου, η ουροδυναμική μελέτη και η κυστεοσκόπηση. Η αρχική θεραπεία συνιστάται να είναι μη παρεμβατική και μπορεί να περιλαμβάνει οδηγίες για τη ρύθμιση της ημερήσιας πρόσληψης υγρών, την αποφυγή τροφών ή ποτών (όπως η καφεΐνη) που διεγείρουν τον εξωστήρα μυ της κύστης, ενώ εφαρμόζονται με επιτυχία και συμπεριφορικές τεχνικές όπως η επανεκπαίδευση της κύστης. Οι ανωτέρω θεραπείες είναι πιο επιτυχημένες όταν συνδιάζονται ως πακέτο θεραπείας με φαρμακευτική αγωγή. Τις τελευταίες δεκαετίες ο κανόνας είναι η χρήση αντιχολινεργικών (αντιμουσκαρινικών) φαρμάκων, ενώ πρόσφατη προσθήκη είναι οι β3 αγωνιστές όπως η μιραμπεργκόνη. Σε γυναίκες που δεν ανταποκρίνονται στη συνήθη θεραπεία υπάρχουν οι επεμβατικές επιλογές της νευροτροποποίησης των ιερών ριζών μέσω διέγερσης του κνημιαίου νεύρου (PTSN) ή και άμεσης τοποθέτησης νωτιαίου διεγέρτη (SNM) , της ενδοεξωστηριακής έγχυσης αλλαντικής τοξίνης και αυξητικής κυστεοπλαστικής της ουροδόχου κύστης με ικανοποιητικά κατά περίπτωση αποτελέσματα σε κατάλληλα επιλεγμένα περιστατικά.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Υπερδραστήρια κύστη, έπειξη, BOTOX, SNM

Corresponding author
Θεμιστοκλής Μίκος, Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής & Γυναικολογίας, Α΄ Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Περιφερειακή Οδός Ν.Ευκαρπίας, ΤΚ 56403, Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 231 332 3131, e - mail: themis.mikos@gmail.com, konpan@otenet.gr

Ο όρος Υπερλειτουργική ή Υπερδραστήρια Κύστη (Overactive Bladder, OAB) προτάθηκε το 1997 για να περιγράψει την ομάδα συμπτωμάτων από το κατώτερο ουροποιητικό που χαρακτηρίζεται από «επιτακτική ούρηση, συνοδευόμενη συνήθως από συχνουρία και αυξημένα επεισόδια νυχτερινής ούρησης, με ή χωρίς ακράτεια ούρων από έπειξη και πάντοτε μετά αποκλεισμό λοίμωξης του ουροποιητικού ή άλλης εμφανούς παθολογίας»[1]. Ο ορισμός της OAB βασίζεται αποκλειστικά στη συμπτωματολογία με την οποία προσέρχεται η ασθενής. Ο ορισμός της OAB διαφοροποιείται από τον όρο της «Υπερδραστηριότητας του Εξωστήρα» (detrusor overactivity, DO) καθώς η DO αποτελεί αποκλειστικά εύρημα της ουροδυναμικής μελέτης. Ο σκοπός της απλότητας και του ορισμού της OAB εξυπηρετεί την εύκολη και ταχεία αρχική διάγνωση και την έναρξη θεραπείας χωρίς να χρειάζεται να υποβάλλουμε την ασθενή σε πολύπλοκες και ακριβές εξετάσεις. Ο τρέχων ορισμός της OAB περιλαμβάνει καταστάσεις τόσο νευρογενούς (Neurogenic Overactive Bladder) όσο και μη νευρογενούς αιτιολογίας (Idiopathic Overactive Bladder). Στην πραξη όμως, έχει επικρατήσει ότι ο όρος OAB αναφέρεται στην Ιδιοπαθή Υπερλειτουργική κύστη[1,2].

Επιδημιολογία της OAB

Η συχνότητα των συμπτωμάτων από το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα έχει μελετηθεί σε διάφορες χώρες[3-5]. Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, εκτιμάται ότι το 16,6% του πληθυσμού άνω των 40 ετών στην Ευρώπη[3], το 11,8% σε Βορεια Ευρώπη και Καναδά (μελέτη EPIC)[4] και το 16,9% των γυναικων στις ΗΠΑ (μελέτη NOBLE)[5] παρουσιάζει συμπτώματα OAB. Στην Ελλάδα αντίστοιχες μελέτες περιγράφουν το ποσοστό των γυναικών με OAB στο 14,04% (μόνον ακράτεια από έπειξη: 2,97%, ακράτεια μικτού τύπου: 11,07%)[6]. Οι περισσότεροι ερευνητές αναφέρουν ότι οι ασθενείς με OAB συνήθως αναζητούν ιατρική συμβουλή λόγω της συχνουρίας, της έπειξης προς ούρηση και της ακράτειας ούρων από έπειξη[7]. Οι συνέπειες της OAB είναι σημαντικές στο γενικό πληθυσμό και οι ασθενείς με OAB κατεξοχήν αναφέρουν επιδείνωση στην ποιότητας ζωής (ψυχολογική κατάσταση, κοινωνικές συναναστροφές και δραστηριότητες, ιδιωτική και σεξουαλική ζωή) αλλά και μείωση της παραγωγικότητας στην εργασία καθώς και δυσχέρεια στις κοινωνικές και επαγγελματικές επαφές[5,8]. Οι σημαντικότερες αλλαγές συμπεριφοράς με τις οποίες προσαρμόζονται οι ασθενείς με OAB είναι (1) η μείωση πρόσληψης υγρών, (2) η χαρτογράφηση αποχωρητηρίων (toilet mapping) και (3) η μείωση εξόδων από το σπίτι[9]. Οι υπερήλικες ασθενείς με OAB παρουσιάζουν διπλάσια πιθανότητα πτώσεων και καταγμάτων σε σύγκριση με τους συνήλικους τους χωρίς OAB[8]. Η OAB επιβαρύνει οικονομικά το σύστημα υγείας, καθώς υπολογίζεται ότι στις ΗΠΑ το κόστος αντιμετώπισης των συμπτωμάτων OAB ανέρχεται σε 24,9 δις δολλάρια ετησίως[10].

Διάγνωση

Το ιστορικό επικεντρώνεται στην ανεύρεση των συμπτωμάτων, στο κατά πόσο ξεκίνησαν απότομα ή όχι, στην ύπαρξη εκλυτικών παραγόντων, στις προηγούμενες επιτυχημένες ή αποτυχημένες θεραπείες, στην παρουσία περιόδων ύφεσης, στην ανάγκη χρήσης μέσων προστασίας για την ακράτεια ούρων και στην επίπτωση των συμπτωμάτων στην ποιότητα ζωής της ασθενούς.

Κατά την κλινική εξέταση ο ιατρός αποκλείει την παρουσία πυελικών όγκων, την παρουσία πρόπτωσης γεννητικών οργάνων, τη διάταση της ουροδόχου κύστης ή του εντέρου, ενώ χρήσιμη είναι μία αδρή νευρολογική εξέταση αξιολογώντας τα αντανακλαστικά του περινέου και τα περιομφαλικά αντανακλαστικά[1,2].

Το ημερολόγιο ούρησης που ζητείται από την ασθενή να συμπληρώσει συνήθως για 3 ημέρες είναι πολύ σημαντικό εργαλείο μελέτης των συμπτωμάτων από το κατώτερο ουροποιητικό. Προσφέρει αντικειμενικές και ποσοτικές πληροφορίες που αναλύονται εύκολα και παραμένει διαθέσιμο για σύγκριση μετά από οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση. Στο ημερολόγιο ούρησης αξιολογείται πρωτίστως η συχνότητα των επεισοδίων ούρησης ή ακράτειας και ο όγκος ούρησης σε κάθε επεισόδιο[11,12].

Η χρήση εξειδικευμένων ερωτηματολογίων για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων της OAB είναι σημαντική κυρίως στη διεξαγωγή κλινικών μελετών. Τα κυριότερα σταθμισμένα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται παγκοσμίως στη μελέτη

ασθενών με ΟΑΒ είναι το ICIQ - OB, το OAB - SF, το OABV - 8 και στο ICIQ - OABqol. Δεν πρόκειται για εργαλεία διάγνωσης και πριν χρησιμοποιηθούν σε κάποια γλώσσα θα πρέπει να έχει προηγηθεί τυποποιημένη διαδικασία της αξιολόγησης τους στη γλώσσα αυτή[13].

Συμπληρωματικές διαγνωστικές δοκιμασίες

Η γενική εξέταση ούρων και η καλλιέργεια ούρων συστήνεται να διενεργείται σε όλες τις ασθενείς με συμπτώματα ΟΑΒ. Τυχόν αιματουρία χρήζει περαιτέρω διερεύνησης προς αποκλεισμό νεοπλασίας του ουροποιητικού συστήματος ή άλλης παθολογίας[14].

Η υπερηχογραφία δεν είναι απαραίτητη στα πλαίσια της αρχικής διερεύνησης ασθενών με ΟΑΒ, όμως η χρήση των υπερήχων καθιστά δυνατή τη διαφορική διάγνωση και τον αποκλεισμό άλλων παθήσεων της ελάσσονος πυέλου. Οπωσδήποτε μια σημαντική πληροφορία που προσφέρει η υπερηχογραφία είναι ο μη παρεμβατικός προσδιορισμός του υπόλοιπου ούρων μετά ούρηση (Post - Void Residual, PVR). Φυσιολογικές τιμές είναι PVR<100ml ή <1/3 του όγκου ούρησης. Αυξημένος PVR υποδεικνύει υποκυστικό κώλυμα (π.χ. πρόπτωση γεννητικών οργάνων), υποτονία του εξωστήρα ή δυσσυνέργεια σφιγκτήρα - εξωστήρα[2].

Η διενέργεια ουροδυναμικής μελέτης δε συστήνεται στην αρχική διαγνωστική προσέγγιση των ασθενών με ΟΑΒ, παρά το γεγονός ότι η ουροδυναμική μελέτη αποτελεί το «χρυσό κανόνα» για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων από το κατώτερο ουροποιητικό. Η παρεμβατική φύση της ουροδυναμικής μελέτης και η έστω και μικρή πιθανότητα ουρολοίμωξης μετά από αυτήν, υπαγορεύει η χρήση της να είναι λελογισμένη και συνήθως γίνεται απαραίτητη στις περιπτώσεις ασθενών με ΟΑΒ που δεν ανταποκρίνονται στις αρχικές συντηρητικές θεραπείες[15]. Επίσης, η κυστεοσκόπηση είναι άλλη μια διαγνωστική εξέταση που δεν διενεργείται εξαρχής αλλά συστήνεται για τις ασθενείς με επίμονα συμπτώματα ή πιο περίπλοκο ιστορικό.

Η χρήση βιοδεικτών δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος επί του παρόντος δεν συνιστάται, διότι δεν έχει βρεθεί μέχρι σήμερα κάποιος βιοδείκτης για την καθημερινή κλινική πράξη. Ο Νευρωνικός Αυξητικός Παράγοντας (Neuronal Growth Factor, NGF) παράγεται από το ουροθήλιο και τις λείες μυϊκές ίνες και ρυθμίζει τους νευροδιαβιβαστές και ελαττώνει το όριο ευαισθησίας των αλγαισθητικών ινών. Η χρήση του NGF στη μελέτη της ΟΑΒ περιορίζεται από το γεγονός ότι τα επίπεδα του NGF αυξάνονται και σε άλλες κλινικές καταστάσεις όπως στο σύνδρομο επώδυνης κύστης, σε ουρολοιμώξεις, σε ουρολιθίαση αλλά και σε όγκους του ουροποιητικού. Ο NGF αυξάνεται στις γυναίκες με ΟΑΒ και μειώνεται μετά από την επιτυχημένη θεραπεία της πάθησης. Φαίνεται ότι ο NGF θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως βιοδείκτης κατά την αρχική διάγνωση αλλά και στην επιλογή ασθενών με ΟΑΒ και συνοδό ακράτεια από έπειξη (16). Ανάλογη χρήση έχει προταθεί για την Προσταγλανδίνη Ε2, αλλά και για κυτοκίνες όπως η MCP - 1 και το scd40L[17].

Μη φαρμακολογική - Μη χειρουργική αντιμετώπιση ασθενών με ΟΑΒ

Είναι σημαντικό να γίνεται κατανοητό ότι η ΟΑΒ δεν είναι μία πάθηση αλλά ένα σύνδρομο συμπτωμάτων και ότι πρόκειται για μία κατάσταση που δεν είναι απειλητική για τη ζωή αλλά πολύ επιβαρυντική για την ποιότητα ζωής. Μία από τις επιλογές που υπάρχουν είναι να μην προταθεί καμία απολύτως θεραπεία, εφόσον γίνουν όλες οι αρχικές διερευνητικές εξετάσεις και δεν προκύπτουν άλλες παθολογικές καταστάσεις. Συνήθως οι ασθενείς επιθυμούν να ξεκινήσουν να αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα και όταν ή εικόνα είναι ήπια μπορεί να συστήνονται μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αύξηση των μεσοδιαστημάτων μεταξύ των επεισοδίων ούρησης, στη μείωση της επιτακτικής ούρησης, στη μείωση της νυχτουρίας και στον έλεγχο της ακούσιας απώλειας ούρων. Η μείωση των καφεϊνούχων σκευασμάτων ενθαρρύνεται στις ασθενείς με ΟΑΒ, γιατί η καφεΐνη έχει διουρητικές και διεγερτικές για την κύστη ιδιότητες[18]. Η μείωση της πρόσληψης υγρών είναι επιθυμητή στις περιπτώσεις γυναικών με ΟΑΒ που προσλαμβάνουν αυξημένες ποσότητες υγρών ημερησίως. Η επανεκπαίδευση της κύστης αποτελεί μία συμπεριφορική τεχνική που αποσκοπεί στην προοδευτική αύξηση των μεσοδιαστημάτων μετα-

Πίνακας 1. Φαρμακευτική αγωγή στην Υπερλειτουργική Κύστη

Ουσία (Αγγλικά)	Ουσία (Ελληνικά)	Κατηγορία	Είδος	Χρόνος δράσης	Περιεκτικότητα
Oxybutinine hydrochloride	Οξυβουτινίνη	Αντιχολινεργικό	tb	Βραχείας δράσης	5mg
Oxybutinine hydrochloride	Οξυβουτινίνη	Αντιχολινεργικό	tb	Μακράς δράσης	5mg, 10mg
Oxybutinine hydrochloride	Οξυβουτινίνη	Αντιχολινεργικό	Patch	Μακράς δράσης	3,75mg
Propiverine hydrochloride	Προπιβερίνη	Αντιχολινεργικό	tb	Βραχείας δράσης	15mg
Tolterodine tartrate	Τολτεροδίνη	Αντιχολινεργικό	tb	Βραχείας δράσης	2mg
Tolterodine tartrate	Τολτεροδίνη	Αντιχολινεργικό	tb	Μακράς δράσης	4mg
Fesoterodine	Φεσοτεροδίνη	Αντιχολινεργικό	tb	Μακράς δράσης	4mg, 8mg
Darifenacin hydrocholride	Δαριφενασίνη	Αντιχολινεργικό	tb	Μακράς δράσης	7,5mg, 15mg
Solifenacin succinate	Σολιφενακίνη	Αντιχολινεργικό	tb	Μακράς δράσης	5mg, 10mg
Trospium chloride	Τρόσπιο	Αντιχολινεργικό	tb	Βραχείας δράσης	20mg
Mirabegron	Μιραμεγκρόνη	β3 αγωνιστής	tb	Μακράς δράσης	25mg, 50mg

ξύ των επεισοδίων ούρησης. Κατά την επανεκπαίδευση της κύστης η ασθενής πηγαίνει προς ούρηση σε προγραμματισμένα χρονικά διαστήματα που κάθε εβδομάδα αυξάνονται σταδιακά, ώστε στο τέλος να επιτευχθούν μεσοδιαστήματα μεταξύ ουρήσεων μεγαλύτερα των 90′ - 120'. Μελέτες δείχνουν μείωση των συμπτωμάτων της ΟΑΒ έως και 57%[19]. Ιστορικά, η φυσικοθεραπεία του πυελικού εδάφους έχει χρησιμοποιηθεί με καλά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων από προσπάθεια. Φαίνεται όμως πως η εκμάθηση της εκούσιας σύσπασης και η ενδυνάμωση των μυών του πυελικού εδάφους ασκούν και μία ανασταλτική δράση στη δραστηριότητα του εξωστήρα μυ της κύστης και με αυτόν τον μηχανισμό ενισχύεται η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΟΑΒ. Οι ασθενείς με ΟΑΒ που ακολουθούν φυσικοθεραπεία του πυελικού εδάφους ωφελούνται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα συγκριτικά με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις όπως η φαρμακοθεραπεία ή η επανεκπαίδευση της κύστης[20].

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Στις γυναίκες όπου η αρχική συντηρητική αντιμετώπιση δεν αποδίδει συστήνεται εξειδικευμένη φαρμακευτική αγωγή. Συχνά η φαρμακευτική αγωγή χρησιμοποιείται ήδη κατά την αρχική θεραπεία γιατί οι συντηρητικές θεραπείες είναι πιο επιτυχημένες όταν συνδυάζονται ως πακέτο θεραπείας με φαρμακευτική αγωγή. Υπάρχουν 5 υπο - ομάδες μουσκαρινικών υποδοχέων στο ανθρώπινο σώμα: Μ1, Μ2, Μ3, Μ4 και Μ5. Ο εξωστήρας μυς της κύστης και το ουροθήλιο περιέχει κυρίως Μ2 και Μ3 υποδοχείς. Στο ουροποιητικό σύστημα, αν και υπάρχει μεγαλύτερη αναλογία Μ2 υποδοχέων, οι Μ3 υποδοχείς είναι υπεύθυνοι για τη σύσπαση του τοιχώματος της ουροδόχου κύστης. Η παρουσία Μ2 και Μ3 υποδοχέων σε άλλα σημεία του σώματος όπως οι σιελογόνοι αδένες και το έντερο εξηγεί τις ανεπιθύμητες ενέργειες που παρουσιάζουν τα φάρμακα που αποκλείουν τους μουσκαρινικούς υποδοχείς. Τα αντιμουσκαρινικά φάρμακα για δεκαετίες αποτελούν την πρώτη γραμμή θερα-

πείας για τα συμπτώματα της ΟΑΒ. Τα φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά κύριο λόγο είναι: η οξυβουτυνίνη, η τολτεροδίνη, η σολιφενασίνη, η δαριφενασίνη, το τρόσπιο, η φεσοτεροδίνη και η προπιβερίνη **Πίνακας 1**. Τα αντιμουσκαρινικά στο σύνολο τους αποτελούν φάρμακα που ελέγχουν με επιτυχία τα συμπτώματα της ΟΑΒ. Οι συστηματικές ανασκοπήσεις των μελετών που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα του κάθε αντιμουσκαρινικού ξεχωριστά υποδεικνύουν πως δεν υπάρχει κάποιο σκεύασμα που να υπερτερεί κλινικά έναντι των άλλων[21]. Σε μία ανασκόπηση Cochrane, η σολιφενασίνη υπερέχει έναντι της τολτεροδίνης αλλά και της δαριφενασίνης στη βελτίωση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ΟΑΒ[22]. Επίσης, οι μακράς δράσης μορφές όλων των αντιχολινεργικών οδηγούν σε σημαντικότερη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΟΑΒ[23]. Το πρόβλημα των φαρμάκων αυτών είναι η χαμηλή συμμόρφωση των ασθενών στη χρόνια λήψη - αναφέρεται διακοπή έως και 80% στους δώδεκα μήνες θεραπείας, όπως και οι ανεπιθύμετες ενέργειες που συνήθως είναι η ξηροστομία, η ξηροφθαλμία και η δυσκοιλιότητα[24].

Γνωρίζοντας πως οι αγωνιστές β - 3 αδρενεργικών υποδοχέων προκαλούν χαλάρωση του εξωστήρα μυός της κύστης και βελτιώνουν έτσι την πλήρωση αλλά και την ευενδοτότητα της ουροδόχου κύστης, τα τελευταία χρόνα εισήχθη στη θεραπευτική της υπερδραστήριας κύστης η μιραμπεγκρόνη ο πρώτος β - 3 αγωνιστής με ένδειξη τον έλεγχο των συμπτωμάτων σε ασθενείς με ΟΑΒ. Στις περισσότερες μελέτες περιγράφεται πως η μιραμπεγκρόνη έχει αντίστοιχη αποτελεσματικότητα με αυτήν των αντιχολινεργικών, παρουσιάζει διαφορετικό προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών κυρίως από το καρδιαγγειακό (ήπια αύξηση της καρδιακής συχνότητας και αρτηριακής πίεσης), οπότε αποτελεί μία αξιόπιστη εναλλακτική στις περιπτώσεις ασθενών με ΟΑΒ που δεν παρουσιάζουν καλά αποτελέσματα υπό θεραπεία με αντιχολινεργικά ή ακόμη μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως φάρμακο πρώτης γραμμής για τη θεραπεία ασθενών με ΟΑΒ[25].

Θεραπεία ασθενών με ανθεκτική ΟΑΒ

Ως ανθεκτική στη θεραπεία ΟΑΒ ορίζεται η περίπτωση όπου υπάρχει αποτυχία ελέγχου των συμπτωμάτων μετά από 3 μήνες με συμπεριφορικές τεχνικές και 4 - 8 εβδομάδες με τουλάχιστον ένα φαρμακευτικό παράγοντα. Η αποτυχία του φαρμάκου μπορεί να οφείλεται στην αναποτελεσματικότητά του, στην μη ανοχή του από την ασθενή ή σε αντένδειξη της χρήσης του.

Οι επιλογές που υπάρχουν για την αντιμετώπιση των ασθενών με ανθεκτικά στη θεραπεία συμπτώματα ΟΑΒ είναι (1) η ηλεκτρική διέγερση του κνημιαίου νεύρου, (2) η έγχυση αλλαντοτοξίνης στον εξωστήρα μυ της κύστης, και (3) η τοποθέτηση ιερονωτιαίου νευροδιεγέρτη (Sacral Nerve Modulation, SNM) και η (4) αυξητική κυστεοπλαστική της ουροδόχου κύστης

Κατά την διαδερμική ηλεκτρική διέγερση του κνημιαίου νεύρου (percutaneous tibial nerve stimulation, PTNS), μιά τριχοειδής (34G) βελόνα τοποθετείται κεφαλικά του έσω σφυρού και χρησιμοποείται ρεύμα χαμηλού δυμανικού (9V) με εύρους 0 - 10 mA και παλμό εύρους 200msec (26). Η ηλεκτρική διέγερση αναστέλλει την δραστηριότητα του εξωστήρα μυός διαμέσου ενεργοποίησης ιερού νωτιαίου αντανακλαστικού. Το ποσοστό των ασθενών που θεραπεύονται με επιτυχία κυμαίνεται από 37 - 100%, ενώ οι παρενέργειες είναι περιορισμένες[27].

Για τη θεραπεία με αλλαντική τοξίνη, γίνεται κυστεοσκοπικά ένεση 100 - 150 U σε 10 - 20 διαφορετικά σημεία του τοιχώματος της ουροδόχου κύστης, κατά κανόνα αποφεύγοντας το τρίγωνο της κύστης αν και αυτό δεν φαίνεται να μην είναι απόλυτα απαραίτητο. Συγκριτικές μελέτες με χρήση placebo δείχνουν βελτίωση 57 - 68% στα συμπτώματα ΟΑΒ μετά έγχυση BOTOX σε σύγκριση με 27 - 30% το placebo[28]. Παρενέργειες της θεραπείας είναι οι ουρολοιμώξεις, η αύξηση του υπόλοιπόμενου όγκου ούρων μετά ούρηση και η επίσχεση ούρων με ανάγκηδιαλείποντων καθετηριασμών[28].

Κατά τη θεραπεία με SNM, σε μία πρώτη φάση τοποθετούνται προσωρινά διαδερμκά ηλεκτρόδια στις επιλεγμένες ιερές ρίζες, συνήθως I2 και I3 διαμέσου των νωτιαίων τρημάτων (Percutaneous Nerve Evaluation, PNE). Οι ασθενείς που ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στην πρώτη φάση είναι κατάλληλοι για την μόνιμη εμφύτευση των ηλεκτροδίων αλλά και της γεννήτριας νευροτρο-

ποποίησης που τοποθετείται υποδορίως. Η αρχική θεραπεία είναι λιγότερο ακριβή, πιο απλή, αλλά με περιορισμένα αποτελέσματα (44 - 60%)[29] σε σύγκριση με την εμφύτευση μόνιμου ηλεκτροδίου που έχει καλύτερα αποτελέσματα (69 - 81%)[30]. Συνήθεις παρενέργειες είναι το άλγος στην περιοχή εμφύτευσης της γεννήτριας (3 - 20%), άλγος στην περιοχή του ηλεκτροδίου (4 - 19%), μετανάστευση του ηλεκτροδίου (1 - 9%), λοίμωξη (4 - 19%) και ανάγκη για επεμβατική διόρθωση της τοποθέτησης του συστήματος (6 - 39%).

Τέλος, σε σπάνιες περιπτώσεις που τα συμπτώματα της OAB είναι πολύ έντονα και οι θεραπείες που δοκιμάσθηκαν είναι ανεπιτυχείς, εφαρμόζεται η αυξητική κυστεοπλαστική της ουροδόχου κύστης (bladder augmentation). Θ

Take home messages

- Η υπερλειτουργική κύστη χαρακτηρίζεται από συχνουρία, επιτακτική ούρηση, νυχτουρία με ή χωρίς ακράτεια ούρων από έπειξη
- Η διάγνωση τίθεται κυρίως από το ιστορικό
- Ουροδυναμικός έλεγχος και κυστεοσκόπηση δεν είναι συνήθως απαραίτητο να γίνονται στα πλαίσια της αρχικής διερεύνησης
- Διαιτητικές οδηγίες και επανεκπαίδευση της κύστης αποτελούν την πρώτη γραμμή θεραπείας που μπορεί να συνοδεύεται από φαρμακευτική ως πακέτο θεραπείας
- Φαρμακευτικά χορηγούνται αντιχολενεργικά ή β3 αγωνιστές
- Σε περιπτώσεις ανθεκτικές στη φαρμακευτική θεραπεία προτείνεται διέγερση του κνημιαίου νεύρου (PTSN), ενδοεξωστηριακή έγχυση αλλαντικής τοξίνης, τοποθέτηση νωτιαίου διεγέρτη (SNM) ή και αυξητική κυστεοπλαστική της ουροδόχου κύστης στη νευρογενή κύστη

Overactive bladder. Diagnosis and treatment

Synopsis

Overactive bladder is a condition of the lower urinary tract with prevailing symptoms the urinary frequency, urgency, nocturia, with or without urge incontinence. More than 15% of women suffer from OAB in North America and Europe. The detailed medical history is the first step for the diagnosis of OAB. Urinary infection or other pathology should be excluded. Clinical examination and bladder diary are the main diagnostic tools; pelvic ultrasound, urodynamics and cystoscopy are not necessary but may be useful in certain cases. Initial treatment is conservative with instructions to discontinue big amounts of daily fluid intake and avoid caffeine beverages. Behavioural treatment includes bladder training. The gold standard of oral treatment is anticholinergics, although β3 agonists have been used successfully recently. Refractory cases are treated with peripheral electrical stimulation of the tibial nerve (PTNS), injection of botulinum toxin into the bladder wall using a trigone - sparing technique, and sacral neuromodulation (SNM).

KEYWORDS: Overactive bladder, urinary urgency, BOTOX, SNM

References

1. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghans B, Lee J, et al. International Urogynecological Association; International Continence Society. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourol Urodyn 2010; 29: 4 - 20.
2. Truzzi JC, Gomes CM, Bezerra CA, Plata IM, Campos J, Garrido GK, et al. Overactive bladder - 18 years - Part I. Int Braz J Urol 2016; 42: 188 - 198.
3. Milsom I, Abrams P, Cardozo L, Roberts RG, Thüroff J, Wein AJ. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population - based prevalence study. BJU Int 2001;87:760 - 6. Erratum in: BJU Int 2001; 88: 807.
4. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, et al. Population - based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. Eur Urol 2006; 50: 1306 - 14.
5. Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, Abrams P, Herzog AR, Corey R, et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. World J Urol 2003; 20: 327 - 36.
6. Liapis A, Bakas P, Liapi S, Sioutis D, Creatsas G. Epidemiology of female urinary incontinence in the Greek population: EURIG study. Int Urogynecol J 2010; 21: 217 - 22.
7. Milsom I, Stewart W, Thüroff J. The prevalence of overactive bladder. Am J Manag Care 2000; 6: S565 - 73.
8. Coyne KS, Wein A, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Milsom I. Comorbidities and personal burden of urgency urinary incontinence: a systematic review. Int J Clin Pract 2013; 67: 1015 - 33.
9. Brocklehurst JC. Urinary incontinence in the community - analysis of a MORI poll. BMJ 1993; 306: 832 - 4.
10. Onukwugha E, Zuckerman IH, McNally D, Coyne KS, Vats V, Mullins CD. The total economic burden of overactive bladder in the United States: a disease - specific approach. Am J Manag Care 2009; 15: S90 - 7.
11. Fitzgerald MP, Ayuste D, Brubaker L. How do urinary diaries of women with na overactive bladder differ from those of asymptomatic controls? BJU Int 2005; 96: 365 - 7.
12. Dmochowski RR, Sanders SW, Appell RA, Nitti VW, Davila GW. Bladder - health diaries: an assessment of 3 - day vs 7 - day entries. BJU Int. 2005; 96: 1049 - 54.
13. Kelleher C, Staskin D, Cherian P. Committee 5B: Patient reported outcome assessment. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, et al. 5th International Consultation on Incontinence, Paris February 2012.
14. Fantl JA, Newman DK, Colling J: Urinary incontinence in adults: Acute and chronic management. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1996.
15. Caruso DJ, Kanagarajah P, Cohen BL, Ayyathurai R, Gomez C, Gousse AE. What is the predictive value of urodynamics to reproduce clinical findings of urinary frequency, urge urinary incontinence, and/or stress urinary incontinence? Int Urogynecol J 2010; 21: 1205 - 9.
16. Qu HC, Yan S, Zhang XL, Zhu XW, Liu YL, Wang P. Urinary nerve growth fator levels could be a biomarker for overactive bladder symptom: a meta - analysis. Genet Mol Res 2014; 13: 8609 - 19.
17. Ghoniem G, Faruqui N, Elmissiry M, Mahdy A, Abdelwahab H, Oommen M, et al. Differential profile analysis of urinary cytokines in patients with overactive bladder. Int Urogynecol J 2011; 22: 953 - 61. Erratum in: Int Urogynecol J 2011; 22: 1069.
18. Holroyd - Leduc JM, Straus SE. Management of urinary incontinence in women: scientific review. JAMA 2004; 291: 986 - 95.
19. Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, Harkins SW,

Elswick RK, Taylor JR, et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. JAMA 1991; 265: 609 - 13.
20. Kafri R, Deutscher D, Shames J, Golombp J, Melzer I. Randomized trial of a comparison of rehabilitation or drug therapy for urgency urinary incontinence: 1 - year follow - up. Int Urogynecol J 2013; 24: 1181 - 9.
21. Benner JS, Nichol MB, Rovner ES, Jumadilova Z, Alvir J, Hussein M, et al. Patient - reported reasons for discontinuing overactive bladder medication. BJU Int 2010; 105: 1276 - 82.
22. Madhuvrata P, Cody JD, Ellis G, Herbison GP, Hay - Smith EJ. Which anticholinergic drug for overactive bladder symptoms in adults. Cochrane Database Syst Rev 2012; 1: CD005429.
23. Kay G, Crook T, Rekeda L, Lima R, Ebinger U, Arguinzoniz M, et al. Differential effects of the antimuscarinic agents darifenacin and oxybutynin ER on memory in older subjects. Eur Urol 2006; 50: 317 - 26.
24. Chapple CR, Khullar V, Gabriel Z, Muston D, Bitoun CE, Weinstein D. The effects of antimuscarinic treatments in overactive bladder: an update of a systematic review and meta - analysis. Eur Urol 2008; 54: 543 - 62.
25. Nitti VW, Rosenberg S, Mitcheson DH, He W, Fakhoury A, Martin NE. Urodynamics and safety of the β3 - adrenoceptor agonist mirabegron in males with lower urinary tract symptoms and bladder outlet obstruction. J Urol 2013; 190: 1320 - 7.
26. Amarenco G, Ismael SS, Even - Schneider A, Raibaut P, Demaille - Wlodyka S, Parratte B, et al. Urodynamic effect of acute transcutaneous posterior tibial nerve stimulation in overactive bladder. J Urol 2003; 169: 2210 - 5.
27. Biemans JM, van Balken MR. Efficacy and effectiveness of percutaneous tibial nerve stimulation in the treatment of pelvic organ disorders: a systematic review. Neuromodulation 2013; 16: 25 - 33;discussion 33.
28. Chapple C, Sievert KD, MacDiarmid S, Khullar V, Radziszewski P, Nardo C, et al. OnabotulinumtoxinA 100 U significantly improves all idiopathic overactive bladder symptoms and quality of life in patients with overactive bladder and urinary incontinence: a randomised, double - blind, placebo - controlled trial. Eur Urol 2013; 64: 249 - 56.
29. Leong RK, De Wachter SG, Nieman FH, de Bie RA, van Kerrebroeck PE. PNE versus 1st stage tined lead procedure: a direct comparison to select the most sensitive test method to identify patients suitable for sacral neuromodulation therapy. Neurourol Urodyn 2011; 30: 1249 - 52.
30. Marcelissen T, Leong R, Serroyen J, van Kerrebroeck P, de Wachter S. Isthe screening method of sacral neuromodulation a prognostic factor for long - term success? J Urol 2011; 185: 583 - 7.

Συντηρητική αντιμετώπιση ακράτειας ούρων

Αγγελική Γαλάτα
«Ιατρική Άσκηση» Κέντρο Αποκατάστασης Ημερήσιας Νοσηλείας, Αθήνα
«Animus» Κέντρο Αποθεραπείας & Αποκατάστασης, Λάρισα

Περίληψη

Οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες κατατάσσουν τη συντηρητική θεραπεία ως την πρώτη θεραπευτική επιλογή για όλους τους τύπους της γυναικείας ακράτειας ούρων. Συνίσταται από οδηγίες για τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου εμφάνισής της, προγράμματα επανεκπαίδευσης των μυών του πυελικού εδάφους, συμβουλές για επανεκπαίδευση της κύστης με προγραμματισμένη ούρηση, καθώς και βοηθήματα εγκράτειας. Η επανεκπαίδευση των μυών του πυελικού εδάφους επιτυγχάνεται με εξατομικευμένα προγράμματα ασκήσεων ενδυνάμωσης, βελτίωσης της αντοχής και της ιδιοδεκτικότητας των συγκεκριμένων μυών, τα οποία μπορούν να συνδυαστούν με μεθόδους βιοανάδρασης, ηλεκτροθεραπεία, ενδοκολπικούς κώνους ή/και μαγνητικό ερεθισμό. Η εξασφάλιση της συνέπειας των ασθενών στην καθημερινή διενέργεια των θεραπευτικών τους προγραμμάτων, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή έκβαση της συντηρητικής αντιμετώπισης της γυναικείας ακράτειας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Ακράτεια ούρων, συντηρητική αντιμετώπιση, επανεκπαίδευση μυών πυελικού εδάφους, επανεκπαίδευση κύστης, βιοανάδραση, ηλεκτροθεραπεία

Ι. Εισαγωγή

Η συντηρητική θεραπεία της ακράτειας ούρων (ΑΟ), σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπισή της, αποτελεί το πρωταρχικό βήμα θεραπευτικής παρέμβασης στη γυναικεία ακράτεια[1]. Περιλαμβάνει τις «συμπεριφεριολογικές» θεραπευτικές μεθόδους (στις οποίες συγκαταλέγονται η τροποποίηση παραγόντων κινδύνου του μοντέλου ζωής, η επανεκπαίδευση των μυών του πυελικού εδάφους και η επανεκπαίδευση της κύστης), καθώς και τα βοηθήματα εγκράτειας.

Ο σχεδιασμός του θεραπευτικού προγράμματος εξατομικεύεται για την κάθε ασθενή και ακολουθεί το βασικό διαγνωστικό έλεγχο που καθορίζει την αιτιολογία της ακράτειας. Ξεκινά με τη λήψη του ιστορικού και την αρχική κλινική εκτίμηση, τη συμπλήρωση ημερολογίου κύστης (συνήθως για 3 ημέρες), τη συμπλήρωση από την ίδια την ασθενή ειδικών ερωτη-

Corresponding author
Αγγελική Γαλάτα, E - mail: angeliki.galata@gmail.com

ματολογίων για την ακράτεια και τις οδηγίες για τη δοκιμασία της πάνας (24ώρου ή 1ώρας). Απαραίτητη είναι η κλινική εξέταση του πυελικού εδάφους, και κυρίως η αξιολόγηση της σύσπασης των μυών του πυελικού εδάφους (βάσει του 6 - βάθμιου Oxford grading system) ανάλογα με την παρουσία ή απουσία της σύσπασης, την ισχύ της και τη δυνατότητα επανάληψής της[2]. Όλα τα παραπάνω είναι σημαντικά όχι μόνο στην έναρξη της θεραπείας, αλλά και τα μεσοδιαστήματα του θεραπευτικού προγράμματος, προκειμένου να ελέγχεται η αποτελεσματικότητά του.

ΙΙ. Τροποποίηση παραγόντων κινδύνου του μοντέλου ζωής

Διάφοροι παράγοντες του μοντέλου ζωής μπορεί να παίζουν κάποιο ρόλο είτε στην παθογένεια ή αργότερα, στην εκδήλωση της ΑΟ. Ενώ δεν υπάρχουν πολλές δημοσιευμένες μελέτες που να καταδεικνύουν τη σχέση του τρόπου ζωής και της ΑΟ, πολύ συχνά συστήνονται κάποιες αλλαγές του.

Συγκεκριμένα, δίνονται οδηγίες στις ασθενείς για απώλεια βάρους[3], μέτρια άσκηση σε τακτική βάση (3 - 4 φορές, εβδομαδιαίως)[4], διακοπή του καπνίσματος[3], σωστή διατροφή[5], ρύθμιση προσλαμβανόμενων υγρών (1,5 - 2lt) και αντιμετώπιση πιθανής χρόνιας δυσκοιλιότητας[6].

ΙΙΙ. Επανεκπαίδευση των μυών του πυελικού εδάφους

Σαν πρόγραμμα επανεκπαίδευσης των μυών του πυελικού εδάφους (Pelvic Floor Muscle Training) ορίζεται «οποιοδήποτε πρόγραμμα επαναλαμβανόμενων ασκήσεων των μυών του πυελικού εδάφους (PFM) υπό την καθοδήγηση ενός επαγγελματία υγείας», που πρώτος περιέγραψε ο Arnold Kegel το 1948)[7] και το οποίο μπορεί να συνδυαστεί και με άλλες θεραπευτικές μεθόδους (βιοανάδραση, ηλεκτροθεραπεία, ενδοκολπικούς κώνους, μαγνητοθεραπεία). Για να είναι αποτελεσματικό ένα πρόγραμμα, πρέπει να συνδυάζει τακτικές επισκέψεις στο ιατρείο (1 - 2 συνεδρίες/ εβδομαδιαίως) και καθημερινή εκτέλεση του προγράμματος από την ίδια την ασθενή στην οικία της. Απαραίτητες προϋποθέσεις είναι να παρέχονται κίνητρα στην ασθενή (ακόμη και μέσω οπτικοακουστικού υλικού), ώστε να διατηρείται αμείωτο το ενδιαφέρον και η συνέπειά της[8].

Πριν από την έναρξη ενός προγράμματος PFMT, θα πρέπει η ασθενής να έχει ελεγχθεί για το αν πραγματοποιεί σωστά την σύσπαση των συγκεκριμένων μυών. Σε μελέτες έχει αναφερθεί ότι σε ποσοστά 25 - 30% οι ασθενείς δεν μπορούσαν να απομονώσουν τους PFM στο αρχικό παράγγελμα για σύσπασή τους, ενεργοποιώντας ταυτόχρονα και άλλους μυς (π.χ. προσαγωγούς, γλουτιαίους)[9,10].

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα των ασκήσεων των PFM εξαρτάται από το είδος, την ένταση και τη συχνότητα των ασκήσεων, καθώς και τη διάρκεια του θεραπευτικού προγράμματος. Επειδή στον ανελκτήρα μυ του πρωκτού συνυπάρχουν βραδείες (τύπου Ι) και ταχείες (τύπου ΙΙ) μυϊκές ίνες, είναι απαραίτητος ο συνδυασμός αργών και γρήγορων συσπάσεων, ώστε να επιτυγχάνουμε τα μέγιστα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Στην ακράτεια από προσπάθεια, το πρόγραμμα στοχεύει στην ενδυνάμωση και την υπερτροφία των μυών, την αύξηση του αριθμού των ενεργοποιημένων κινητικών μονάδων και τέλος, την αύξηση της συχνότητας διέγερσής τους. Αυτό επιτυγχάνεται με το συνδυασμό ασκήσεων ενδυνάμωσης (υπερμέγιστες συσπάσεις), αντοχής (υπομέγιστες συσπάσεις μεγάλης διάρκειας) και βελτίωσης της ιδιοδεκτικότητας του πυελικού εδάφους (γρήγορες, επαναλαμβανόμενες, βραχείας διάρκειας, υπερμέγιστες συσπάσεις). Όσον αφορά στη συχνότητα και διάρκεια εφαρμογής τους, τα βιβλιογραφικά δεδομένα ποικίλουν. Το σίγουρο είναι πως για να επιτευχθεί η προαναφερθείσα νευρογενής αναπροσαρμογή και υπερτροφία των μυϊκών ινών απαιτείται ένα εντατικό πρόγραμμα διάρκειας τουλάχιστον 15 - 20 εβδομάδων (συνήθως 3 sets των 8 - 12 συσπάσεων/ ημερησίως), ενώ είναι απαραίτητη η συμπλήρωση περίπου 8 εβδομάδων προκειμένου να πιστοποιηθεί η οποιαδήποτε βελτίωση[11].

Στα πλαίσια εξέλιξης του προγράμματος, η ασθενής ασκείται εκτός της ύπτιας θέσης, στην καθιστή και την όρθια στάση, ενώ εκπαιδεύεται να συσπά τους PFM (κατά τις καλούμενες ¨λειτουργικές¨ ασκήσεις) πριν από και κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων που ενέχουν τον κίνδυνο απώλειας ούρων[12]. Προκειμένου να αυξηθεί ο βαθμός δυσκολίας και ταυτόχρονα η αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος, στοχεύουμε στη σταδιακή αύξηση της έντασης της εκούσιας σύσπασης, τη βαθμιαία χρονική επιμήκυνσή της, τον αυξανόμε-

νο αριθμό συσπάσεων και τη βράχυνση των περιόδων χαλάρωσης μεταξύ των συσπάσεων, αποφεύγοντας ταυτόχρονα όμως την κόπωση των PFM.

Στην επιτακτική ακράτεια, φαίνεται ότι η εφαρμογή ενός προγράμματος ασκήσεων βελτίωσης της ιδιοδεκτικότητας των PFM σε συνδυασμό με ένα πρόγραμμα επανεκπαίδευσης της κύστης, επιφέρουν μείωση της απώλειας ούρων, προκαλώντας αντανακλαστική αναχαίτιση της υπερλειτουργίας του εξωστήρα μυ της κύστης[13].

Ένα πρόγραμμα ασκήσεων των PFM βρίσκει εφαρμογή και στον τομέα της πρόληψης της γυναικείας ακράτειας μετά τον τοκετό. Η έναρξη των ασκήσεων κατά τη διάρκεια της κύησης, φαίνεται ότι προστατεύει τη γυναίκα από την εμφάνιση ΑΟ[14, 15].

Η προσθήκη μεθόδων βιοανάδρασης (BF) σε ένα πρόγραμμα PFMT, μέσω επιφανειακών ηλεκτροδίων καταγραφής ή μέσω ειδικών ενδοκολπικών ή ενδοπρωκτικών κεφαλών, που δίνουν πληροφορίες για τη σύσπαση των μυών με τη μορφή ηχητικού ή οπτικού ερεθίσματος, βοηθούν αφενός στην εντόπιση και απομόνωση των προς εκπαίδευση μυών και την κατανόηση εκ μέρους των γυναικών του βαθμού και της διάρκειας της σύσπασης[16] και αφετέρου, την προσφορά ενός ακόμη κινήτρου στην ασθενή να ακολουθήσει το πρόγραμμά της[17].

Σε ασθενείς που δεν μπορούν να απομονώσουν τους μυς του πυελικού εδάφους ή πραγματοποιούν αδύναμη σύσπασή τους, ενδείκνυται η εφαρμογή ηλεκτροθεραπείας στα πλαίσια του προγράμματος PFMT, προκειμένου να βελτιωθεί η ιδιοδεκτικότητα της περιοχής[18]. Παρέχεται μέσω ειδικών ενδοκολπικών ή ενδοπρωκτικών κεφαλών, ενώ υπάρχει δυνατότητα επιλογής ποικίλων παραμέτρων και πρωτοκόλλων, ανάλογα με τη συμπτωματολογία της κάθε ασθενούς. Συνήθως επιλέγονται χαμηλότερες συχνότητες για τη χαλάρωση του εξωστήρα[19] και υψηλότερες συχνότητες για τη βελτίωση της αντανακλαστικής δραστηριότητας του πυελικού εδάφους και της ισχύος των PFM[20]. Εναλλακτικός τρόπος εφαρμογής ηλεκτροθεραπείας στην ΑΟ, επιτυγχάνεται μέσω διαδερμικού (με επιφανειακά ηλεκτρόδια) ή ενδοδερμικού (με βελονοειδή ή εμφυτευμένα ηλεκτρόδια) θεραπευτικού ηλεκτρικού ερεθισμού του οπισθίου κνημιαίου νεύρου ή των ιερών ριζών[21].

Επιπλέον, σε ασθενείς με ΑΟ από προσπάθεια χωρίς ψηλαφητή εκούσια σύσπαση των PFM, μπορεί να εφαρμοστεί θεραπεία με σταθμισμένου βάρους ενδοκολπικούς κώνους, προσφέροντάς τους ένα σημαντικό αισθητικό ερέθισμα για σύσπαση των συγκεκριμένων μυών προκειμένου να διατηρήσουν τον κώνο στη θέση του[22].

Τέλος, μια άλλη συντηρητική θεραπευτική μέθοδος, χωρίς ακόμη ευρεία εφαρμογή, είναι ο μαγνητικός ερεθισμός των PFM και των ιερών ριζών[23]. Το μαγνητικό πεδίο παράγεται στο κάθισμα μιας ειδικής καρέκλας όπου κάθεται η ασθενής, με αποτέλεσμα το περινέό της να βρίσκεται εντός του μαγνητικού πεδίου, χωρίς να απαιτείται η είσοδος κάποιας ενδοκολπικής ή ενδοπρωκτικής κεφαλής και η αφαίρεση των ρούχων κατά τη διάρκεια της θεραπείας[24]. Στα μειονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου, αναφέρεται αφενός, η αναγκαιότητα διενέργειας των θεραπευτικών συνεδριών στα πλαίσια του ιατρείου, αφού οι συσκευές παραγωγής μαγνητοθεραπείας δεν είναι φορητές και αφετέρου, η παρούσα τεχνολογία είναι κατάλληλη για τη διέγερση μιας περιοχής και όχι ενός εντοπισμένου, περιορισμένου στόχου, όπως είναι οι ιερές ρίζες ή τα αιδιοικά νεύρα[24].

IV. Επανεκπαίδευση της κύστης

Ένα πρόγραμμα επανεκπαίδευσης της κύστης βρίσκει εφαρμογή κυρίως στην επιτακτική και τη μεικτού τύπου ΑΟ, στοχεύοντας στη μείωση της συχνουρίας και των επεισοδίων απώλειας ούρων, τη βελτίωση του ελέγχου της επιτακτικότητας της ούρησης, την επιμήκυνση των διαστημάτων μεταξύ των ουρήσεων, την αύξηση της χωρητικότητας της κύστης και τέλος, τον επανέλεγχο της λειτουργίας της κύστης[25].

Η ασθενής καλείται να ακολουθήσει ένα ημερολόγιο κύστης, με προκαθορισμένο αρχικά μεσοδιάστημα μεταξύ των ουρήσεων κατά τη διάρκεια της ημέρας, από 30min μέχρι τις 2 ώρες (με συνηθέστερο τη 1 ώρα). Εβδομαδιαίως εφαρμόζεται αύξηση των μεσοδιαστημάτων από 15 - 60min, μέχρι να επιτευχθεί το επιθυμητό χρονικό διάστημα των 2 - 3 ωρών. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να έχουν δοθεί κατάλληλες οδηγίες για τη σωστή λήψη των προσλαμβανομένων υγρών. Η ασθενής ενημερώνεται για τις μεθόδους ελέγχου της επιτακτικότητας της ούρησης μέσω τεχνικών χαλάρωσης και συσπώντας τους PFM[26]. Η τακτική συμπλή-

ρωση ενός ημερολογίου ούρησης είναι πολύ βασική για τον έλεγχο της συνέπειας της ασθενούς στο πρόγραμμά της, την εκτίμηση της προόδου της θεραπείας της, καθώς και την ανάγκη επαναπροσαρμογής του προγράμματος αν δεν παρατηρείται η αναμενόμενη βελτίωση της συμπτωματολογίας.

V. Αποτελεσματικότητα συντηρητικής θεραπείας

Η επιτυχής έκβαση της συντηρητικής αντιμετώπισης της ΑΟ (60 - 70%)[27] εξασφαλίζεται από παραμέτρους, όπως η εποπτεία του προγράμματος από έναν επαγγελματία υγείας[28], η ποικιλία στα είδη των ασκήσεων και τους τρόπους εφαρμογής τους[29] και κυρίως, η συνέπεια των ασθενών στο καθημερινό πρόγραμμα PFMT στο σπίτι[8]. Η συμμόρφωσή τους φαίνεται ότι επηρεάζεται από κάποιους δημογραφικούς παράγοντες των γυναικών (μεγαλύτερη ηλικία και μορφωτικό επίπεδο), τη γενικότερη κατάσταση υγείας τους, τη σοβαρότητα της ΑΟ και την ικανότητά τους για σωστή εκτέλεση των ασκήσεων[30].Θ

Take home messages

- Η συντηρητική θεραπεία της ακράτειας των ούρων είναι χαμηλού κόστους, με μικρό κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών και δεν επηρεάζει αρνητικά άλλες μεταγενέστερες θεραπευτικές επιλογές.
- Με δεδομένο τον υψηλό επιπολασμό της ΑΟ και τους οικονομικούς περιορισμούς της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, η συντηρητική αντιμετώπιση της ΑΟ συστήνεται σαν πρωταρχική θεραπευτική επιλογή για όλα τα είδη ΑΟ (από προσπάθεια, επιτακτική και μεικτού τύπου).
- Η συντηρητικη αντιμετωπιση αποτελει απόλυτη ένδειξη για εκείνες τις γυναίκες που δεν θέλουν ή δεν επιτρέπεται για ιατρικούς λόγους να υποβληθούν σε άλλες θεραπείες, ή βρίσκονται σε προεγχειρητική φάση, επιθυμούν να καθυστερήσουν τη χειρουργική επέμβαση, ή τέλος, τα συμπτώματά τους δεν είναι αρκετά σοβαρά για να οδηγηθούν στο χειρουργείο.

Conservative treatment of urinary incontinence

Synopsis

According to the clinical guidelines for the management of incontinence the first treatment option for all types of female urinary incontinence, is the conservative treatment, which includes lifestyle interventions, programs of training of pelvic floor muscles, bladder retraining with scheduled micturition and anti-incontinece devices. The training of the pelvic floor muscles is achieved by specialized programs of exercises for improving strength, endurance and proprioception of these muscles. The programs can be combined with methods of biofeedback, electrotherapy, vaginal cones and /or magnetic therapy. Ensuring the consistency of patients in the daily practice of their therapeutic programs, is the most importatnt prerequisite for the successful outcome of conservative treatment of female urinary incontinence.

KEYWORDS: Urinary incontinence, conservative treatment, retraining of pelvic floor muscles, bladder retraining, biofeedback, electrotherapy

References

1. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. Neurourology and urodynamics. 2010; 29(1): 213 - 40.
2. Dougherty MC, Bishop KR, Mooney RA, Gimotty PA, Landy LB. Variation in intravaginal pressure measurements. Nursing research. 1991; 40(5): 282 - 5.
3. Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. Obstetrics and gynecology. 2008; 111(2 Pt 1): 324 - 31.
4. Danforth KN, Shah AD, Townsend MK, Lifford KL, Curhan GC, Resnick NM, et al. Physical activity and urinary incontinence among healthy, older women. Obstetrics and gynecology. 2007; 109(3): 721 - 7.
5. Dallosso H, Matthews R, McGrother C, Donaldson M. Diet as a risk factor for the development of stress urinary incontinence: a longitudinal study in women. European journal of clinical nutrition. 2004; 58(6): 920 - 6.
6. Zhu L, Lang J, Wang H, Han S, Huang J. The prevalence of and potential risk factors for female urinary incontinence in Beijing, China. Menopause (New York, NY). 2008; 15(3): 566 - 9.
7. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. American journal of obstetrics and gynecology. 1948; 56(2): 238 - 48.
8. Milne JL, Moore KN. Factors impacting self - care for urinary incontinence. Urologic nursing. 2006; 26(1): 41 - 51.
9. Sapsford RR, Hodges PW. Contraction of the pelvic floor muscles during abdominal maneuvers. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2001; 82(8): 1081 - 8.
10. Bump RC, Hurt WG, Fantl JA, Wyman JF. Assessment of Kegel pelvic muscle exercise performance after brief verbal instruction. American journal of obstetrics and gynecology. 1991; 165(2): 322 - 7; discussion 7 - 9.
11. Bo K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. BMJ (Clinical research ed). 1999; 318(7182): 487 - 93.
12. Miller JM, Ashton - Miller JA, DeLancey JO. A pelvic muscle precontraction can reduce cough - related urine loss in selected women with mild SUI. Journal of the American Geriatrics Society. 1998; 46(7): 870 - 4.
13. Berghmans LCM, Van Waalwijk, Van Doorn ESC, Nieman F, De Bie RA, Smeets LWH, et al. Efficacy of extramural physical therapy modalities in women with proven bladder overactivity: a randomized clinical trial. Neurourology & Urodynamics. 2000; 19(4): 496 - 7.
14. Morkved SB K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one - year follow up. Br J Obstet Gynaecol. 2000; 107: 1022 - 8.
15. Salvesen KA, Morkved S. Randomised controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy. BMJ (Clinical research ed). 2004; 329(7462): 378 - 80.
16. Burgio KL, Locher JL, Goode PS, Hardin JM, McDowell BJ, Dombrowski M, et al. Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women: a randomized controlled trial. Jama. 1998; 280(23): 1995 - 2000.
17. Hay - Smith J, Herbison P, Morkved S. Physical therapies for prevention of urinary and faecal incontinence in adults. The Cochrane database of systematic reviews. 2002(2): Cd003191.
18. Laycock J, Standley A, Crothers E, Naylor D, Frank M, Garside S, et al . Clinical Guidelines for the Physiotherapy Management of Females aged 16-65 with Stress Urinary Incontinence. London: Chartered Society of Physiotherapy; 2001.
19. Yamanishi T, Yasuda K, Sakakibara R, Hattori T, Suda S. Randomized, double - blind study of elec-

trical stimulation for urinary incontinence due to detrusor overactivity. Urology. 2000; 55(3): 353 - 7.
20. Luber KM, Wolde - Tsadik G. Efficacy of functional electrical stimulation in treating genuine stress incontinence: a randomized clinical trial. Neurourology and urodynamics. 1997; 16(6): 543 - 51.
21. Schreiner L, Santos TG, Souza AB, Nygaard CC, Silva Filho IG. Electrical stimulation for urinary incontinence in women: a systematic review. International braz j urol : official journal of the Brazilian Society of Urology. 2013; 39(4): 454 - 64.
22. Herbison GP, Dean N. Weighted vaginal cones for urinary incontinence. The Cochrane database of systematic reviews. 2013(7): Cd002114.
23. Yokoyama T, Nishiguchi J, Watanabe T, Nose H, Nozaki K, Fujita O, et al. Comparative study of effects of extracorporeal magnetic innervation versus electrical stimulation for urinary incontinence after radical prostatectomy. Urology. 2004; 63(2): 264 - 7.
24. Goldberg RP, Sand PK. Electromagnetic pelvic floor stimulation: applications for the gynecologist. Obstetrical & gynecological survey. 2000; 55(11): 715 - 20.
25. Fantl JA, Newman DK, Colling J, Delancey JOL, Keeys C, Loughery R. Urinary Incontinence in Adults: Acute and Chronic Management. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research1996.
26. Mattiasson A, Blaakaer J, Hoye K, Wein AJ. Simplified bladder training augments the effectiveness of tolterodine in patients with an overactive bladder. BJU international. 2003; 91(1): 54 - 60.
27. Wilson PD, Al Samarrai T, Deakin M, Kolbe E, Brown AD. An objective assessment of physiotherapy for female genuine stress incontinence. British journal of obstetrics and gynaecology. 1987; 94(6): 575 - 82.
28. Williams KS, Assassa RP, Gillies CL, Abrams KR, Turner DA, Shaw C, et al. A randomized controlled trial of the effectiveness of pelvic floor therapies for urodynamic stress and mixed incontinence. BJU international. 2006; 98(5): 1043 - 50.
29. Johnson VY. Effects of a submaximal exercise protocol to recondition the pelvic floor musculature. Nursing research. 2001; 50(1): 33 - 41.
30. Bo K, Owe KM, Nystad W. Which women do pelvic floor muscle exercises six months' postpartum? American journal of obstetrics and gynecology. 2007; 197(1): 49.e1 - 5.

Ακράτεια ούρων από προσπάθεια. Χειρουργικές θεραπευτικές επιλογές

Νικόλαος Τσάγκας[1], Άννα Παπανικολάου[2], Οδυσσέας Παπανικολάου[3]
[1]Μαιευτήρας/ Γυναικολόγος, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
[2]Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
[3]Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ, Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Περίληψη

Η ακράτεια είναι ένα συχνό πρόβλημα, που αφορά ως και το 25% των γυναικών. Οι συνέπειες τόσο στην σωματική όσο και την ψυχική υγεία είναι ιδιαίτερα σημαντικές, ενώ είναι γεγονός ότι οι γυναίκες συχνά δεν απευθύνονται στον ιατρό με συνέπεια το πρόβλημα να διαλάθει αδιάγνωστο και χωρίς θεραπεία.
Η χειρουργική θεραπεία έχει θέση όταν αποτύχει η συντηρητική αντιμετώπιση. Σκοπός της επέμβασης είναι ο περιορισμός της υπερκινητικότητας της ουρήθρας και του αυχένα της κύστης και η στήριξη της ουρήθρας κατά την αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης με αποτέλεσμα τη σύγκλειση του ουρηθρικού αυλού.
Οι επεμβάσεις για την ακράτεια από προσπάθεια αδρά διαχωρίζονται α) στις επεμβάσεις κολποανάρτησης: Marshall-Marchetti-Krantz (MMK) και Burch, β) στις κολπικές επεμβάσεις - ταινίες, γ) στα ενδο και περιουρηθρικά ενέσιμα υλικά και δ) τη χρήση τεχνητού σφιγκτήρα.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Ακράτεια ούρων, ουρηθροπηξία, κολποανάρτηση, ταινία

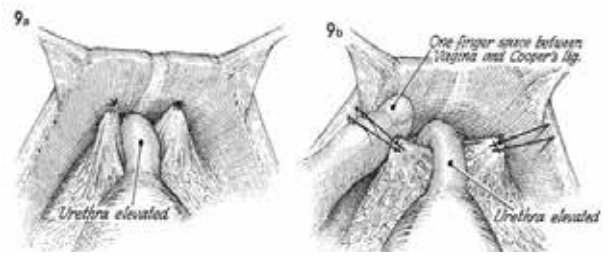
Έχουν περιγραφεί πάνω από 200 επεμβάσεις και παραλλαγές. Οι κυριότερες αφορούν:

α) Κοιλιακές επεμβάσεις κολποανάρτησης

Ως επέμβαση αναφοράς θεωρείται η κολποανάρτηση Burch διότι τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα υπερτερούν των αντίστοιχων της Marshall - Marchetti - Krantz. Η Burch μπορεί να γίνει δια λαπαροτομίας, λαπαροσκοπικά ή και ρομποτικά.

Κολποανάρτηση κατά Burch (οπισθοηβική ουρηθροπηξία/ κυστεοουρηθρική ανάρτηση). **Εικόνα 1**. Αφορά την αμφοτερόπλευρη σταθεροποίηση του πε-

Corresponding author
Οδυσσέας Παπανικολάου Τηλ.: 6932329292, E - mail: odipap@uhi.gr



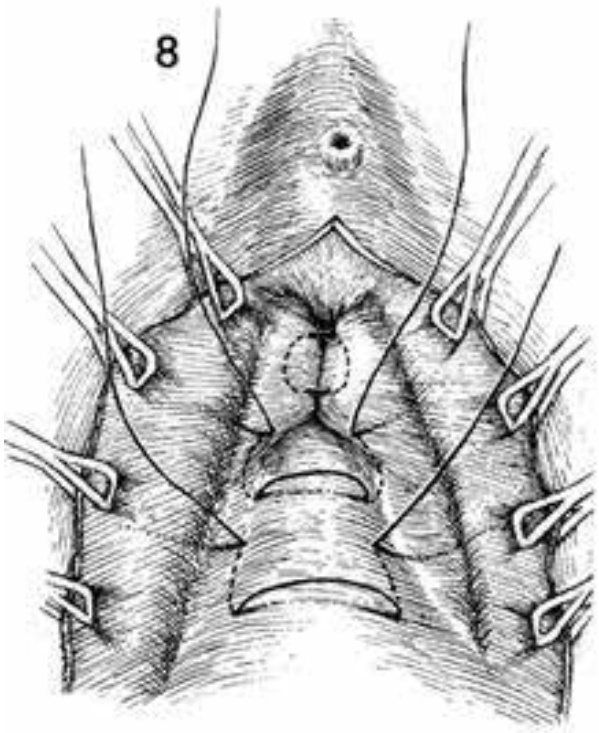
Εικόνα 1: *MMK - BURCH κολποανάρτηση/ ουρηθροπηξία*

ριουρηθρικού ιστού με μόνιμες ραφές μονόκλωνου ράμματος (π,χ prolene 0) στο σύνδεσμο του Cooper και αποτελεί τροποποίηση της κλασσικής μεθόδου Marshall - Marchetti - Kranz (καθήλωση στο περιόστεο του ηβικού οστού). Στόχος είναι η ανάρτηση της ουρήθρας ούτως ώστε η ανατομία να αποκατασταθεί και η ουρηθροκυστική συμβολή και η εγγύς ουρήθρα να βρεθούν στη λειτουργική τους θέση - ενδοκοιλιακά. Η ηβοκυστική περιτονία (περιουρηθρικός ιστός), συρραπτόμενη στο λαγονοκτενικό σύνδεσμο του Cooper λειτουργεί εν είδει ανάρτησης (sling) αποκαθιστά την ουρηθροκυστική γωνία ώστε η ενδοκοιλιακή πίεση να κατανέμεται ομοιόμορφα σε ουροδόχο κύστη και εγγύς ουρήθρα κατά την παροξυσμική αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης (χειρισμός Valsalva - βήχας, φτέρνισμα, άρση βάρους), αντιμετωπίζοντας έτσι χειρουργικά την ακράτεια ούρων από προσπάθεια.

Στο 1ο έτος μετά την επέμβαση παρουσιάζεται εγκράτεια σε ποσοστό 85 - 90%[1]. Στα πρώτα 5 έτη 83% επιτυχία ενώ μετά τα 5 έτη 79%. Επιτυγχάνονται λοιπόν μακροχρόνια επιτυχή θεραπευτικά αποτελέσματα σε 3 από τις 4 γυναίκες που θα υποβληθούν σε ανοικτή επέμβαση. Η λαπαροσκοπική τεχνική έχει παρόμοια πολύ υψηλά ποσοστά δύο χρόνια μετά την επέμβαση με πλεονεκτήματα τη βραχύτερη διάρκεια νοσηλείας, βραχύτερο διάστημα παραμονής του ουροκαθετήρα, ηπιότερο μετεγχειρητικό πόνο ταχύτερη επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες.

β) Κολπικές επεμβάσεις

Η προσθία κολπορραφία με συρραφή - πτύχωση της ηβοκυστικής περιτονίας με ραφές Kelly, **Εικόνα 2,** (και άλλες επώνυμες ραφές όπως Kennedy, Pacey) δεν ενδείκνυται πλέον ως θεραπευτική αντιμετώπιση της ακράτειας παρά μόνο σε γυναίκες



Εικόνα 2: *Κολπορραφία - ΡΑΦΕΣ KELLY*

που δεν μπορούν να υποβληθούν σε άλλη χειρουργική μέθοδο[2].

Τα ποσοστά θεραπείας - εγκράτειας ποικίλουν και κυμαίνονται σε 31% το 73%[3,4]. Σε ελληνικά δεδομένα τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών το ποσοστό επιτυχίας κυμάνθηκε στο 56 - 57% (3 - 5 χρόνια μετά την επέμβαση) που είναι σημαντικά χαμηλότερο σε σχέση με την κολποανάρτηση (επέμβαση αναφοράς)[5].

Επίσης, το θεραπευτικό αποτέλεσμα φθίνει με το χρόνο και η εγκράτεια από 80% στον 1ο χρόνο μειώνεται στο 60% στα 5 - 7 χρόνια[4] ή σύμφωνα με άλλους από 80% στους 3 μήνες στο 63% στον ένα χρόνο και στο 37% στα 5 χρόνια[7].

Ταινίες ακράτειας

Οι διακολπικές ταινίες τοποθετούνται ως αγκύλη κάτω από την ουρήθρα και λειτουργούν ως ικρίωμα στο οποίο θα εναποτεθεί συνδετικός ιστός. Είναι σημαντικό ότι παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά ίασης σε σχέση με τη Burch[8] και είναι διαδικασιες ελάχιστα επεμβατικές που συμφώνα με αποτελέσματα μακρόχρονης μετεγχειρητικής παρακολούθησης φτάνουν ποσοστά θεραπείας 91%[9].

Η 1η προσπάθεια υποστήριξης της ουρήθρας καταγράφηκε το 1907 με μόσχευμα από τον ισχνό προσαγωγό και κατά καιρούς έχουν χρησιμοποιηθεί μοσχεύματα από: πυραμοειδείς μύες, μύες ορθού κοιλιακού, περιτονία ορθών κοιλιακών, απονεύρωση έξω λοξού, περιτονία του μηρού, περιτονία του βολβοσηραγώδους μυός του περινέου και το κολπικό τοίχωμα της γυναίκας.

Λόγω της δυσκολίας λήψης μοσχεύματος (2η τομή, κήλες κοιλιακού τοιχώματος) και παρασκευής ταινίας με το κατάλληλο μήκος και αντοχή χρησιμοποιήθηκαν έτοιμα μη οργανικά μοσχεύματα από: Nylon, silicone, πολυεστερικά (mersilene) και άλλα πολυμερή όπως marlex, πολυτετραφλουροαιθυλένιο - Gortex. Τα συνθετικά υλικά έχουν ως επιπλοκές διάβρωση, λοίμωξη, νέκρωση πέριξ ιστών και επίσχεση ούρων που απαιτεί επανεπέμβαση και αφαίρεση του υλικού.

Σήμερα το καλύτερα μελετημένο υλικό είναι το συνθετικό πολυπροπυλένιο ενώ επανεμφανίζεται η τάση χρήσης οργανικών υλικών - αυτόλογων αλλομοσχευμάτων από περικάρδιακό ιστό, ιστό σκληράς μήνιγγας, περιτονίες πτωματικής προέλευσης ή ετερόλογα μοσχεύματα όπως από έντερο χοίρου. Το μέλλον πιθανώς να βρίσκεται στα εξατομικευμένα αυτόλογα μοσχεύματα με βάση τα βλαστοκύτταρα (tissue engineering)[10].

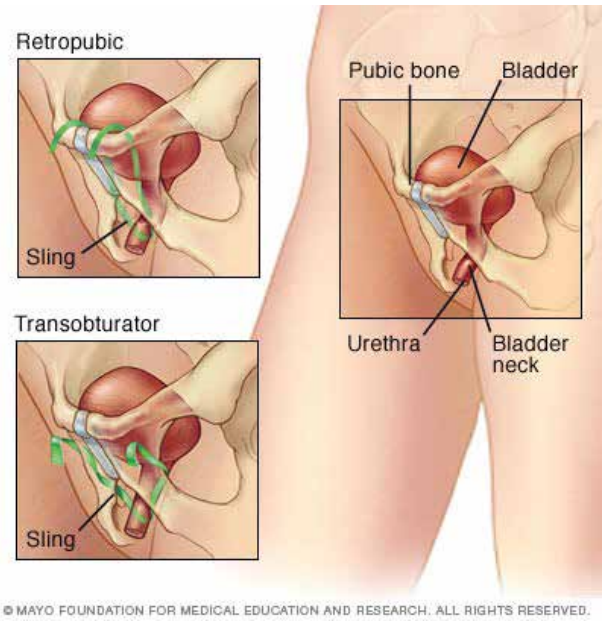
Κλασσικές ταινίες δίκην αγκύλης - full length

Το μόσχευμα (αυτόλογο/ ετερόλογο, οργανικό ή συνθετικό) πρέπει να έχει πλάτος 2 εκατοστά και μήκος 12 - 18 εκατοστά. **Εικόνα 3**.

Η ασθενής έχει λάβει κατάλληλη αντιβιοτική προφύλαξη 60 λεπτά πριν την επέμβαση, τοποθετείται σε θέση λιθοτομής και εισάγεται διουρηθρικά καθετήρας folley στην κύστη. Διενεργείται χαμηλή εγκάρσια τομή 2 εκατοστά άνω της ηβικής σύμφυσης μήκους ~4 εκατοστά και αποκαλύπτεται μετά από κατάλληλη παρασκευή η περιτονία του ορθού κοιλιακού.

Με δεύτερη τομή στο πρόσθιο κολπικό τοίχωμα μήκους ~3 εκατοστών παρασκευάζεται το κολπικό τοίχωμα από τον παρακυστικό και περιουρηθρικό ιστό έως και το χείλος του κάτω ηβικού κλάδου.

Η θέση της ουρηθροκυστικής συμβολής καθορίζεται με έλξη και ψηλάφηση του μπαλονιού του folley. Προστατεύοντας την ουρήθρα με το δάκτυλο ο χειρουργός εισέρχεται στον χώρο του retzius χρησιμοποιώντας αμβλύ ψαλίδι (π.χ κυρτό Mayo) με κλίση 45ο επί τα εκτός της ουρήθρας και πίσω από το ηβικό οστό.

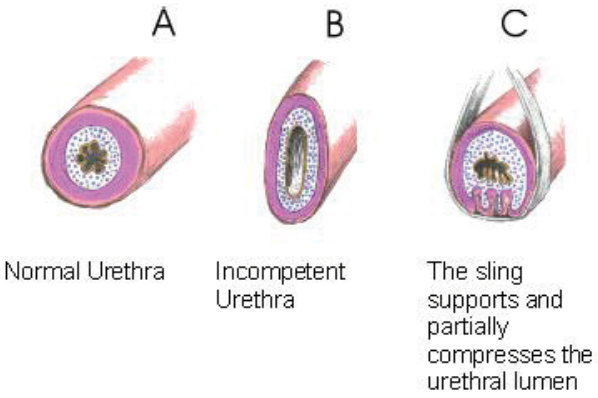


Εικόνα 3: *Οπισθοηβική, διαθυροειδική αγκύλη/ ταινία*

Το μέσον του μοσχεύματος καθηλώνεται με βραδέως απορροφήσιμη ραφή ώστε να αποφευχθεί αναδίπλωση της ταινίας. Έπειτα με αμβλεία λαβίδα από το κοιλιακό τοίχωμα και με την καθοδήγηση δακτύλου από τον κόλπο, συλλαμβάνουμε το ένα άκρο του μοσχεύματος το οποίο φέρεται στην τομή της κοιλιάς. Η λαβίδα πρέπει να περάσει επί τα έσω του ηβικού φύματος ώστε να αποφευχθεί κάκωση του λαγονοηβικού νεύρου. Επαναλαμβάνεται η ίδια διαδικασία ετερόπλευρα, ακολουθεί ουρηθρο - κυστεοσκόπηση ώστε να αποκλειστεί τραύμα στην ουρήθρα ή την κύστη και τοποθετείται υπερηβικός ουροκαθετήρας.

Τα δύο άκρα του μοσχεύματος έπειτα συρράπτονται στην περιτονία του ορθού κοιλιακού με μη απορροφήσιμο ράμμα ώστε η ουρηθροκυστική γωνία να βρίσκεται στις 0 μοίρες σε σχέση με το οριζόντιο επίπεδο[11].

Η κλασσική ταινία - αγκύλη στηρίζει την ουρήθρα και αυτό προκαλεί παθητική αύξηση της αντίστασης της ουρήθρας, επιπλέον όμως η καθήλωση στο κοιλιακό τοίχωμα έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ουρηθρικής αντίστασης κάθε φορά που έχουμε αύξηση



Εικόνα 4: *Μηχανισμός στήριξης ουρήθρας με εφαρμογή ταινίας ακράτειας*

της ενδοκοιλιακής πίεσης (βήχας, γέλιο, φτάρνισμα) - ενεργητική αύξηση της πίεσης σύγκλεισης της ουρήθρας. **Εικόνα 4**.

Patch - sling και προσαρμοζόμενες ταινίες

Αποτελεί παραλλαγή της κλασσικής με μικρότερο μόσχευμα 2 εκατοστά πλάτος και 5 εκατοστά μήκος που συρράπτεται με μη απορροφήσιμες ραφές στην περιτονία του ορθού κοιλιακού[12]. Επιπλέον υπάρχουν και οι προσαρμοζόμενες ταινίες ακράτειας. Συγκεκριμένα τοποθετείται πάνω από την περιτονία του ορθού κοιλιακού, συσκευή με την οποία είναι δυνατή η ρύθμιση της τάσης της ταινίας δι - και μετεγχειρητικά ώστε να ανταποκρίνεται η απόδοση του πλέγματος στην κλινική εγκράτεια της κάθε γυναίκας. Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να υποστηρίζουν ότι αυτή η μέθοδος υπερτερεί των κλασσικών ταινιών.

Οπισθοηβικές ταινίες ελεύθερης τάσης - TVT (tension free vaginal tape) - "U" shape tape

Αποτελούν μια επιλογή που συνδυάζει αποτελεσματικότητα και ελάχιστη επεμβατικότητα και αρχικά περιγράφησαν στη Σουηδία στα μέσα της δεκαετίας 90[13]. Τα τελευταία 20 χρόνια χρησιμοποιείται συνθετικό υλικό προλενίου.

Με την τεχνική αυτή δεν απαιτείται χαμηλή εγκάρσια τομή στο δέρμα και παρασκευή μέχρι αποκάλυψης της περιτονίας του ορθού κοιλιακού αλλά 2 μικρές τομές 1 εκατοστού, 2 εκατοστά αμφοτερόπλευρα της μέσης γραμμής και ~1.5 εκατοστό από την ηβική σύμφυση. Από την τομή του κόλπου μετά την αποκόλληση του κολπικού τοιχώματος από την ουροδόχο κύστη χρησιμοποιείται άκαμπτος καθετήρας οδηγός ώστε να μετακινηθεί ετερόπλευρα η ουρήθρα. Έπειτα εισάγεται κυρτός εισαγωγέας - βελόνη που διαπερνά την περιτονία της πυέλου και εισέρχεται στο χώρο του retzius και στη συνέχεια με ειδικό κυρτό εισαγωγέα αγκαλιάζοντας το ηβικό οστό έρχονται τα σκέλη της ταινίας στις τομές του 1 εκατοστού στην κοιλιακή χώρα. Η ταινία δεν καθηλώνεται με ραφές. Ακολουθεί κυστεοσκόπηση και αν παρατηρηθεί διάτρηση της κύστης η ταινία αφαιρείται και επανατοποθετείται. Πριν την ολοκλήρωση της επέμβασης τελείται τεστ βήχα με την κύστη γεμάτη με 250 - 300 ml φυσιολογικού ορού και προσαρμογή της ταινίας η οποία παραμένει υπο της ουρήθρας αυξάνοντας παθητικά την αντίσταση κατά την αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης (προσπάθεια).

Διαθυροειδικές ταινίες ελεύθερης τάσης από το δέρμα προς τον κόλπο - TOT (tension free obturator tape outside in) (Delorme 2001)

Με την κλασσική τεχνική TVT σποραδικές μελέτες κατέγραψαν περιστατικά διάτρησης της ουροδόχου κύστης σε ποσοστά 0.8 - 21% ενώ σε συστηματικές καταγραφές από κέντρα της Φινλανδίας και της Αυστρίας καταγράφησαν ποσοστά 2.7 - 3.8%. Με αφορμή αυτές τις παρατηρήσεις και για αποφυγή κακώσεων οργάνων της πυέλου εφαρμόστηκε αρχικά η τεχνική της διαθυρεοειδικής ταινίας[14]. Ειδικός ελικοειδής εισαγωγέας εισάγει την ταινία μέσω μικρών τομών στο επίπεδο 2 εκατοστά άνω της ουρήθρας και 2 εκατοστά επί τα εκτός της πτυχής των μεγάλων χειλέων του αιδοίου και εξέρχεται σε τομή επί του κολπικού τοιχώματος 1 εκατοστό κάτω από το στόμιο της ουρήθρας.

Διαθυροειδικές ταινίες ελεύθερης τάσης από τον κόλπο προς τα έξω - "δίκην αιώρας" - TVTO (tension free obturator tape inside out) - "hammock" configuration (De Leval 2003)

Η τεχνική αυτή είναι εξέλιξη της προηγούμενης και έχει παρόμοια ποσοστά επιπλοκών. Η ταινία διέρχεται μέσω trocar μιας χρήσης από τον ευθυϊσχιακό βόθρο αλλά δεν διαπερνά το πυελικό διάφραγμα ώστε να διέλθει στον οπισθοηβικό χώρο (retzius) και συνεπώς δεν υφίσταται ο κίνδυνος της τυφλής τρώσης των οργάνων της πυέλου (ουροδόχος κύστη, έντερο αγ-

γεία)[15]. Επίσης η γωνίωση της ταινίας (45°) σε σχέση με την ουρήθρα είναι μικρότερη σε σύγκριση με τη μέθοδο TVT και για αυτό το λόγο παρατηρούνται χαμηλότερα ποσοστά επίσχεσης και ανάγκης καθετηριασμού με ταυτόχρονα πολύ υψηλά ποσοστά θεραπείας της ακράτειας.

Οι μεταναλύσεις έχουν δείξει παρόμοια αποτελεσματικότητα μεταξύ οπισθοηβικών και διαθυροειδικών τεχνικών, όμως πιθανά να πλεονεκτεί η χρήση TVT σε περιπτώσεις σοβαρής ακράτειας από προσπάθεια, όπου αιτία ακράτειας αποτελεί η ανεπάρκεια του σφιγκτήρα και όχι η υπερκινητικότητα της ουρήθρας (ποσοστά θεραπείας 100% TVT έναντι 66 % TOT <0.001 σε σοβαρού βαθμού ακράτεια[16].

Μίνι ταινίες - mini slings

Αποτελεί μια ακόμα λιγότερο επεμβατική μέθοδο. Η ταινία είναι βραχύτερη (8 εκατοστά σε μήκος και 1 εκατοστό σε πλάτος) καθηλώνεται στην θυροειδική μεμβράνη και δεν διαπερνά τους: έξω θυροειδείς μύς, μακρό προσαγωγό, ισχνό προσαγωγό, βραχύ προσαγωγό, ενώ απαιτείται μια και μοναδική τομή, εκείνη του κόλπου. Αποτέλεσμα μικρότερος κίνδυνος αιμορραγίας, μετεγχειρητικού πόνου και τραυματισμού του θυροειδούς νεύρου. Έχουν να επιδείξουν συγκρίσιμα αξιόλογα αποτελέσματα με τους προκατόχους τους στους 12 μήνες μετά την επέμβαση, αλλά δεν υπάρχουν δεδομένα μακροχρόνιας απόδοσής και συγκριτικές μελέτες σε σχέση με τις καθιερωμένες τεχνικές ώστε να υποστηριχτεί η χρήση τους. Συγκεκριμένα τα συστήματα TVT secur και Miniarc - mini slings αποδείχθηκαν υποδεέστερα των ταινιών εφαρμογής στη μέση ουρήθρα και αποσύρθηκαν από την αγορά[17].

γ) Ουρηθρικά ενέσιμα - bulking agents

Πρόκειται για μια ακόμη πιο ελάχιστα επεμβατική θεραπεία που μπορεί να εφαρμοστεί και σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου. Τα τελευταία 30 χρόνια έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα υλικά (πολυμερή συνθετικά κολλαγόνου, αυτόλογα υλικά λιπώδους ιστού, χονδροκυττάρων, μυοβλαστών) ως ενέσιμα χωρίς να θεωρείται κάποιο ως το υλικό εκλογής και η ένεση γίνεται στον υποβλεννογόνιο χώρο μεταξύ του μέσου της ουρήθρας και του αυχένα της κύστης στις ώρες 6,2,10 του αυλού είτε δια κυστεοσκοπίου ενδοουρηθρικά είτε περιουρηθρικά με βελόνα που εισέρχεται κατ εφαπτομένη δίπλα από το στόμιο της ουρήθρας. Αρχικά η τεχνική χρησιμοποιήθηκε για θεραπεία της ανεπάρκειας του σφιγκτήρα σε γυναίκες που δεν επιθυμούν ή δεν δύνανται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση, φαίνεται όμως ότι έχει θέση και στις περιπτώσεις υπερκινητικότητας της ουρήθρας[18]. Τα διαθέσιμα αποτελέσματα δείχνουν αποτελεσματικότητα στους 3 μήνες 22% με χρήση αυτόλογου λίπους έναντι 21% placebo - saline, στους 6 μήνες 38% σιλικόνη έναντι 60% κολλαγόνο χοίρου, σε άλλη μελέτη επίτευξη εγκράτειας σε ποσοστό 8% με σιλικόνη έναντι 81% με ταινία ακράτειας, στους 12 μήνες 18% με ενδοουρηθρική έγχυση υαλουρονικού και 6% με περιουρηθρική ενώ σε άλλη μελέτη 63.4% με χρήση ενέσιμου υδροξυαπατίτη έναντι 57% με βόειο κολλαγονο.

Συμπερασματικά δεν υπάρχουν μακροχρόνια αξιόλογα αποτελέσματα και πιθανά η αποτελεσματικότητα των ενέσιμων υλικών φθίνει με το χρόνο. Οι γυναίκες πρέπει να ενημερώνονται ότι απαιτούνται επαναληπτικές συνεδρίες για τη συγκεκριμένη θεραπεία η οποία σε κάθε περίπτωση είναι υποδεέστερη των χειρουργικών τεχνικών[19].

δ) Τεχνητός σφιγκτήρας

Στον αυχένα της ουρήθρας τοποθετείται δίκην βρόγχου τεχνητός σφιγκτήρας ο οποίος συγκλείνει μηχανικά την ουρήθρα. Μέσω εμφυτευμένου ρεζερβουάρ φυσιολογικού ορού ο ασθενής μπορεί να απελευθερώνει και να κλείνει την ουρήθρα μέσω υποδερματικού κουμπιού. Τα δεδομένα που έχουμε είναι ανεπαρκή αλλά τα ποσοστά ίασης κυμαίνονται μεταξύ 59 - 88% με κύριες επιπλοκές μηχανική αποτυχία και ανάγκη αντικατάστασης έως και σε 42% τα 10 πρώτα χρόνια και αποβολή/ εκφύτευση του τεχνητού υλικού σε ποσοστό 5.9 - 15% κυρίως σε ασθενείς. Ενδείκνυται σε επιπλεγμένες περιπτώσεις όπου έχουν αποτύχει όλα τα θεραπευτικά χειρουργικά μέσα[20]. Θ

Take home messages

- Η πρώτη γραμμή θεραπείας της ακράτειας είναι η συντηρητική αντιμετώπιση
- Η πρώτη γραμμή χειρουργικής θεραπείας είναι η χρήση οπισθοηβικής ή διαθυροειδικής ταινίας
- Η οπισθοηβική τεχνική ενέχει αυξημένο ρίσκο τραυματισμού ενδοπυελικών οργάνων ενώ η διαθυροειδική μέθοδος αυξημένη πιθανότητα δυσπαρεύνειας και μακροχρόνιου μετεγχειρητικού πόνου.
- Η ουρηθροπηξία κατά Burch ανοικτά ή λαπαροσκοπικά όπως και η χρήση αυτόλογων μοσχευμάτων αποτελούν αποτελεσματική θεραπευτική χειρουργική μέθοδο όταν δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι τεχνητές ταινίες.
- Με τα αυτόλογα μοσχεύματα υπάρχει αυξημένος κίνδυνος επίσχεσης και ανάγκη διαλείποντος καθετηριασμού.
- Κυστεογραφία ενδείκνυται πάντα σε οπισθοηβική τεχνική και σε περίπτωση δυσκολίας στην εισαγωγή διαθυροειδικής ταινίας.
- Η μέθοδος των ενέσιμων παραγόντων δεν είναι η ενδεικνυόμενη αν η γυναίκα επιδιώκει πλήρη αποκατάσταση της ακράτειας

Genuine stress incontinence. Surgical therapeutic options

Synopsis

Stress incontinence can lead to a significant somatic and psychological handicap. The surgical treatment should be applied after a thorough investigation of the causes of the incontinence and exhaustion of all the conservative therapeutic means. The surgical methods are highly effective in carefully selected patients. Their aim is to provide support to the urethra and to the neck of the bladder. There is a wide spectrum of procedures and it is the responsibility of the specialist to choose the right procedure for the optimal care of each patient. Specifically, after the recent advances in urogynaecology, the classic Burch colposuspension
still plays an important role. The minimally invasive sling procedures can be used as first surgical option in patients with uncomplicated genuine stress incontinence. Finally, as the last resort, the method of artificial sphincter can be applied in complicated cases of severe stress incontinence

KEYWORDS: Stress incontinence, urethropexy, colposuspension, Burch, tape, slings

References

1. Dean NM, Ellis G, Wilson PD, Herbison GP. Laparoscopic colposuspension for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jul 19; (3): CD002239.
2. Kammerer-Doak DN, Dorin MH, Rogers RG, Cousin MO. A randomized trial of burch retropubic urethropexy and anterior colporrhaphy for stress urinary incontinence. Obstet Gynecol. 1999 Jan; 93(1): 75 - 8.
3. Di Palumbo VS. Four-corner bladder and urethral retropubic suspension versus anterior colporrhaphy in the correction of stress urinary incontinence

with urethrocystocele 3-4. Randomized clinical trial. Urogynaecologia International Journal 2003; 17; 2 : 57-68.
4. Glazener CM, Cooper K. Anterior vaginal repair for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2001; (1): CD001755.
5. Liapis A, Pyrgiotis E, Kontoravdis A, Louridas C, Zourlas PA. Genuine stress incontinence: prospective randomized comparison of two operative methods. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1996 Jan; 64(1): 69 - 72.
6. Lalos O, Berglund AL, Bjerle P. The long - term outcome of retropubic urethrocystopexy (sutures and fibrin sealant) and pubococcygeal repair. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000 Feb; 79(2): 135 - 9.
7. Bergman A, Elia G. Three surgical procedures for genuine stress incontinence: five - year follow - up of a prospective randomized study.Am J Obstet Gynecol. 1995 Jul; 173(1): 66 - 71.
8. Richter HE, Goode PS, Brubaker L, Zyczynski H, Stoddard AM, Dandreo KJ, et al. Two - year outcomes after surgery for stress urinary incontinence in older compared with younger women. Obstet Gynecol. 2008 Sep; 112(3): 621 - 9.
9. Nilsson CG1, Palva K, Aarnio R, Morcos E, Falconer C. Seventeen years' follow-up of the tension-free vaginal tape procedure for female stress urinary incontinence. Int Urogynecol J. 2013 Aug; 24(8): 1265 - 9.
10. Mangera A, Bullock AJ, Roman S, Chapple CR, MacNeil S. Comparison of candidate scaffolds for tissue engineering for stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse repair. BJU Int. 2013 Sep; 112(5): 674 - 85.
11. Karram MM: Transvaginal needle suspension procedures. In Hurt WG [ed]: Urogynecologic Surgery, p 59, 2nd edn. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
12. Karram MM, Bhatia NN. Patch procedure: modified transvaginal fascia lata sling for recurrent or severe stress urinary incontinence. Obstet Gynecol. 1990 Mar; 75(3 Pt 1): 461 - 3.
13. Ulmsten U, Petros P. Intravaginal slingplasty (IVS): an ambulatory surgical procedure for treatment of female urinary incontinence.
14. Delorme E. [Transobturator urethral suspension: mini - invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women]. Prog Urol. 2001 Dec; 11(6): 1306 - 13.
15. de Leval J. Novel surgical technique for the treatment of female stress urinary incontinence: transobturator vaginal tape inside - out. Eur Urol. 2003 Dec; 44(6): 724 - 30.
16. Araco F, Gravante G, Sorge R, Overton J, De Vita D, Sesti F, et al. TVT - O vs TVT: A randomized trial in patients with different degrees of urinary stress incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008; 19: 917 - 26.
17. Nambiar A, Cody JD, Jeffery ST. Single - incision sling operations for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jun 1; (6): CD008709.
18. Bent AE, Foote J, Siegel S, Faerber G, Chao R, Gormley EA. Collagen implant for treating stress urinary incontinence in women with urethral hypermobility. J Urol. 2001 Oct; 166(4): 1354 - 7.
19. Kirchin V, Page T, Keegan PE, Atiemo K, Cody JD, McClinton S.Urethral injection therapy for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Feb 15; 2: CD003881.
20. Chung E, Cartmill RA. 25 - year experience in the outcome of artificial urinary sphincter in the treatment of female urinary incontinence. BJU Int. 2010 Dec; 106(11): 1664 - 7. doi: 10.1111/j.1464 - 410X.2010.09419.x.

Κεκαλυμμένη Ακράτεια Ούρων

Γεώργιος Λιάλιος
Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας, Ουρογυναικολογικό Ιατρείο

Περίληψη

Κεκαλυμμένη ακράτεια ούρων ορίζεται ως η ακούσια διαφυγή ούρων από προσπάθεια που εμφανίζεται μετά τη χειρουργική αποκατάσταση της πρόπτωσης των πυελικών οργάνων, σε ασθενείς ελεύθερες συμπτωμάτων προ της επέμβασης. Η εκτέλεση ή μη προφυλακτικής αντι-stress επέμβασης σε αυτούς τους ασθενείς χρειάζεται συστηματική μελέτη. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η μελέτη του κόστους, των επιπλοκών, της ικανοποίησης των ασθενών και του αριθμού των επεμβάσεων που αποφεύχθηκαν. Μέχρι να υπάρξουν επαρκή και αδιάσειστα στοιχεία σχετικά με τη δυνατότητα πρόβλεψης προ-εγχειρητικά της μετεγχειρητικής ακράτειας δεν μπορούμε να απαντήσουμε αβίαστα στο ερώτημα αν πρέπει να εκτελείται ταυτόχρονα προφυλακτική ή σε δεύτερο χρόνο αντι-stress επέμβαση. Πάντως τα μέχρι σήμερα δεδομένα συγκλίνουν στη διενέργεια της ταυτόχρονης προφυλακτικής επέμβασης για την ακράτεια στις γυναίκες με κεκαλυμένη ακράτεια ούρων και συμπτωματική χαλάρωση των πυελικών οργάνων.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Κεκαλυμμένη ακράτεια, αντι-stress επέμβαση, πρόπτωση πυελικών οργάνων

Κεκαλυμμένη Ακράτεια Ούρων (Occult urinary incontinence)

Κεκαλυμμένη ακράτεια ούρων (Occult Stress Urinary Incontinence, OSUI) ορίζεται ως η ακούσια διαφυγή ούρων από προσπάθεια που εμφανίζεται μετά τη χειρουργική αποκατάσταση της πρόπτωσης των πυελικών οργάνων, σε ασθενείς ελεύθερες συμπτωμάτων προ της επέμβασης. Θα μπορούσε να οριστεί επίσης ως απώλεια ούρων, σε δοκιμασία Valsalva κατά τη διάρκεια ανάταξης της πρόπτωσης του κόλπου, με απουσία ενεργοποίησης του εξωστήρα μυ. Η πρόπτωση των πυελικών οργάνων (Pelvic Organ Prolapse, POP) μπορεί να καλύπτει μια δυνητική ακράτεια ούρων από προσπάθεια, είτε λόγω απόφραξης είτε λόγω γωνίωσης της ουρήθρας. Η επίπτωση κυμαίνεται μεταξύ 36 - 80%. Η μεγάλη αυτή διακύμανση οφείλεται στην έλλειψη κοινών διαγνωστικών κριτηρίων[1]. Η κεκαλυμμένη ακράτεια ούρων δεν έχει ορισθεί επακριβώς σαν κλινική οντότητα από την International Continence Society. Έχει προταθεί να χρησιμοποιηθούν στον ορισμό της παράμετροι όπως είναι η πίεση σύγκλεισης μέσης ουρήθρας (Mid Urethra Closure Pressure, MUCP) και η σχέση μεταδιδόμενης πίεσης, με ή χωρίς ακράτεια[2].

Corresponding author
Γεώργιος Λιάλιος PhD, Δ/ντης ΕΣΥ, Μεζούρλο Λάρισας, οδός Πανεπιστήμιου, 2413502757,
E - mail: lialiosg@hotmail.com

Διάγνωση κεκαλυμμένης stress ακράτειας

Από το ιστορικό μπορεί να τεθεί η υποψία της κεκαλυμμένης ακράτειας σε περίπτωση που η ασθενής αναφέρει συμπτωματολογία ακράτειας ούρων από προσπάθεια, που υποχώρησε όταν εμφανίστηκε ή επιδεινώθηκε η κολπική πρόπτωση. Με την κλινική εξέταση η κεκαλυμμένη ακράτεια ούρων διαγιγνώσκεται όταν διαπιστώνεται απώλεια ούρων μετά την ανάταξη της πρόπτωσης (stress test with POP reduction). Η κλινική εξέταση γίνεται συνήθως με πλήρωση της κύστης με 300ml ή με τη μέγιστη χωρητικότητα. Η ανάταξη της κολπικής πρόπτωσης μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους. Ανάταξη διά των δακτύλων έχει ποσοστό διάγνωσης 19%, με τοποθέτηση πεσσού 6%, με τη χρήση κολποδιαστολέων (SIMS) 30% . Η ευαισθησία της μεθόδου είναι 5 - 39%, ενώ η ειδικότητά της είναι 74 - 96%. Η τοποθέτηση της ασθενούς παίζει σημαντικό ρόλο. Συνήθως τοποθετούμε την ασθενή σε γυναικολογική θέση, αλλά, αν δεν έχουμε σαφή αποτελέσματα, προτείνεται η επανάληψη της εξέτασης σε όρθια ή καθιστή θέση. Ειδικότερα σε ασθενείς με ολική πρόπτωση έχουμε αρκετά συχνά ψευδώς θετικό τεστ, ενώ αντίθετα ασθενείς με καλά υποστηριζόμενο πρόσθιο κολπικό τοίχωμα μας δίνουν πιο αξιόπιστα τεστ. Ακόμα και μία άρτια κλινική εξέταση δεν μπορεί να αναπαράγει την ανατομική διόρθωση που θα προσφέρει η επέμβαση[1, 3].

Η κλινική εξέταση μετά από ανάταξη της κολπικής πρόπτωσης (stress test) μπορεί να συνδυαστεί με ουροδυναμικό έλεγχο, υπερηχογράφημα και ακτινολογικές εξετάσεις. Είναι χρήσιμο να διαγνωσθεί η κεκαλυμμένη ακράτεια προεγχειρητικά, αφενός για να αποφασιστεί το είδος της επέμβασης αφετέρου για να ενημερώσουμε τις ασθενείς για τις ενδεχόμενες επιπλοκές της επέμβασης και την εμφάνιση ακράτειας μετά το χειρουργείο. Η κλινική εξέταση μπορεί να γίνει και διεγχειρητικά, εφόσον το χειρουργείο διενεργείται υπό τοπική ή περιοχική αναισθησία[4].

Η αξία του ουροδυναμικού ελέγχου προεγχειρητικά έγκειται στο να εντοπισθούν ασθενείς που θα εμφανίσουν ακράτεια μετεγχειρητικά. Το ποσοστό των ασθενών με κολπική πρόπτωση που εμφανίζουν ακράτεια μετά την αποκατάσταση της πρόπτωσης είναι 36 - 80%. Ασθενείς με αρνητικό stress test προεγχειρητικά έχουν μικρή πιθανότητα να εμφανίσουν ακράτεια μετά το χειρουργείο. Παρόλα αυτά, ο ακριβής κίνδυνος παραμένει άγνωστος, μιας και δεν υπάρχουν σωστές τυχαιοποιημένες μελέτες[5].

Αντιμετώπιση κεκαλυμμένης stress ακράτειας

Η αντιμετώπιση της κεκαλυμμένης stress ακράτειας αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο θέμα όσον αφορά τόσο στο εάν οι αντι - stress επεμβάσεις θα πρέπει να γίνονται κατά τον ίδιο χρόνο της χειρουργικής αποκατάστασης της πρόπτωσης όσο και στο είδος της τεχνικής προσέγγισης.

Αρκετές μελέτες έχουν διεξαχθεί για τις τεχνικές αντιμετώπισης της κεκαλυμμένης stress - ακράτειας.

Σε πολυκεντρική προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη (CARE - study), έλαβαν μέρος 322 ασθενείς με πρόπτωση σταδίου 2 - 4, που είχαν θετικά και αρνητικά stress tests, υποβλήθηκαν σε διακοιλιακή διόρθωση της πρόπτωσης. Από αυτές, οι 165 ασθενείς υποβλήθηκαν μόνο σε διακοιλιακή ιεροκολποπηξία (ASC), ενώ οι άλλες 157 υποβλήθηκαν σε ιεροκολποπηξία και κολποανάρτηση Burch (ASC και κολποανάρτηση). Μετεγχειρητική ακράτεια εμφάνισαν το 23,8% στην ομάδα που είχε υποβληθεί σε Burch και 44,1% στην ομάδα ελέγχου. Στις ασθενείς με αρνητικά stress tests προεγχειρητικά, η εκτέλεση προφυλακτικής κολποανάρτησης ελάττωσε την μετεγχειρητική ακράτεια από 38,2% σε 20,8%. Σαν συμπέρασμα κατέληξαν, στο ότι όλοι οι ασθενείς πρέπει να υποβάλλονται και σε κολποανάρτηση κατά Burch κατά τη διάρκεια της ιεροκολποπηξίας[6].

Η επόμενη μελέτη καταλήγει σε αντίθετα αποτελέσματα. Είναι μια προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη στην οποία έλαβαν μέρος 66 ασθενείς με πρόπτωση και υποβλήθηκαν σε διακοιλιακή ιεροκολποπηξία. Περιελήφθησαν μόνο ασθενείς με αρνητικά stress tests. Έτσι 32 ασθενείς υποβλήθηκαν μόνο σε ιεροκολποπηξία (ASC), ενώ 34 ασθενείς υποβλήθηκαν σε ιεροκολποπηξία και κολποανάρτηση (ASC και κολποανάρτηση Burch). Εμφάνιση μετεγχειρητικής ακράτειας παρουσίασε το 26,4% στην ομάδα Burch και 3,1% στην ομάδα control. Οι συγγραφείς δεν υποστηρίζουν την προσθήκη της Burch σαν επέμβαση ρουτίνας σε ασθενείς με αρνητικά stress tests[7].

Σε άλλη μια αναδρομική πολυκεντρική μελέτη με 441 ασθενείς με πρόπτωση σταδίου 2 - 4, υποβλήθηκαν σε διακοιλιακή προσπέλαση για διόρθωση της πρόπτωσης. Οι 204 ασθενείς με ακράτεια (φανερή ή

κεκαλυμμένη) υποβλήθηκαν σε ASC και Burch ή υπο - ουρηθρική ταινία (suburethral sling), αντίθετα οι 237 ασθενείς (controls) χωρίς ακράτεια υποβλήθηκαν μόνο σε ASC και οι δύο ομάδες εμφάνισαν ίδια ποσοστά μετεγχειρητικής ακράτειας δηλαδή 13,4% της ομάδας μελέτης έναντι 13,3% της ομάδας ελέγχου. Οι συγγραφείς δεν υποστηρίζουν την προσθήκη αντι - stress επέμβασης, σαν επέμβαση ρουτίνας, σε ασθενείς χωρίς ακράτεια[8].

Σε ότι αφορά τη διακολπική προσπέλαση για τη διόρθωση της πρόπτωσης δεν υπάρχει καμία καλά οργανωμένη μελέτη που να είναι ξεκάθαρα υπέρ της ταυτόχρονης προφυλακτικής επέμβασης για την αντιμετώπιση της κεκαλυμμένης ακράτειας .

Κάποιες μικρές τυχαιοποιημένες μελέτες δίνουν θετικά αποτελέσματα για την εφαρμογή ταινίας ελεύθερης τάσης [tension - free vaginal tape (TVT) και trans - obturator tape (TOT)], ενώ δίνουν αμφίβολα αποτελέσματα για τη χρήση πλεγμάτων. Ειδικότερα μια τυχαιοποιημένη μελέτη σύγκρινε την κολπική ταινία ελεύθερης τάσης και την εκτέλεση ενδοπυελικής συρραφής της περιτονίας, σε 50 γυναίκες ασθενείς με πρόπτωση και κεκαλυμμένη ακράτεια ούρων σταδίου ΙΙ ή μεγαλύτερο και με θετικό stress τεστ. Η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν παρόμοια για τις δύο ομάδες (26 και 24 μήνες). Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η κολπική ταινία ελεύθερης τάσης προτείνεται σε ασθενείς με πρόπτωση και κεκαλυμμένη ακράτεια[9].

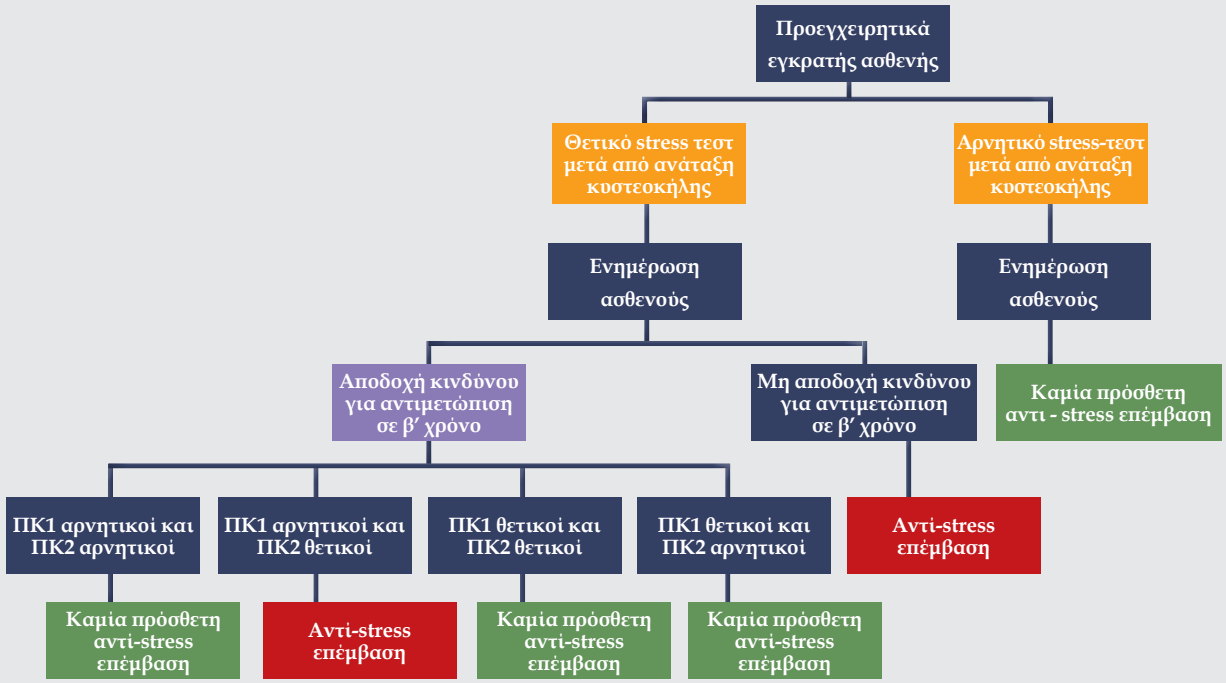
Σε άλλη πολυκεντρική προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη συνέκριναν την χειρουργική στρατηγική αντιμετώπισης για γυναίκες με πρόπτωση πυελικών οργάνων και κεκαλυμμένη ακράτεια. Στην πρώτη ομάδα τυχαιοποιήθηκαν 87 γυναίκες με πρόπτωση και ακράτεια στις οποίες εκτελέστηκε ταυτόχρονα TVT και στην δεύτερη ομάδα τυχαιοποιήθηκαν 94 γυναίκες οι οποίες υποβλήθηκαν σε TVT 3 μήνες μετά την επέμβαση. Οι γυναίκες της δεύτερης ομάδας αξιολογήθηκαν για ακράτεια 3 μήνες μετά την αποκατάσταση της πρόπτωσης. Εκείνες με επιβεβαιωμένη ακράτεια υποβλήθηκαν σε TVT (n = 53). Η κύρια αξιολόγηση όλων των γυναικών έγινε ένα έτος μετά την τελευταία χειρουργική επέμβαση. Η ακράτεια θεραπεύτηκε στο 95% των γυναικών της ομάδας Ι και στο 89% των γυναικών στην ομάδα ΙΙ (p = 0,12). Είκοσι επτά τοις εκατό θεραπεύτηκαν μετά την αποκατάσταση της πρόπτωσης και μόνο. Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο στρατηγικών θεραπείας, αλλά σχεδόν το ένα τρίτο των γυναικών είχαν θεραπευτεί από την ακράτεια με την χειρουργική αποκατάσταση της πρόπτωσης και μόνο[10].

Άλλη μελέτη αναφέρει την αντιμετώπιση 76 γυναικών με ταυτόχρονη ακράτεια ούρων από προσπάθεια και πρόπτωση πυελικών οργάνων. Μία υπο - ομάδα αντιμετωπίστηκε με κολπορραφία και TVT ενώ η άλλη υπο - ομάδα αντιμετωπίστηκε με την εφαρμογή σταθερού πλέγματος (PROLIFT) και TVT. Η τοποθέτηση TVT με ταυτόχρονη εκτέλεση κολπορραφίας αποτελούν καλύτερη επιλογή σε 2ου βαθμού πρόπτωση και ακράτεια ενώ σε 3ου και 4ου βαθμού καλύτερα αποτελέσματα δίνει το prolift με υποουρηθρικές ταινίες. Η ανατομική αποκατάσταση, τα συμπτώματα και η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκαν πριν, και 1, 6 και 12 μήνες μετά την επέμβαση. Εγκράτεια επιτεύχθηκε εξίσου και στις δύο ομάδες (p = 0,57). Η καλύτερη ανατομική αποκατάσταση ήταν στην ομάδα Prolift αλλά είχε ψηλότερο ποσοστό επιπλοκών. Η QOL ήταν καλύτερη σε ασθενείς με πρόπτωση ΙΙΙ - IV βαθμού όταν διορθωθεί με Prolift (p = 0,05). Μετά την επέμβαση, δεν υπήρχε καμία βελτίωση στη σεξουαλική ζωή και στις δύο ομάδες. Η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα είναι ότι και οι δύο τεχνικές είναι ασφαλείς και αποτελεσματικές[11].

Η χρησιμότητα του stress test κατόπιν ανάταξης της πρόπτωσης στο πλαίσιο της προεγχειρητικής εκτίμησης γυναικών με σοβαρού βαθμού πρόπτωση επιβεβαιώνεται στη μελέτη των Liapis A et al.[12] Το προεγχειρητικό stress test μπορει να αποκαλύψει τους ασθενείς με κεκαλυμμένη ακράτεια και η ταυτόχρονη αντι - stress επέμβαση με ταινίες μέσης ουρήθρας μπορεί να προφυλάξει από μετεγχειρητική ακράτεια. Η μελέτη επιβεβαίωσε τη χρησιμότητα του stress test προεγχειρητικά και την ασφάλεια του TVT - O.[12]

Τέλος, σε πρόσφατη μετα - ανάλυση, οι συγγραφείς καταλήγουν υπέρ της ταυτόχρονης επέμβασης για συμπτωματική πρόπτωση και κεκαλυμμένη stress ακράτεια. Οι Baessler και Maher υπολόγισαν ότι ο μετεγχειρητικός κίνδυνος stress ακράτειας μετά ταυτόχρονη επέμβαση μειώνεται στατιστικά σημαντικά σε σύγκριση με την μη διενέργεια αντι¬

Πίνακας 1. Στρατηγική αντιμετώπισης (στον ίδιο χρόνο) γυναικών που έχουν πρόπτωση πυελικών οργάνων και ακράτεια ούρων από προσπάθεια



Παράγοντες κινδύνου (ΠΚ)
ΠΚ1: Παράγοντες κινδύνου για διαταραχές ούρησης
ασυστολία εξωστήρα
ατελής κένωση με κακή ροή
ΠΚ2: Παράγοντες κινδύνου για ακράτεια ουρων
χαμηλή μέγιστη πίεση σύγκλεισης
υπερκινητική ουρήθρα
ταυτόχρονη επέμβαση που αυξάνει τον κίνδυνο ακράτειας ούρων

- stress επέμβασης [σχετικός κίνδυνος Relative Risk 0,54 (C.I. 0,41 - 0,72)][13].

Επιπλοκές μετά από ταυτόχρονη αντιμετώπιση ακράτειας και πρόπτωσης

Είναι απαραίτητη η σωστή ενημέρωση των ασθενών για την πιθανότητα κεκαλυμμένης ακράτειας καθώς επίσης κρίνεται απαραίτητος ο ουροδυναμικός έλεγχος που θα πρέπει να γίνεται μετά από ανάταξη. Η ασθενής θα πρέπει επίσης να ενημερώνεται για την πιθανότητα νεοεμφανιζόμενης (de novo) ακράτειας ούρων μετά τη χειρουργική διόρθωση της πρόπτωσης όπως επίσης και για την εμφάνιση συγκεκριμένων επιπλοκών που μπορεί να έχει μια προφυλακτική επέμβαση, όπως για παράδειγμα είναι οι διαταραχές της ούρησης (7 - 22 %), και η εμφάνιση υπερδραστήριας κύστης (14 - 25 %).

Ο ρόλος του stress test και του ουροδυναμικού ελέγχου προεγχειρητικά

Όσον αναφορά την εκτέλεση stress test μετά από ανάταξη της πρόπτωσης, προτείνεται να πραγματοποιείται γιατί είναι σημαντικό βήμα που θα καθορίσει την χειρουργική στρατηγική **Πίνακας 1**. Αναγκαία είναι όμως και η ύπαρξη συστάσεων και οδηγιών (guidelines) ώστε να είναι τυποποιημένο και αναπαραγώγιμο με χρήση ουροδυναμικών παραμέτρων αλλά και την προσθήκη και άλλων παρακλινικών εξετάσεων όπως είναι το υπερηχογράφημα και ακτινολογικές εξετάσεις. Είναι το μόνο τεστ που διενεργείται μετά τη διόρθωση της πρόπτωσης, στην τελική ανατομική θέση, είναι όμως αμφιλεγόμενης αξιοπιστίας και δεν έχει κερδίσει ευρεία αποδοχή στην χειρουργική κοινότητα εκτός Ευρώπης. Τα αποτελέσματά του stress test θα μπορούσαν να επηρεάσουν μικρό

ποσοστό ασθενών. Μπορεί όμως να εντοπίσει κάποια «ψευδώς αρνητικά» αποτελέσματα και να αποφευχθεί έτσι η υπερθεραπεία. Εάν το stress test είναι αρνητικό, ο κίνδυνος για ακράτεια μετά την επέμβαση είναι πολύ χαμηλός αν και ο ακριβής κίνδυνος παραμένει άγνωστος γιατί δεν υπάρχουν σωστές τυχαιοποιημένες μελέτες[14].

Οσον αναφορά την αξία της ουροδυναμικής μελέτης σε ασθενείς με πρόπτωση και κεκαλυμμένη ακράτεια πρέπει να αναφερθεί ότι η ακράτεια είναι απούσα σε περίπου 60% των ασθενών με πρόπτωση, το 36 έως 80% των γυναικών βρίσκονται σε κίνδυνο για ανάπτυξη ακράτειας μετά την επανορθωτική χειρουργική. Στην ανίχνευση της υπερδραστηριότητας του εξωστήρα μυός φαίνεται να περιορίζεται, γιατί στο ένα δεύτερο των ασθενών δεν υπάρχει εμφανείς υπερδραστηριότητα του εξωστήρα κατά την εξέταση, και η υπερδραστηριότητα του εξωστήρα μπορεί να παρατηρηθεί κατά τη διάρκεια της εξέτασης σε γυναίκες χωρίς πρόβλημα **Πίνακας 1**[15,16].

Ποια είναι η κατάλληλη επέμβαση για την κεκαλυμμένη ακράτεια?

Η επέμβαση για αποκατάσταση της πρόπτωσης πρέπει να συνδυάζεται με αντι - stress επέμβαση σε ασθενείς με προϋπάρχουσα ακράτεια όπου και συστήνεται να αντιμετωπίζονται με συνδυασμό επεμβάσεων στον ίδιο χρόνο. Σε ασθενείς με κεκαλυμμένη ακράτεια θα μπορούσε να δικαιολογηθεί μία «προληπτική» επέμβαση ενώ σε ασθενείς με αρνητικό stress test πρέπει να γίνεται συζήτηση οφέλους - κινδύνου από την επέμβαση με τον ασθενή.

Σε ό,τι αφορά την επιλογή επέμβασης στην αντιμετώπιση της κεκαλυμμένης ακράτειας, συνιστάται η διενέργεια αυτής που είναι ασφαλής σαν επέμβαση και με χαμηλή νοσηρότητα. Ειδικότερα το TVT είναι το ίδιο αποτελεσματικό με την Burch και επιπλέον έχει χαμηλότερη νοσηρότητα. Σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση, οι Matsuoka και συν. Καταλήγουν πως η τοποθέτηση οπισθοηβικής ταινίας έχει τα καλύτερα αποτελέσματα στην ομάδα των ασθενών αυτών, μειώνοντας τον σχετικό κίνδυνο της μετεγχειρητικής ακράτειας στο 0,09 (C.I. 0,02 - 0,36)[17]. Οι Kelly ραφές έχουν εγκαταλειφθεί. Βλέπουμε λοιπόν ότι ταινίες ελεύθερης τάσης προσφέρουν την πιο ολοκληρωμένη επιλογή ως επέμβαση, σε πρώτο ή δεύτερο χρόνο. Όταν κατά την επέμβαση αποκατάστασης της πρόπτωσης γίνεται υπερδιόρθωση του κολπικού θόλου ή του οπισθίου τοιχώματος του κόλπου παρατηρείται πιο συχνά μετεγχειρητική ακράτεια. Είναι πρόβλημα στην Ουρογυναικολογία όταν μια ασθενής με κυστεοκήλη χωρίς ακράτεια, εμφανίσει ακράτεια μετά την διόρθωση της και είναι πολύ απογοητευτικό, όταν η ασθενής έρχεται διαμαρτυρόμενη για stress ακράτεια, μετεγχειρητικά[18, 19]

Συμπέρασμα

Η στρατηγική λοιπόν της αντιμετώπισης της κεκαλυμένης ακράτειας πρέπει να περιλαμβάνει την ελαχιστοποίηση των νεοεμφανιζόμενων (de novo) συμπτωμάτων μετεγχειρητικά, την εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου για την βέλτιστη επιλογή ασθενών που προϋποθέτει συστηματική διενέργεια προεγχειρητικού ουροδυναμικού ελέγχου, την αναγνώριση ασθενών με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μετεγχειρητικών διαταραχών ούρησης δηλαδή αναγνώριση ασθενών με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μετεγχειρητικής ακράτειας. Απαιτούνται περισσότερες τυχαιοποιημένες μελέτες για να απαντήσουν στο ερώτημα αν πρέπει να εκτελείται ταυτόχρονα προφυλακτική η σε δεύτερο χρονο αντι - stress επέμβαση για την πρόληψη της εμφάνισης ακράτειας ούρων μετά την αποκατάσταση της πρόπτωσης των γεννητικών οργάνων. Θ

Take home messages

- Κεκαλυμμένη ακράτεια είναι ένα αμφιλεγόμενο θέμα που δεν έχει διερευνηθεί διεξοδικά.
- Υπάρχει η τάση να δεχόμαστε ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μετεγχειρητικής ακράτειας ούρων από προσπάθεια μετά την χειρουργική αποκατάσταση της πρόπτωσης πυελικών οργάνων
- Η ερώτηση είναι, αν στον ίδιο χρόνο και αμέσως μετά την επέμβαση για πρόπτωση πυελικών οργάνων πρέπει να εκτελείται, προφυλακτικώς και μια αντι-stress επέμβαση.
- Τα έως σήμερα δεδομένα συγκλίνουν στην προφυλακτική ταυτόχρονη αντιμετώπιση της κεκαλυμένης ακράτειας ούρων και της συμπτωματικής χαλάρωσης του πυελικού εδάφους.

Occult urinary incontinence

Synopsis

In the literature there are some data, albeit minimal, indicating that patients with pelvic organ prolapse are at increased risk of postoperative urinary incontinence. The necessity for a prophylactic anti-stress operation in these patients needs further investigation. Until there is adequate solid evidence on the predictive values of our screening tests, we cannot counsel patients regarding our ability to prevent postoperative urinary incontinence or protect them from unnecessary procedures.

KEYWORDS: Occult incontinence, anti-stress procedure, pelvic organ prolapse

References

1. Cardozo L, Staskin D, eds. Textbook of Female Urology and Urogynecology. InformaHealthcare, 2006: 355 - 376, 922.
2. Long CY, Hsu SC, Wu TP, Sun DJ, Su JH, Tsai EM. Urodynamic comparison of continent and incontinent women with severe uterovaginal prolapse. J Reprod Med. 2004; 49(1): 33 - 37.
3. Fatton B. Is there any evidence to advocate SUI prevention in continent womenudergoing prolapse repair? An overview. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2009; 20: 235 - 245.
4. Goldberg RP, Koduri S, Lobel RW, Culligan P, Tomezsko J, Winkler H et al. Protective effect of suburethral slings on postoperative cystocele recurrence after reconstructive pelvic operation. Am J Obstet Gynecol. 2001; 185(6): 1307 - 1312.
5. Houwert RM, Roovers JP, Venema PL, Bruinse HW, Dijkgraaf MG, Vervest HA. When to perform urodynamics before mid - urethral sling surgery for female stress urinary incontinence? Int Urogynecol J. 2010; 21(3): 303 - 9.
6. Brubaker L, Cundiff GW, Fine P, Nygaard I, Richter H, Visco A et al, Abdominal sacrocolpopexy with Burch colposuspension to reduce urinary stress incontinence. N Engl J Med. 2006; 354(15): 1557 - 1566.
7. Costantini E, Zucchi A, Giannantoni A, Mearini L, Bini V, Porena M. Must colposuspension be associated with sacropexy to prevent postoperative urinaryincontinence? Eur Urol 2007; 51: 788 - 794.
8. Elser DM, Moen MD, Stanford EJ, Keil K, Matthews CA, Kohli N, et al. Urogynecology Net-

work. Abdominal sacrocolpopexy and urinary incontinence: surgical planning based on urodynamics.Am J Obstet Gynecol. 2010 Apr; 202(4): 375.e1 - 5.

9. Meschia M, Pifarotti P, Spennacchio M, Buonaguidi A, Gattei U, Somigliana E. A randomized comparison of tension - free vaginal tape and endopelvic fascia plication in women with genital prolapse and occult stress urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol 2004; 190: 609 - 613.
10. Borstad E, Abdelnoor M, Staff AC, Kulseng - Hanssen S. Surgical strategies for women with pelvic organ prolapse and urinary stress incontinence. Int Urogynecol J. 2010 Feb; 21(2): 179 - 86.
11. Ignjatovic I, Stojkovic I, Basic D, Medojevic N, Potic M. Optimal primary minimally invasive treatment for patients with stress urinary incontinence and symptomatic pelvic organ prolapse: tension free slings with colporrhaphy, or Prolift with the tension free midurethral sling? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010 May; 150(1): 97 - 101.
12. Liapis A, Bakas P, Georgantopoulou C, Creatsas G. The use of the pessary test in preoperative assessment of women with severe genital prolapse.Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011 Mar; 155(1): 110 - 3.
13. Baessler K and Maher C. Pelvic organ prolapse surgery and bladder function. Int Urogynecol J 2013; 24: 1843 - 1852.
14. Lefevre R, Apostlis C, Pollak J, Davila GW. Unmasking occult incontinence in advanced prolapse: which tool works best? Int Urogynecol J. 2008; 19(suppl1): S1 - S166.
15. Roovers JP, Oelke M. Clinical relevance of urodynamic investigation tests prior to surgical correction of genital prolapse: a literature review. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2007; 18(4): 455 - 460.
16. Stanton SL, Hilton P, Norton C, Cardozo L. Clinical and urodynamic effects of anterior colporrhaphy and vaginal hysterectomy for prolapse with and without incontinence. Br J Obstet Gynaecol 1982; 89: 459 - 463.
17. Matsuoka PK, Pacetta AM, Baracat EC, Haddad JM. Should prophylactic anti - incontinence procedures be performed at the time of prolapse repair? Systematic review. Int Urogynecol J 2015; 26: 187 - 193.
18. Shull BL, Capen CV, Riggs MV, Kuehl TJ. Preoperative and postoperative analysis of site - specific pelvic support defects in 81 women treated with sacrospinous ligament suspension and pelvic reconstruction. Am J Obstet Gynecol. 1992; 166: 1764 - 1768.
19. Wei J, Nygaard I, Richter H, et al. Outcomes following vaginal prolapse repair and midurethral sling (OPUS) trial design and methods. Abstract. Clin Trials. 2009; 6(2): 162 - 171.

Πρακτικά της ετήσιας Γενικής Συνέλευσης της Διεθνούς Επαγγελματικής Ενωσης Μαιευτήρων Γυναικολόγων

Αθήνα 2017

Κύριο θέμα της πρόσφατης γενικής συνέλευσης της διεθνούς επαγγελματικής ένωσης μαιευτήρων γυναικολόγων (UPIGO) που διεξήχθη στην Αθήνα την 23ην και 24ην Ιουνίου 2017, απετέλεσε η πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη έναντι του καρκίνου του τράχηλου της μήτρας, ειδικότερα σε περιβάλλον περιορισμένων πόρων.

Σε αναπτυγμένες χώρες η εφαρμογή προγραμμάτων προσυμπτωματικού πληθυσμιακού έλεγχου (screening) είχε σαν αποτέλεσμα την σημαντική ελάττωση της επίπτωσης του καρκίνου του τράχηλου της μήτρας καθώς και της θνησιμότητας από αυτόν

Εντούτοις ο καρκίνος του τράχηλου της μήτρας παραμένει ο δεύτερος σε συχνότητα καρκίνος στις γυναίκες στις αναπτυσσόμενες χώρες .Το 2012 διαγνώστηκαν 445.000 νέα περιστατικά καρκίνου του τράχηλου της μήτρας στις αναπτυσσόμενες χώρες, αριθμός που αντιπροσωπεύει το 84% των νέων περιστατικών παγκοσμίως. Εκτιμάται ότι περισσότερο από ένα εκατομμύριο γυναίκες παγκοσμίως, νοσούν από καρκίνο του τράχηλου της μήτρας. Αναφέρθηκε ότι ένα ικανό ποσοστό γυναικών δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για πρόληψη, θεραπευτική προσέγγιση ή παρηγορητική θεραπεία. Τονίστηκε η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής προληπτικών προγραμμάτων στη διαχείριση των ελαχίστων διατιθέμενων πόρων σε χαμηλού εισοδήματος χώρες.

Το συμβατικό PAP-TEST παρά την υψηλή ειδικότητα και τη θετική προγνωστική αξία χαρακτηρίζεται από χαμηλή ευαισθησία. Η εφαρμογή της κυτταρολογίας υγρής φάσεως και η μέθοδος HPV DNA ανίχνευσης των υψηλού κινδύνου υποτύπων HPV βελτιώνουν την ευαισθησία του προσυμπτωματικού ελέγχου.

Ερευνητές από την Ελβετία παρουσίασαν αποτελέσματα μελέτης τους στην Μαδαγασκάρη και το Καμερούν. Στις συγκεκριμένες μελέτες ο πληθυσμιακός έλεγχος για καρκίνο του τράχηλου της μήτρας σε αυτές τις χαμηλού εισοδήματος χώρες βασίστηκε σε αυτολήψη για HPV testing και διαλογή μέσω VIA(visual inspection with acetic acid).

Ερευνητής από την Γαλλία στηριζόμενος σε

προηγούμενες πιλοτικές εμπειρίες τόνισε την χρησιμότητα της προσέγγισης φορέων σε εγγύτητα με τις ομάδες-στόχους, όπως κοινωνικοί λειτουργοί και ενώσεις των κάτοικων, λαμβάνοντας υπόψιν τους πιθανούς γλωσσικούς ή διαφορετικής κουλτούρας φραγμούς.

Το ελληνικό τμήμα των Γιατρών του Κόσμου παρουσίασε στοιχεία γυναικολογικής εξέτασης σε εικοσιοκτώ μεταναστευτικά κέντρα προσφύγων.

Συζητήθηκε ότι οι περισσότερες χώρες παγκοσμίως έχουν μη οργανωμένα ευκαιριακά προγράμματα προσυμπτωματικού πληθυσμιακού έλεγχου.

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά την εφαρμογή προληπτικού πληθυσμιακού εμβολιασμού νεαρών κοριτσιών που συστήνεται κατά προτίμηση πριν την έναρξη σεξουαλικών επαφών. Η εισαγωγή των εμβολίων αυτών στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού διαφόρων χώρων τονίστηκε ότι παραμένει περιορισμένη ενώ και το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού-στόχου παραμένει χαμηλότερο του επιθυμητού ακόμα και σε αναπτυγμένες χώρες. Η έλλειψη πόρων και η απουσία οργανωμένων συστημάτων υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες αποτελούν εμπόδιο για την εφαρμογή προγράμματος πρωτογενούς πρόληψης.

Υπάρχουν τρία κυκλοφορούντα εμβόλια έναντι του HPV (διδύναμο, τετραδύναμο, εννεαδύναμο)

Συζητήθηκε η εφαρμογή μαζικού εμβολιασμού και σε αγόρια ή νεαρούς άντρες μέχρι την ηλικία των εικοσιέξη ετών καθώς ο HPV προκαλεί αλλοιώσεις και στους άντρες. Τα εμβόλια θεωρούνται ασφαλή ενώ συζητήθηκε η ανάγκη να συνεχιστεί η παρακολούθηση για την πιθανή εμφάνιση σοβαρών ανεπιθύμητων αντιδράσεων στο μέλλον.

Συζητήθηκε η αναγκαιότητα προληπτικού στρατηγικού σχεδιασμού λαμβάνοντας υπόψιν ιδιαίτερες κοινωνικές παραμέτρους με σεβασμό στη ζωή, στην υγεία και την αναπαραγωγική ικανότητα της γυναίκας ιδιαίτερα σε περιβάλλον χαμηλών πόρων ενώ παράλληλα τονίστηκε η ανάγκη κινητοποίησης ομάδων γυναικών που ζουν σε καταστάσεις φτώχιας ακόμη και σε αναπτυγμένες χώρες, αφού διαπιστώνεται μείωση συμμετοχής σε προληπτικά προγράμματα αυτών των γυναικών.

Συζητήθηκε η χρησιμότητα ολοκληρωμένης γυναικολογικής εξέτασης σε συνδυασμό με υπερηχογραφικό έλεγχο έσω γεννητικών οργάνων και εφαρμογής προσυμπτωματικών προληπτικών προγραμμάτων έναντι του καρκίνου του τράχηλου της μήτρας.

Τα πρακτικά της συνέλευσης συνετάχθησαν από τον Πρόεδρο της UPIGO κ. Αθανάσιο Χιόνη

ΕΝΩΣΗ ΜΑΙΕΥΤΗΡΩΝ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ:

Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

Union Professionelle Internationale Gynecologues Obstetriciens

UPIGO

16-17 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2017

Μαιευτικής Γυναικολογίας:

Από την εφηβεία στην εμμηνόπαυση

ΛΑΡΙΣΑ | DIVANI HOTEL

www.enmge2017.mdcongress.gr

ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΝ.Μ.Γ.Ε.

Πρόεδρος	Ιωάννης Ανδρέου
Γεν. Γραμματέας	Κυριακή Αργυρού
Α' Αντιπρόεδρος	Αθανάσιος Χιόνης
Β' Αντιπρόεδρος	Ηλίας Αρματάς
Ταμίας	Γεώργιος Χρήστου
Ειδ. Γραμματέας	Ιωάννης Κατσάκος
Μέλη	Ιωάννης Ζερβός
	Λουκάς Κλέντζερης
	Νικόλαος Λινάρδος
	Θεόφιλος Σιβιτανίδης
	Ιωάννης Χριστόπουλος

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος	Λουκάς Κλέντζερης
Αντιπρόεδρος	Αθανάσιος Χιόνης
Γεν. Γραμματέας	Κυριακή Αργυρού
Μέλη	Ιωάννης Ανδρέου
	Ηλίας Αρματάς
	Ιωάννης Ζερβός
	Ιωάννης Κατσάκος
	Νικόλαος Λινάρδος
	Θεόφιλος Σιβιτανίδης
	Ιάκωβος Σούσης
	Ιωάννης Τζαφέτας
	Ηλίας Τσάκος
	Θάλεια Τσαχαλίνα
	Γεώργιος Χρήστου
	Ιωάννης Χριστόπουλος

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

Η **Ένωση Μαιευτήρων Γυναικολόγων Ελλάδος σε συνεργασία με την Ελληνική Αντιπροσωπεία του Βρετανικού Βασιλικού Κολλεγίου Μαιευτήρων και Γυναικολόγων (RCOG)**, διοργανώνει **Επιστημονικό Συμπόσιο με τίτλο «Από την Εφηβεία στην Εμμηνόπαυση»**.

Με ιδιαίτερη χαρά και τιμή σας προσκαλούμε να παρακολουθήσετε το Επιστημονικό Συμπόσιο, το οποίο θα διεξαχθεί **το Σάββατο 16 και την Κυριακή 17 Δεκεμβρίου 2017**, στο ξενοδοχείο **Divani Palace, στη Λάρισα**.

Η εξέλιξη της γυναίκας από την εφηβεία στην εμμηνόπαυση, εμφανίζει πολλά και σημαντικά προβλήματα. Διακεκριμένοι ομιλητές απ' όλη την Ελλάδα, θα παρουσιάσουν τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα για την διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση αυτών των προβλημάτων.

Ο σκοπός του Συμποσίου είναι να δώσει την δυνατότητα, μέσω της ενημέρωσης και της γνώσης, σε όλους τους συναδέλφους Μαιευτήρες - Γυναικολόγους, να ασκούν την ειδικότητα της μαιευτικής και γυναικολογίας με αποτελεσματικότερο και κυρίως ασφαλέστερο τρόπο.

Ευελπιστούμε στην δική σας ενεργό συμμετοχή και στήριξη και σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων, για την εμπιστοσύνη σας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Ο Πρόεδρος της Ένωσης Μαιευτήρων Γυναικολόγων Ελλάδος
Ιωάννης Ανδρέου
Μαιευτήρας / Γυναικολόγος
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών

Ο Πρόεδρος του Συμποσίου
DR. Λουκάς Κλέντζερης
CCST(UK) MD(Sheffield) FRCOG(London)
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Sheffield Αγγλίας
Ακόλουθος Βρετανικού Βασιλικού Κολλεγίου M&Γ
τ. Αναπληρωτής Καθηγητής M&Γ Πανεπιστημίου WARWICK-UK
τ. Διευθυντής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου CARDIFF-UK

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

«Από την Εφηβεία στην Εμμηνόπαυση»

Σάββατο 16 Δεκεμβρίου 2017

09:00 – 09:30	**Προσέλευση - Εγγραφές**
09:30 – 11:00	**1η Συνεδρία: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ** *Προεδρείο: Κλέντζερης Λουκάς, Λινάρδος Νικόλαος, Μεσσήνης Ιωάννης*
09:30 – 09:50	**HPV αλλοιώσεις τραχήλου/κόλπου/αιδοίου. Διάγνωση και αντιμετώπιση** *Παρασκευαΐδης Ευάγγελος*
09:50 – 10:10	**Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών στην εφηβεία. Η παραμένουσα πρόκληση** *Μπακοπούλου Φλώρα*
10:10 – 10:30	**Κυήσεις και εκτρώσεις στην εφηβεία** *Δεληγεώργλου Ευθύμιος*
10:30 – 10:50	**Εξαρτηματικοί όγκοι στα έφηβα κορίτσια. Διαγνωστικοί και θεραπευτικοί αλγόριθμοι** *Ακρίβος Νίκος*
10:50 – 11:00	**Συζήτηση**
11:00 – 11:30	**Διάλειμμα - καφές**
11:30 – 13:00	**2η Συνεδρία: ΜΑΙΕΥΤΙΚΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ** *Προεδρείο: Ανδρέου Ιωάννης, Μπαγετάκος Γεώργιος, Σταματίου Γεώργιος*
11:30 – 11:50	**Προεκλαμψία και εκλαμψία. Πρόβλεψη - διάγνωση - θεραπεία. Νεότερα δεδομένα** *Στέφος Θεόδωρος*
11:50 – 12:10	**Πρόωρος τοκετός. Βιοδείκτες - πρόληψη και αντιμετώπιση** *Χιόνης Αθανάσιος*
12:10 – 12:30	**Μαζική αιμορραγία της λοχείας** *Φωτόπουλος Σταύρος*
12:30 – 12:50	**Σηψαιμία στην εγκυμοσύνη και την λοχεία. Αίτια - διάγνωση - θεραπεία** *Δουλγεράκης Εμμανουήλ*
12:50 – 13:00	**Συζήτηση**
13:00 – 14:00	**DEBATE** *Προεδρείο: Κλέντζερης Λουκάς, Κρεατσάς Γεώργιος* **Η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης στην εμμηνόπαυση πρέπει να αποφεύγεται** *Κεραμόπουλος Αντώνιος:* **ΝΑΙ** *Καλανταρίδου Σοφία:* **ΟΧΙ**
14:00 – 15:00	**Ελαφρύ γεύμα**

Οι συμμετέχοντες στα Προεδρεία, αναγράφονται με αλφαβητική σειρά.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

«Από την Εφηβεία στην Εμμηνόπαυση»

Σάββατο 16 Δεκεμβρίου 2017

15:00 – 16:30	**3η Συνεδρία: ΚΑΘ'ΕΞΙΝ ΑΠΟΒΟΛΕΣ** *Προεδρείο: Αντωνάκης Γεώργιος, Αργυρού Κυριακή, Αρματάς Ηλίας*
15:00 – 15:20	**Καθ'έξιν αποβολές 1ου τριμήνου. Τεκμηριωμένη διαγνωστική προσέγγιση** *Μεσσήνη Χριστίνα*
15:20 – 15:40	**Καθ'έξιν αποβολές 1ου τριμήνου. Τεκμηριωμένη θεραπευτική προσέγγιση** *Κατσάκος Ιωάννης*
15:40 – 16:00	**Βελτιώνει η ινομυωματεκτομή το αποτέλεσμα της κύησης σε γυναίκες με ιστορικό αποβολών;** *Συριστατίδης Χαράλαμπος*
16:00 – 16:20	**Συγγενείς ανωμαλίες μήτρας. Πώς επηρεάζουν το αποτέλεσμα της κύησης και πότε πρέπει να διορθώνονται;** *Γκριμπίζης Γρηγόριος*
16:20 – 16:30	**Συζήτηση**
16:30 – 17:00	**Διάλειμμα – καφές**
17:00 – 18:30	**4η Συνεδρία: ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ** *Προεδρείο: Μεσσήνης Ιωάννης, Τσάκος Ηλίας, Χριστόπουλος Ιωάννης*
17:00 – 17:20	**Κλινικές εφαρμογές της Anti Mullerian Hormone (AMH)** *Νταφόπουλος Κωνσταντίνος*
17:20 – 17:40	**Ενδομητρίωση και υπογονιμότητα: ματιά στο αύριο** *Τζαφέτας Ιωάννης*
17:40 – 18:00	**Σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών. Πρόληψη - διάγνωση - αντιμετώπιση. Νεότερα δεδομένα** *Σούσης Ιάκωβος*
18:00 – 18:20	**Ο ρόλος της ενδοσκόπησης στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή** *Γεωργογιάννης Νικόλαος*
18:20 – 18:30	**Συζήτηση**
18:30 – 19:00	**Διάλειμμα – καφές**
19:00 – 19:30	**ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ - ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ - ΑΠΟΝΟΜΗ ΤΙΜΗΤΙΚΩΝ ΒΡΑΒΕΙΩΝ** *Ανδρέου Ιωάννης, Κλέντζερης Λουκάς*
19:30 – 20:30	**GUEST LECTURES** *Προεδρείο: Κλέντζερης Λουκάς, Λουτράδης Δημήτριος*
	Οικογένεια με τρεις γονείς. Από την φαντασία στην πραγματικότητα *Ταρλατζής Βασίλειος*
	Ο ρόλος του μαιευτήρα στην μείωση της περιγγενητικής και μητρικής θνησιμότητας *Σηφάκης Σταύρος*
20:30	**Δεξίωση υποδοχής**

Οι συμμετέχοντες στα Προεδρεία, αναγράφονται με αλφαβητική σειρά.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

«Από την Εφηβεία στην Εμμηνόπαυση»

Κυριακή 17 Δεκεμβρίου 2017

09:30 – 11:00	**5η Συνεδρία: ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ** *Προεδρείο: Δουράτσος Ελπιδοφόρος, Μαδεμτζής Ιορδάνης, Μπιλιράκης Ευριπίδης*
09:30 – 09:50	**Ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία αιδοίου (VIN). Διάγνωση και αντιμετώπιση** *Χατζησταματίου Κίμων*
09:50 – 10:10	**Καρκίνος τραχήλου/καρκίνος ωοθηκών. Χειρουργική θεραπεία για διατήρηση γονιμότητας. Επιλογή ασθενών και πρωτόκολλα** *Δαπόντε Αλέξανδρος*
10:10 – 10:30	**Καρκίνος του ενδομητρίου. Νεώτερα δεδομένα** *Βούλγαρης Ζαννής*
10:30 – 10:50	**Βιοψία φρουρού λεμφαδένας σε καρκίνο γεννητικών οργάνων. Είναι χρήσιμη και πότε;** *Σιούλας Βασίλειος*
10:50 – 11:00	**Συζήτηση**
11:00 – 11:30	**Διάλειμμα – καφές**
11:30 – 12:00	**Διάλεξη** *Προεδρείο: Δαπόντε Αλέξανδρος, Λινάρδος Νικόλαος* **Εξελίξεις στην πρωτογενή πρόληψη καρκίνου τραχήλου μήτρας** *Αγοραστός Θεόδωρος*
12:00 – 14:15	**6η Συνεδρία: ΑΠΟ… ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ** *Προεδρείο: Ανδρέου Ιωάννης, Κλέντζερης Λουκάς, Παπαστεργιοπούλου Λουλούδα*
12:00 – 12:30	**Όγκοι ωοθηκών στην εμμηνόπαυση. Πώς πρέπει να αντιμετωπίζονται;** *Τσαχαλίνα Θάλεια*
12:30 – 13:30	**Ακράτεια ούρων από προσπάθεια** *Γαλάτα Αγγελική:* **Μη χειρουργικές θεραπευτικές επιλογές** *Λιάλιος Γεώργιος:* **Χειρουργικές θεραπευτικές επιλογές**
13:30 – 14:00	**Σεξουαλική δυσλειτουργία στην εμμηνόπαυση. Αίτια και αντιμετώπιση** *Κούκουρα Ουρανία*
14:00 – 14:15	**Συζήτηση**
14:15	**Συμπεράσματα - Λήξη Συμποσίου**

Οι συμμετέχοντες στα Προεδρεία, αναγράφονται με αλφαβητική σειρά.

ΕΓΓΡΑΦΕΣ

Κατηγορίες συμμετοχής	Κόστος
Ειδικευμένοι ιατροί	50 €
Ειδικευόμενοι ιατροί	30 €
Μαίες-τές*, νοσηλευτικό προσωπικό*, φοιτητές**	Δωρεάν

Οι παραπάνω τιμές δεν περιλαμβάνουν 24% Φ.Π.Α.
** Απαιτείται επίδειξη επίσημου εγγράφου ώστε να αποδεικνύεται η ιδιότητα*
***Απαιτείται επίδειξη φοιτητικής ταυτότητας και ηλικία φοιτητή 1ου πτυχίου έως 30ετών*
Οι μεταπτυχιακοί φοιτητές συμμετέχουν ως ειδικοί ή ειδικευόμενοι ανάλογα με την ιδιότητα τους.

Το δικαίωμα συμμετοχής των ειδικευμένων – ειδικευόμενων ιατρών, περιλαμβάνει:
- *Παρακολούθηση του επιστημονικού προγράμματος*
- *Είσοδο στον εκθεσιακό χώρο*
- *Υλικό συμποσίου*
- *Πιστοποιητικό παρακολούθησης*
- *Διαλείμματα καφέ*
- *Ελαφρύ γεύμα*

Το δικαίωμα συμμετοχής των μαιών-τών, νοσηλευτικού προσωπικού και φοιτητών, περιλαμβάνει:
- *Παρακολούθηση του επιστημονικού προγράμματος*
- *Είσοδο στον εκθεσιακό χώρο*
- *Πρόγραμμα συμποσίου*
- *Πιστοποιητικό παρακολούθησης*

ON-LINE ΕΓΓΡΑΦΕΣ
www.enmge2017.mdcongress.gr

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΟΡΓΑΝΩΣΗ

ΕΝΩΣΗ ΜΑΙΕΥΤΗΡΩΝ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
Ερυθρού Σταυρού 6, Τ.Κ. 15123, Μαρούσι, τηλέφωνο: 2106869279
web site: www.enmge.gr e-mail: pkaragianni@mitera.gr
Σε συνεργασία με την Ελληνική Αντιπροσωπεία του Βρετανικού Βασιλικού Κολλεγίου Μαιευτήρων και Γυναικολόγων (RCOG)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ & ΤΟΠΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΣΥΜΠΟΣΙΟΥ

Σάββατο 16 & Κυριακή 17 Δεκεμβρίου 2017
Divani Palace Larissa (Παπαναστασίου 19, Τ.Κ. 412 22 Λάρισα, τηλέφωνο: 2410 252791-5, φαξ: 2410 549480)

ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΜΠΟΣΙΟΥ

Επίσημη γλώσσα του Συμποσίου, είναι η Ελληνική.

ΕΚΘΕΣΗ

Κατά τη διάρκεια του Συμποσίου, θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών εταιρειών και μηχανημάτων.

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ

Η Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογική Εταιρεία (Ε.Μ.Γ.Ε.) θα χορηγήσει 2 μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης.

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Τα πιστοποιητικά παρακολούθησης του Συμποσίου, θα διανεμηθούν από την γραμματεία την τελευταία ημέρα. Απαιτείται παρακολούθηση από τους συμμετέχοντες, περισσότερο του εξήντα τοις εκατό (60%) του συνολικού χρόνου του Συμποσίου, βάσει των ρητών οδηγιών του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.).

ON-LINE ΕΓΓΡΑΦΕΣ
www.enmge2017.mdcongress.gr

INSTRUCTIONS TO AUTHORS (CHAPTERS / REVIEWS)

Chapter / review structure

Το κεφάλαιο πρέπει να έχει την ακόλουθη δομή:

Α. Περίληψη 150 - 200 λέξεων, άνευ υποδιαιρέσεων (block abstract) και άνευ βιβλιογραφικών αναφορών.

Β. Λέξεις κλειδιά (Keywords) maximum 6 να εμφανίζονται κάτω από την περίληψη.

Γ. Κυρίως κείμενο, με υποδιαιρέσεις, συνολικός αριθμός λέξεων από 1.200 - 1.400 και μέχρι 4 εικόνες (πίνακες, διαγράμματα, φωτογραφίες).

Δ. 'Take home messages', 5 - 8 γραμμές.

Ε. Περίληψη 150 - 200 λέξεων στην Αγγλική γλώσσα. Μετάφραση της αρχικής περίληψης είναι αποδεκτή.

Βιβλιογραφία (References)

Ο μέγιστος αριθμός των βιβλιογραφικών αναφορών (references) είναι 30. Η εμφάνιση των βιβλιογραφικών αναφορών στο κείμενο και στην βιβλιογραφική λίστα πρέπει να βασίζεται στο σύστημα Vancouver. Αυτό είναι το 'αριθμημένο σύστημα' όπου οι βιβλιογραφικές αναφορές αριθμούνται διαδοχικά, όπως εμφανίζονται στο κείμενο και ταξινομούνται με αριθμητική αλληλουχία στην βιβλιογραφική λίστα. Αν ο αριθμός των συγγραφέων σε ένα άρθρο είναι πάνω από 6 τότε θα εμφανίζονται μόνο οι 6 πρώτοι συγγραφείς και οι λέξεις et al. για τους υπόλοιπους. Περισσότερες πληροφορίες για το σύστημα υπάρχουν στο 'Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals' http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3142758/

Web references

Η πλήρης URL πρέπει να αναγράφεται με τα ονόματα των συγγραφέων και τις ημερομηνίες.

Πληροφορίες στην σελίδα τίτλου (Title page information)

Η αρχική σελίδα του άρθρου πρέπει να περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:

Α. Τίτλο του άρθρου, άνευ συντμήσεων.

Β. Ονόματα των συγγραφέων (Επίθετο - όνομα).

Γ. Διευθύνσεις των συγγραφέων (κλινικές, νοσοκομεία, ερευνητικά κέντρα). Αμέσως μετά το όνομα του συγγραφέα πρέπει να υπάρχει ένας δείκτης (με μικρά γράμματα) και ο ίδιος δείκτης να εμφανίζεται πριν από την κατάλληλη διεύθυνση.

Δ. Ταχυδρομική διεύθυνση κάθε κέντρου, τηλέφωνο επικοινωνίας και e - mail address για κάθε συγγραφέα.

Ε. Συγγραφέας επικοινωνίας (Corresponding author).

Ένα άτομο από την συγγραφική ομάδα για επικοινωνία κατά την διάρκεια της προετοιμασίας και μετά την δημοσίευση του άρθρου. Πλήρης ταχυδρομική διεύθυνση, τηλέφωνα επικοινωνίας και e - mail address είναι απαραίτητα.

Συντμήσεις (Abbreviations)

Συντμήσεις επιτρέπονται μόνο στο κυρίως κείμενο και πρέπει να εμφανίζονται ομοιόμορφα σε όλο το κείμενο.

Πίνακες και διαγράμματα

Πρέπει να περιλαμβάνονται στο κυρίως κείμενο του άρθρου, να εμφανίζονται με αριθμητική αλληλουχία και να γίνεται παραπομπή από το κείμενο στον αντίστοιχο πίνακα ή διάγραμμα.

Φωτογραφίες

Πρέπει να υποβάλλονται χωριστά και να είναι σε μορφή jpeg με ανάλυση τουλάχιστον 300 dpi. Κάθε φωτογραφία να έχει μια λεζάντα με σύντομο τίτλο και σύντομη περιγραφή της εικόνας. Η λεζάντα να μην είναι προσκολλημένη στην φωτογραφία.

Υποβολή των άρθρων

Τα άρθρα υποβάλλονται με e - mail, σε αρχείο MS Word, στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

a.platania@zita - management.com

Τηλέφωνο επικοινωνίας 211 1001773, Fax 210 664 5176.

EVISTA®
raloxifene HCl

ELITYRAN® DPS

LEUPRORELIN ACETATE **Depot Inj. 3,75mg / 11,25mg**

ΝΕΟ!

SiderAL

ΜΕΤΑΦΟΡΕΣ ... ΕΞΥΠΝΑ

Prolutex™

Inj. sol. 25 mg

Υδατικό διάλυμα προγεστερόνης
για υποδόρια χορήγηση

Lutinus

Προγεστερόνη 100mg Κολπικό διαλύο

στο σωστό δρόμο για την εγκυμοσύνη

ΚΑΘΕ ΒΗΜΑ, ΚΑΘΕ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΑ ΣΤΗΝ IVF ΕΝΑΡΜΟΝΙΖΕΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ

Μετά από 60 χρόνια αποτυχίας κάποιος γιατρός επί τη ένει αλλά 30% η αξία λειτουργίας έχει παγώσει. Τα βήματα από την πρώτη ημέρα διαγνώσεις με γονιδιοπαθείες μέχρι την παιδικαία, πρέπει να είναι πάντα ενημερωμένος, είναι τα βάσης στη γενέτειρα αγωγική και τη μεγαλύτερη πιθανότητα να επιτύχει εγκυμοσύνη. Τί αυτό σημαίνει η φανέρωση επιφάνειας που παράγει ένα σπερμα αποκτήσεται για όλο τον κόλπο 30% αυτό να βρεθούν να συντελέσει κάθε βήμα της εξατομικευμένης θεραπείας. Διότι γνωρίζουμε ότι οι οικογένειες χτίζονται πάνω σε ποιότης λειτουργίας που είναι η διαφορά.

Τηλεφωνήστε στο 21 [illegible] 210 72 [illegible] [illegible] [illegible]

Μια ομάδα που [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]