



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΛΑΣΣΟΝΟΣ ΠΥΕΛΟΥ ΚΑΙ
ΠΕΡΙΝΕΟΥ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων στην πρωτοβάθμια
φροντίδα υγείας

Ειρήνη Γκουντουβά

Ιατρός- Ειδικός Γενικής Ιατρικής

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Τζώρτζης Βασίλειος , Καθηγητής Ουρολογίας Επιβλέπων Καθηγητής

Γκράβας Σταύρος , Καθηγητής Ουρολογίας Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Καρατζάς Αναστάσιος Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας Μέλος Τριμελούς
Επιτροπής

Λάρισα, 2021



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΛΑΣΣΟΝΟΣ ΠΥΕΛΟΥ ΚΑΙ
ΠΕΡΙΝΕΟΥ»**



Treatment of urinary incontinence in primary health care

| | |
|--|----|
| Πίνακας περιεχομένων | |
| Περίληψη..... | 4 |
| Abstract..... | 4 |
| Εισαγωγή..... | 5 |
| 1.Ορισμός της ακράτειας ούρων και οι διάφοροι τύποι της..... | 7 |
| 2. Ο έλεγχος της ούρησης από το νευρικό σύστημα | 8 |
| 3. Προδιαθεσικοί παράγοντες | 13 |
| 4. Αντιμετώπιση της ακράτειας | 16 |
| 4.1.1 Συμπεριφορικές θεραπείες..... | 17 |
| 4.1.2 Αξιολόγηση των συμπεριφορικών παρεμβάσεων | 19 |
| 4.1.2 Λοιπές υγιεινοδιαιτητικές παρεμβάσεις | 23 |
| 4.2 Φαρμακευτική αγωγή | 27 |
| 5. Χειρουργική αντιμετώπιση..... | 31 |
| 6. Συζήτηση – συμπεράσματα..... | 35 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 38 |

Περίληψη

Η ακράτεια ούρων συνιστά σοβαρό ατομικό πρόβλημα υγιεινής με κοινωνικές προεκτάσεις που επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής του πάσχοντα. Αφορά κυρίως το γυναικείο φύλο. Πρόκειται για μια τις παθολογικές εκείνες καταστάσεις που η μη φαρμακευτική θεραπεία έχει τον πρώτο λόγο και που μπορεί, τουλάχιστον σε ένα πρώτο στάδιο να αντιμετωπιστεί με επιτυχία στην κοινότητα. Οι ασκήσεις του πυελικού εδάφους με ή χωρίς βιοανάδραση αποτελούν θεραπεία πρώτης γραμμής και έπεται η φαρμακευτική αγωγή και η χειρουργική επέμβαση. Η διεπιστημονική προσέγγιση του προβλήματος με τη συνδρομή του γενικού ιατρού, αλλά και άλλων ειδικοτήτων και επιστημόνων, όπως γυναικολόγου, ουρολόγου, νοσηλευτών και φυσικοθεραπευτών προσφέρει μια ολιστικής αντιμετώπισης του ζητήματος και αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες επιτυχούς θεραπείας.

Λέξεις-κλειδιά: ακράτεια ούρων, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αντιμετώπιση, διεπιστημονική προσέγγιση

Abstract

Urinary incontinence is a serious individual hygiene problem with social implications that significantly affects the quality of life of the patient. It mainly concerns the female sex. This is one of those pathological conditions that non drug treatment comes first and patients can, at least in the first stage, be successfully treated in the community. Pelvic floor exercises with or without biofeedback are the first-line treatment, followed by medication and surgery. The interdisciplinary approach to the problem with the assistance of the general practitioner, but also of other specialties and scientists, such as gynecologists, urologists, nurses and physiotherapists offers a holistic approach to the issue and significantly increases the chances of successful treatment.

Key -words: urinary incontinence, primary health care, treatment, interdisciplinary approach

Εισαγωγή

Τα επιδημιολογικά δεδομένα για την ακράτεια στη χώρα μας είναι μάλλον περιορισμένα. Σε έρευνα των Σπυρόπουλου και συν. σε άνδρες και γυναίκες που συχνάζουν σε ΚΑΠΗ, το 25,5% των ανδρών και το 45,1% των γυναικών ανέφεραν κάποιας μορφής ακράτεια.¹ Σε μια άλλη πιλοτική μελέτη στην Κρήτη βρέθηκε ότι το 27,5% των γυναικών 35-75 ετών, που επισκέφθηκαν ιατρεία 2 μονάδων Π.Φ.Υ. ανέφεραν ακράτεια.², ενώ στη μελέτη των Λιάπη και συν., βρέθηκε ότι το 27% των γυναικών 20-80 ετών αστικών και αγροτικών περιοχών της Ελλάδος παρουσιάζουν κάποιου είδους ακράτεια ούρων.³ Ο επιπολασμός της ακράτειας ούρων στον γυναικείο ελληνικό πληθυσμό στις ηλικίες 20 -80 ετών κυμαίνεται μεταξύ 20-30%, με την πλειονότητα των περιπτώσεων να αφορά σε ακράτεια προσπάθειας και μικτού τύπου (45 και 40% περίπου αντίστοιχα)¹⁻³. Αναφορικά με την ηλικιακή κατανομή, η ακράτεια από προσπάθεια είναι σημαντικά συχνότερη στην ηλικιακή ομάδα 20-39 ετών και 40-59 ετών, ενώ στην τρίτη ηλικία υπερτερεί ο μικτός τύπος. Υπολογίζεται ότι τριπλάσιος έως πενταπλάσιος αριθμός γυναικών σε σχέση με τους άνδρες εμφανίζει ακράτεια.^{4,5}

Παρά τα σημαντικά προβλήματα που δημιουργεί η ακράτεια στην καθημερινότητα των πασχόντων, σημαντική διαφορά μεταξύ υγιών και ασθενών διαπιστώνεται μονον στην περίπτωση των εργαζόμενων γυναικών, γεγονός αναμενόμενο ωστόσο αν αναλογιστεί κανείς το εύρος των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της νόσου. Πράγματι, πολλοί ασθενείς αποφεύγουν τις κοινωνικές επαφές, τις αθλητικές δραστηριότητες ακόμα και τα αναγκαία ψώνια, ενώ τα αισθήματα ντροπής, το άγχος, η κατάθλιψη και η σεξουαλική δυσλειτουργία, που συχνά συνοδεύουν την ακράτεια, επιβαρύνουν περαιτέρω την ποιότητα ζωής. Στα παραπάνω πρέπει να προστεθεί και η οικονομική επιβάρυνση του πάσχοντος. Σερβιέτες, πάνες, έξοδα πλυσίματος, ειδικών συσκευών και ιματισμού, διαγνωστικές εξετάσεις, φυσικοθεραπεία, φαρμακευτική αγωγή και /ή χειρουργική επέμβαση αναγκάζουν τον ασθενή σε σημαντικές δαπάνες, ενώ έμμεση επιβάρυνση υπάρχει στην περίπτωση εμφάνισης ουρολοιμώξης, κυστεοκίλης, ή ακόμα και πτώσης λόγω της ακράτειας ούρων, με ό,τι αυτή μπορεί να συνεπάγεται, ειδικά σε έναν ηλικιωμένο ασθενή.⁶⁻⁸

Παρά τη σοβαρότητα του προβλήματος, λιγότεροι από τους μισούς ασθενείς με ακράτεια αναζητούν ιατρική φροντίδα, ενώ τα ποσοστά διαφέρουν μεταξύ των δύο φύλων (οι γυναίκες τείνουν να αναζητούν συχνότερα βοήθεια) με τους άνδρες ωστόσο να αναζητούν συχνότερα βοήθεια με την πρόοδο της ηλικίας και την επιμονή των συμπτωμάτων. Πιθανόν η συνύπαρξη σεξουαλικής δυσλειτουργίας να συντείνει στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας. Σε κάθε περίπτωση, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων η ηλικία και η επιβάρυνση της ποιότητας ζωής είναι τα στοιχεία εκείνα που κινητοποιούν τον ασθενή σε αναζήτηση βοήθειας.^{7,9} Η έγκαιρη ανίχνευση του προβλήματος είναι σημαντική για την ουσιαστική του αντιμετώπιση και για το λόγο αυτό έχουν αναπτυχθεί ερωτηματολόγια ακράτειας, με δημοφιλέστερο το ICIQ Short Form. Το 1998 η Διεθνής Εταιρία Εγκράτειας και Διαβούλευσης Ουρολογικών Παθήσεων (International Continence Society and International Consultation on Urological Diseases) διέκρινε την ανάγκη να αναπτυχθεί ένα ειδικό ερωτηματολόγιο για ευρεία εφαρμογή σε όλο τον κόσμο στην κλινική πράξη και έρευνα με σκοπό την αξιολόγηση της ακράτειας ούρων. Το πρώτο μοντέλο που αναπτύχθηκε ήταν το ICIQ Short Form Questionnaire για την ακράτεια ούρων. Έκτοτε οι ενότητες του ICIQ έχουν αναπτυχθεί και προσαρμοστεί ανάλογα για τα συμπτώματα του ουροποιητικού συστήματος, του κόλπου και του κατώτερου πεπτικού συστήματος. Για κάθε κλινική κατάσταση έχουν προστεθεί ερωτήσεις σχετικά με τις επιπτώσεις στα σεξουαλικά ζητήματα -προβλήματα και την ποιότητα ζωής.⁹

Μετά τη διάγνωση υπάρχουν σημαντικές θεραπευτικές (και μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις) που μπορούν να πραγματοποιηθούν στην κοινότητα, ειδικά όταν υπάρχει διεπιστημονική συνεργασία. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η τεκμηριωμένη παρουσίαση των δυνατοτήτων θεραπευτικής παρέμβασης σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ειδικότερα δε από τη σκοπιά του γενικού ιατρού.

1.Ορισμός της ακράτειας ούρων και οι διάφοροι τύποι της

Σύμφωνα με την Διεθνή Κοινότητα Εγκράτειας, ως ακράτεια ούρων ορίζεται οποιαδήποτε ακούσια αποβολή ούρων. Συνιστά δε σοβαρό ατομικό και κοινωνικό πρόβλημα υγιεινής.¹⁰⁻¹² Οι παράμετροι που προσδιορίζουν τη βαρύτητα και την εξέλιξη της ακράτειας ούρων είναι η συχνότητα της απώλειας, η σοβαρότητα, οι προδιαθεσικοί παράγοντες, ο κοινωνικός αντίκτυπος, η επίδραση στην υγιεινή και ποιότητα ζωής του ασθενούς, τα τυχόν μέτρα που λαμβάνει ο ασθενής για τον περιορισμό της διαφυγής των ούρων και ο τρόπος αντιμετώπισης της κατάστασης. Διακρίνονται δε οι ακόλουθες κατηγορίες:

α)Ακράτεια προσπάθειας: Πρόκειται για την ακούσια αποβολή ούρων κατά την άσκηση, τον βήχα ή τον παρμό. Μπορεί να συμβαίνει και σε οποιαδήποτε αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης, χωρίς να συνυπάρχει επείγουσα έπειξη προς ούρηση ή σύσπαση του εξωστήρα μυ της κύστης.

β)Ακράτεια επιτακτικού τύπου: Πρόκειται για την ακούσια απώλεια ούρων που συνοδεύεται από επιτακτική ανάγκη για ούρηση (έντονη έπειξη προς ούρηση). Τα συμπτώματα κυμαίνονται από μικρή απώλεια μεταξύ των ουρήσεων μέχρι πλήρη διαφυγή ούρων και κένωση της κύστης. Τα συμπτώματα μπορεί να επιτείνονται στο κρύο, στη θέαση τρεχούμενου νερού ή ακόμα κατά την προσπάθεια ξεκλειδώματος της εξώπορτας (latch key incontinence).

γ)Ακράτεια μικτού τύπου: είναι η ακούσια αποβολή ούρων συνοδευόμενη από επιτακτικότητα όπως επίσης και κατά την άσκηση, το βήχα ή το φτέρνισμα. Δηλαδή, συνυπάρχουν οι δύο προαναφερθέντες τύποι ακράτειας.

Ως συνεχής ακράτεια ακράτεια χαρακτηρίζεται η συνεχή διαφυγή ούρων, ενώ ως ακράτεια από υπερπλήρωση συμβαίνει στην περίπτωση διαφυγής ούρων λόγω υπερπλήρωσης της ουροδόχου κύστης και συναντάται σε νευρολογικά νοσήματα. Ως υπερδραστήρια κύστη (OverActiveBladder-OAB) ορίζεται η κατάσταση που συνοδεύεται με σύμπτωμα επείγουσας αίσθησης για ούρηση με η χωρίς επείγουσα ακράτεια, συνήθως με συχνουρία και νυκτουρία. Η λειτουργική ακράτεια παρατηρείται σε άτομα που έχουν φυσιολογική ικανότητα κένωσης της ουροδόχου κύστης αλλά διαθέτουν μειωμένες κινητικές δυνατότητες ή μειωμένη γνωστική λειτουργία.¹⁰

2. Ο έλεγχος της ούρησης από το νευρικό σύστημα

Το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα νευρώνεται από 3 κατηγορίες περιφερικών νεύρων που περιλαμβάνουν το παρασυμπαθητικό, συμπαθητικό και σωματικό νευρικό σύστημα:

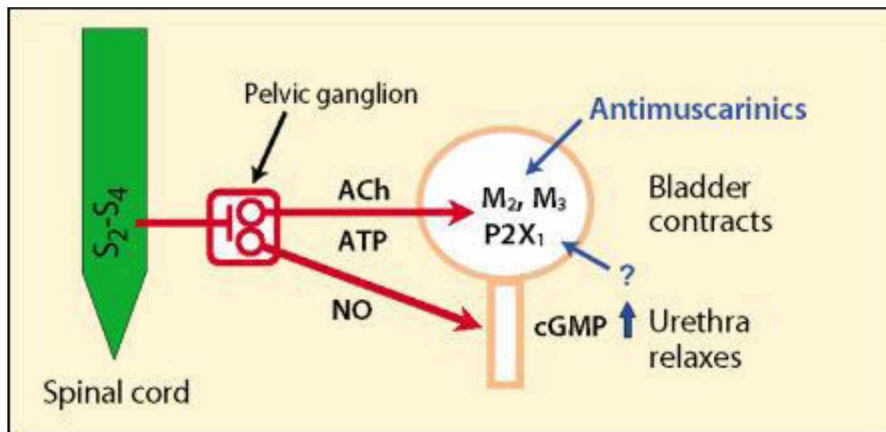
- Πυελικά παρασυμπαθητικά νεύρα: αναδύονται στο ιερό επίπεδο του ωτιαίου μυελού, διεγείρουν την ουροδόχο κύστη και χαλαρώνουν την ουρήθρα
- Οσφυϊκά συμπαθητικά νεύρα: αναστέλλουν το σώμα της ουροδόχου κύστης και διεγείρουν τη βάση της ουροδόχου κύστης και την ουρήθρα
- Αιδοϊκά νεύρα: διεγείρουν τον εξωτερικό σφιγκτήρα της ουρήθρας

Αυτά τα νεύρα περιέχουν προσαγωγούς (αισθητήριους) καθώς και προσαγωγούς κινητικούς νευράξονες.^{10, 13-15}

Παρασυμπαθητική οδός

Οι παρασυμπαθητικοί προγαγγλιακοί νευρώνες που νευρώνουν το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα βρίσκονται στο πλευρικό τμήμα της ιερής ενδιάμεσης φαιάς ουσίας σε μια περιοχή που ονομάζεται ιερός παρασυμπαθητικός πυρήνας. Παρασυμπαθητικοί προγαγγλιονικοί νευρώνες στέλνουν άξονες μέσω των κοιλιακών ριζών στα περιφερικά γάγγλια, όπου απελευθερώνουν τον διεγερτικό διαβιβαστή ακετυλοχολίνη (ACh). Οι παρασυμπαθητικοί μεταγαγγλιακοί νευρικοί ακροδέκτες απελευθερώνουν ACh, η οποία μπορεί να διεγείρει διάφορους μουσκαρινικούς υποδοχείς στους λείους μυς της ουροδόχου κύστης, οδηγώντας σε συσπάσεις της ουροδόχου κύστης (εικόνα 1).

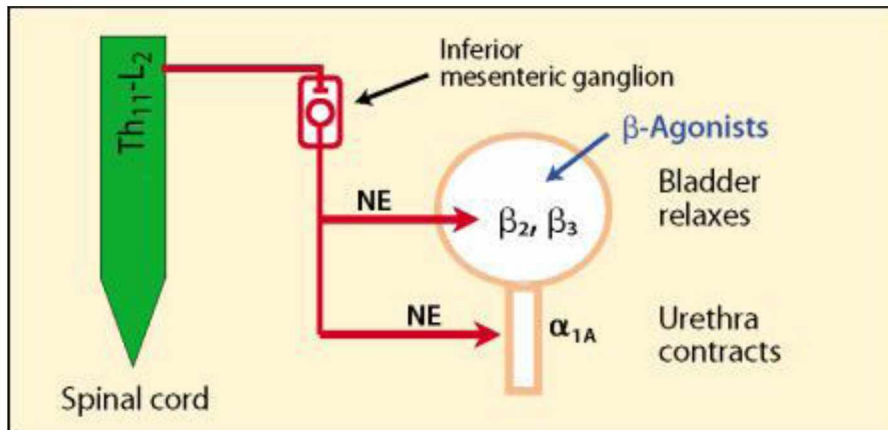
Στους ανθρώπους, οι παρασυμπαθητικοί μεταγαγγλιακοί νευρώνες βρίσκονται στο στρώμα του τοιχώματος του εξωστήρα, καθώς και στο πυελικό πλέγμα. Αυτό είναι σημαντικό στο ότι οι ασθενείς με κάκωση της ιππουρίδας ή στο πυελικό πλέγμα, οι οποίοι είναι νευρολογικά «αποκεντρωμένοι», μπορεί να διαθέτουν κάποια νευρωση απονευρωμένοι. Ο τραυματισμός της ιππουρίδας επιτρέπει πιθανή διασύνδεση μεταξύ προσαγωγών και προσαγωγών νεύρων στο επίπεδο των ενδοτοιχωματικών γαγγλίων.¹⁶



Εικ. 1. Μεταγαγγλιακές ίνες του παρασυμπαθητικού (αιδοϊκό νεύρο) απελευθερώνουν ακετυλοχολίνη (ACh), η οποία διεγείρει ποικίλους μουσκαρινικούς υποδοχείς στο λείο μυ της κύστης και συνακόλουθα σύσπαση της κύστης. ATP, τριφωσφορική αδενοσίνη. NO, μονοξείδιο του αζώτου. cGMP, κυκλική μονοφωσφορική γουανοσίνη. (Πηγή: Yoshimura N, Chancellor MB. Neurophysiology of lower urinary tract function and dysfunction. *Rev Urol.* 2003;5 Suppl 8(Suppl 8):S3-S10)

Συμπαθητική οδός

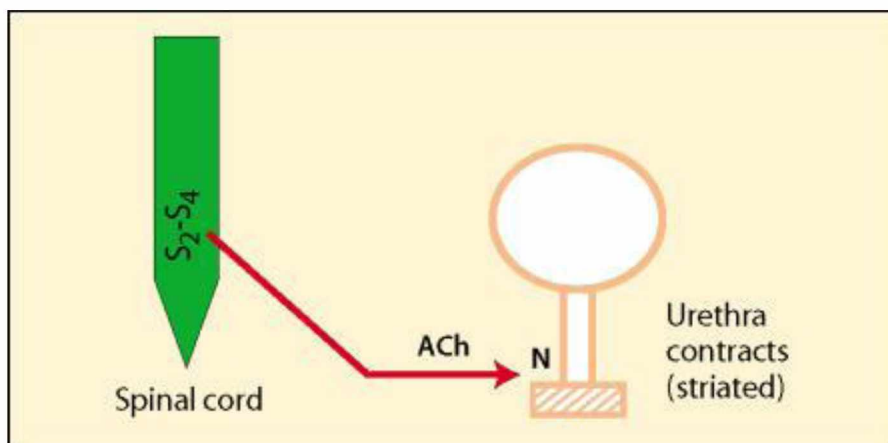
Η συμπαθητική διέγερση από το σπονδυλικό οσφυϊκό νωτιαίο μυελό παρέχει νοραδρενεργική διεγερτική και ανασταλτική είσοδο στην ουροδόχο κύστη και την ουρήθρα.¹⁷ Οι περιφερειακές συμπαθητικές οδοί ακολουθούν μια πολύπλοκη διαδρομή που περνάει από τα γάγγλια συμπαθητικής αλυσίδας στα κάτω μεσεντέρια γάγγλια και στη συνέχεια, μέσω των υπογαστρικών νεύρων, στα πυελικά γάγγλια. Οι συμπαθητικοί προγαγγλιακοί νευρώνες συναπτονται με μεταγαγγλιακούς νευρώνες στο κάτω μεσεντέριο γάγγλιο, καθώς και με μεταγαγγλιακούς νευρώνες στα παρασπονδυλικά γάγγλια και τα πυελικά γάγγλια. Η γαγγλιονική μετάδοση στα συμπαθητικά μονοπάτια διαμεσολαβείται επίσης από ACh που δρα σε νικοτινικούς υποδοχείς. Συμπαθητικές μεταγαγγλιακές ίνες που απελευθερώνουν νορεπινεφρίνη προκαλούν συσπάσεις της βάσης της ουροδόχου κύστης και του λείου μυός της ουρήθρας και χαλάρωση του σώματος της ουροδόχου κύστης (εικόνα 2).



Εικ 2. Μεταγαγγλιακές συμπαθητικές απολήξεις (υπογάστριο νεύρο) απελευθερώνουν νοραδρεναλίνη που προκαλεί συσπάσεις της ουρήθρας και της βάσης της κύστης, καθώς και χάλαση του σώματος της κύστης. Πηγή: Yoshimura N, Chancellor MB. Neurophysiology of lower urinary tract function and dysfunction. *Rev Urol.* 2003;5 Suppl 8(Suppl 8):S3-S10)

Σωματικές οδοί

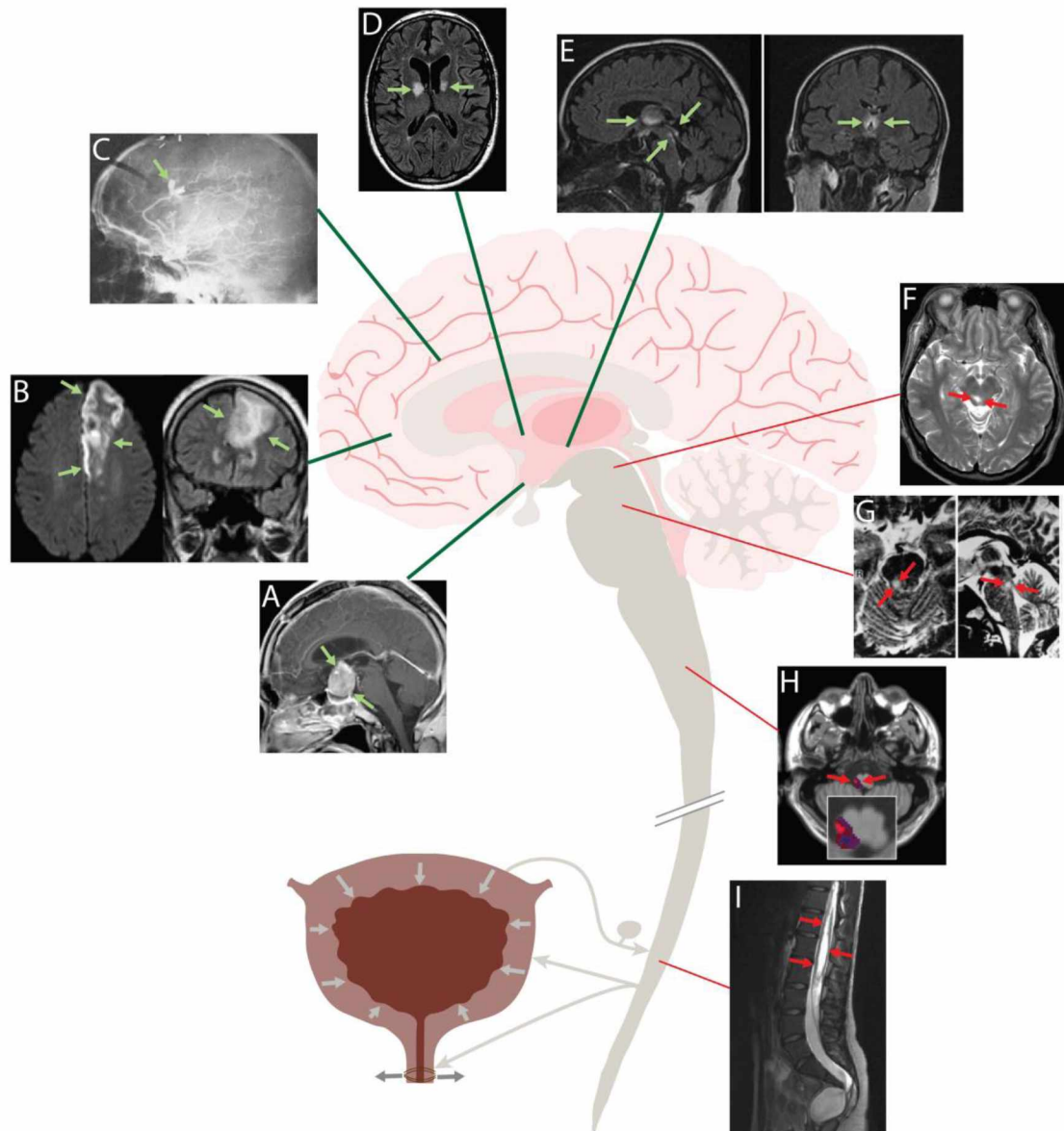
Οι σωματικοί απαγωγοί κινητικοί νευρώνες που νευρώνουν τον εξωτερικό γραμμωτό σφιγκτήρα μυ της ουρήθρας και το μυελικό του πυελικού εδάφους βρίσκονται κατά μήκος του πλευρικού ορίου του κοιλιακού κέρατος στον ιερό νωτιαίο μυελό, που συνήθως αναφέρεται ως πυρήνας του Onuf.¹⁶ Οι κινητικοί νευρώνες απελευθερώνουν ACh, το οποίο δρα στους νικοτινικούς υποδοχείς των σκελετικών μυών για να προκαλέσει συστολή των μυών (εικόνα 3)



Εικ 3. Οι απολήξεις του αιδοϊκού νεύρου απελευθερώνουν ακετυλοχολίνη (ACh) που δρα σε νικοτινικούς υποδοχείς και προκαλεί συστολή του μυ. Πηγή: Yoshimura N, Chancellor MB. Neurophysiology of lower urinary tract function and dysfunction. *Rev Urol.* 2003;5 Suppl 8(Suppl 8):S3-S10)

Στη δεκαετία του 1920, ο JF Barrington προκάλεσε αλλοιώσεις εγκεφαλικού στελέχους σε γάτες. Συνδυάζοντας αυτές τις βλάβες με παρακολούθηση της συμπεριφοράς και ουροδυναμική μελέτη, βρήκε μια μικρή ραχιαία γεφυρική περιοχή που ευθυνόταν για την επίσχεση ούρων.¹⁸ Αυτή η περιοχή, που αναφερόταν προηγουμένως ως γεφυρικό κέντρο ουρησης είναι πλέον γνωστό ως πυρήνας του Barrington. Οι νευρώνες του κέντρου προβάλλουν άξονες στον ιερό νωτιαίο μυελό και συντονίζουν τη συστολή (εξωστήρας) και τη χαλάρωση της κύστης.¹⁹⁻²¹ Καθώς η κύστη γεμίζει με ούρα, μηχανικοί αισθητήρες στο τοίχωμα της ουροδόχου κύστης ενεργοποιούν προοδευτικά μια ανιούσα οδό μέσω του ιερού νωτιαίου μυελού και μέσω νευρώνων του μεσεγκεφάλου που στη συνέχεια ενεργοποιούν αντανεκλαστικά τον πυρήνα του Barrington.²¹⁻²⁴

Ακράτεια ωστόσο μπορεί να προκληθεί μετα απο βλάβες σε επίπεδο υψηλότερο του νωτιαίου μυελού, ακόμα και από βλάβες στον τελικό εγκέφαλο. Τα νευρικά κυκλώματα που εκτείνονται από τον εγκεφαλικό φλοιό στην ουροδόχο κύστη διατηρούν την εγκράτεια και επιτρέπουν την άρση της όταν αυτό κρίνεται κοινωνικά κατάλληλο. Τραυματισμοί σε συγκεκριμένες εγκεφαλικές περιοχές προκαλούν επιτακτική ακράτεια.²⁵ Πράγματι, όπως φαίνεται στην εικόνα 4, οι βλάβες του ανθρώπινου εγκεφάλου που προκαλούν ακράτεια (A -E) εντοπίζονται στις περιοχές του πρόσθιου εγκεφάλου, ενώ οι βλάβες που προκαλούν επίσχεση ούρων (F -I) εστιάζονται στο εγκεφαλικό στέλεχος και το νωτιαίο μυελό.



Εικ. 4. Οι βλάβες του ανθρώπινου εγκεφάλου που προκαλούν επείγουσα επειξη για ουρηση και ακράτεια (A -E) εντοπίζονται στις περιοχές του πρόσθιου εγκεφάλου, ενώ οι βλάβες που προκαλούν επίσχεση ούρων (F -I) εντοπίζονται στο στέλεχος του εγκεφάλου και στο νωτιαίο μυελό. Επιτακτική ακράτεια: (A) Μαγνητική τομογραφία: μεγάλο αδένωμα της υπόφυσης που πιέζει τον υποθάλαμο και προκάλεσε επιτακτική ακράτεια κατά τη διάρκεια της ημέρας. (B) Εγκεφαλικό επεισόδιο αριστερής πρόσθιας εγκεφαλικής αρτηρίας που προκαλεί ακράτεια ούρων. (Γ) Αγγειογραφία που δείχνει ρήξη ανευρύσματος (αριστερή έλικα του προσαγωγίου). (Δ) Αξονική τομογραφία-ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια στην έσω κάψα άμφω σε ασθενή με ακράτεια ούρων και ανωμαλίες συμπεριφοράς. (Ε) MR εικόνες ασθενούς με εγκεφαλοπάθεια Wernicke και ακράτεια ούρων. (Ζ) εικόνες με μαγνητική τομογραφία T2 σε ασθενή με επίσχεση ούρων μετά από εγκεφαλίτιδα (Η) Μικρά έμφρακτα σε ασθενή με επίσχεση ούρων. (I) Εικόνα T2 που δείχνει εκτεταμένη κυστική βλάβη στον οσφυϊκό νωτιαίο μυελό ασθενούς με επίσχεση ούρων. (Πηγή: Tish MM, Geerling JC. The Brain and the Bladder: Forebrain Control of Urinary (In)Continence. *Front Physiol.* 2020;11:658).

3. Προδιαθεσικοί παράγοντες

Μια σειρά προδιαθεσικών παραγόντων ευνοούν την εμφάνιση της ακράτειας:

1. Εγκυμοσύνη και αριθμός τοκετών

Ακράτεια ούρων παρατηρείται συχνά και κατά την εγκυμοσύνη, κυρίως στο 3^ο τρίμηνο. Είναι αυτοπεριοριζόμενη καθώς συνήθως υποχωρεί μετά τον τοκετό. Οι περισσότερες μελέτες υποδεικνύουν συσχέτιση ακράτειας και αριθμού τοκετών. Αν και ο πρώτος τοκετός μπορεί να έχει την καθοριστική (και ίσως τη μοναδική) επίδραση στην μετέπειτα ακράτεια ούρων, οι επόμενοι τοκετοί μπορεί να συνεισφέρουν σε αυτήν την κατάσταση (πιθανολογείται ακόμα και αύξηση του κινδύνου ακράτειας αναλόγως του αριθμού τοκετών).^{26,27} Η επίδραση της διαδικασίας του τοκετού ως παράγοντα κινδύνου για την ακράτεια ούρων είναι δύσκολο να διαχωριστεί από την επίδραση της ίδιας της εγκυμοσύνης ως συμπαραγόντα. Πιθανοί μηχανισμοί με τους οποίους ο φυσιολογικός τοκετός μπορεί να οδηγήσει σε ακράτεια είναι ο τραυματισμός του αιδοϊκού νεύρου και η καταστροφή μέρους του συνδετικού ιστού του πυελικού εδάφους εξαιτίας της αυξημένης τάσης κατά την διάρκεια του τοκετού. Μια προσέγγιση του θέματος είναι η σύγκριση γυναικών με ακράτεια που υπέστησαν καισαρική και αυτών με φυσιολογικό τοκετό. Αυξημένο ποσοστό ακράτειας παρατηρήθηκε στην ομάδα του φυσιολογικού τοκετού, κυρίως της ακράτειας από προσπάθεια, στις περισσότερες από τις μελέτες. Ωστόσο η μελέτη των Borello-France et al. έδειξε πως η καισαρική δεν προστατεύει τις ασθενείς από τις παθήσεις του πυελικού εδάφους.²⁸

2. Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία αποτελεί τεκμηριωμένο παράγοντα πρόκλησης ή επιδείνωσης της ακράτειας ούρων. Πιθανολογείται ότι η αύξηση του βάρους αυξάνει την ασκούμενη τάση στους διάφορους ιστούς της πυέλου και η χρόνια επιβάρυνσή τους οδηγεί σε εξασθένηση του μυϊκού τόνου των μυών και διαταραχές στη λειτουργικότητα των νεύρων του πυελικού εδάφους με αποτέλεσμα την ακράτεια. Κάποιες έρευνες βρήκαν πως η κεντρική παχυσαρκία (Body Mass Index, BMI), σχετίζεται ισχυρά με την ακράτεια ούρων. Ενώ το γεγονός ότι η παχυσαρκία αυτή συνδέεται και με την ακράτεια επιτακτικού τύπου, δημιουργείται η σκέψη ότι στον

μηχανισμό της ακράτειας ίσως πρέπει να αναζητηθούν και άλλοι παθοφυσιολογικοί δρόμοι.^{26,29}

3. Ορμόνες

Τα οιστρογόνα ακούν αυξητική δράση στο βλεννογόνο και υποβλεννογόνιο χιτώνα της ουρήθρας και στο κολλαγόνο του πυελικού εδάφους. Απώλεια της οιστρογονικής επίδρασης, όπως συμβαίνει στην εμμηνόπαυση, προκαλεί μεταβολές στη λειτουργία των λείων μυικών ινών, στην αγγειακή κυκλοφορία και στον συνδετικό ιστό, με αποτέλεσμα διαταραχή της λειτουργίας του σφιγκτηριακού μηχανισμού. Παρόλο που υπάρχουν ενδείξεις για βελτίωση της ακράτειας προσπαθείας, μετά από θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα, τα αποτελέσματα είναι πενιχρά.³⁰

4. Εθνικότητα και φυλή

Η ακράτεια ούρων και κυρίως η ακράτεια κατά την προσπάθεια είναι συχνότερες στις γυναίκες της λευκής φυλής, ενώ φαίνεται να υπάρχει διαφορά και σε σχέση με την ακράτεια επιτακτικού και μικτού τύπου, καταστάσεις που όμως φαίνεται να είναι συχνότερες σε γυναίκες της μαύρης φυλής.³¹

5. Χειρουργικές επεμβάσεις και τραυματισμοί

Η προστατεκτομή στους άνδρες αποτελεί μείζων αιτία ακράτειας και οι νεότερες τεχνικές στοχεύουν μεταξύ άλλων και στην ελαχιστοποίηση αυτού του κινδύνου. Η ακτινοθεραπεία, βραχυθεραπεία και κρυοχειρουργική για προστατικό καρκίνο επίσης ενοχοποιούνται για ακράτεια. Τραύματα πυελικού εδάφους, εκτροφή κύστεως και επισπαδίας/ανακατασκευή ουρήθρας επίσης παίζουν ρόλο. Η υστερεκτομή στις γυναίκες έχει ενοχοποιηθεί για την έναρξη της ακράτειας αλλά δεν υπάρχει ομοφωνία και οπωσδήποτε δεν έχει ακόμα εξακριβωθεί ο τυχόν υποκείμενος παθοφυσιολογικός μηχανισμός.²⁶

6. Διατροφή

Έχει βρεθεί ότι κάποιες διαιτητικοί παράγοντες όπως ο καφές, το αλκοόλ και τα ανθρακούχα αναψυκτικά επιδεινώνουν την ακράτεια. Στη μελέτη EPINCONT η αυξημένη συχνότητα στο μικτό τύπο ακράτειας συσχετίστηκε με την κατανάλωση καφέ, ενώ αναφέρθηκε μείωση ποσοστού της ακράτειας από προσπάθεια.³² Θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε επίσης ανάμεσα στην κατανάλωση τσαγιού και στην ακράτεια προσπαθείας και μικτού τύπου. Ωστόσο, αυτά τα αποτελέσματα δεν επαληθεύτηκαν στην μελέτη Leicester.³³ Άλλα ενδιαφέροντα ευρήματα είναι η

επίταση της ακράτειας από προσπάθεια μετά απόκατανάλωση ανθρακούχων ποτών, καθώς και η ελάττωση της υπερδραστηριότητας της κύστης με την κατανάλωση πατάτας, ψωμιού και λαχανικών.

7. Κοινωνικοοικονομική κατάσταση

Η επίδραση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης είναι έμμεση, καθώς επηρεάζει άλλους παράγοντες κινδύνου όπως τον αριθμό τοκετών, το BMI, τον σακχαρώδη διαβήτη, την κατάθλιψη, το κάπνισμα και την εμμηνόπαυση. Επίσης, ασθενείς υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου τείνουν να αναζητούν συχνότερα ιατρική βοήθειας για την ακράτεια ούρων.²⁶

8. Κάπνισμα

Παρά τις παλαιότερες ενδείξεις ακόμα και για δόσοεξαρτώμενη σχέση καπνίσματος και ακράτειας ούρων, οι νεότερες προοπτικές έρευνες δεν έχουν τεκμηριώσει αιτιολογική συσχέτιση καπνίσματος και ακράτειας.²⁶ Ωστόσο, ο χρόνιος βήχας των καπνιστών, αυξάνει την καταπόνηση των μυών της πυέλου, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για τη μηχανική αρτιότητα του πυελικού εδάφους και την ακράτεια.^{34,35}

9. Φυσική δραστηριότητα

Αν και η έντονη φυσική δραστηριότητα επιδεινώνει προϋπάρχουσα ακράτεια από προσπάθεια (που όμως δεν συμβαίνει αφού οι ασθενείς λόγω την αποφεύγουν), η μέτρια φυσική δραστηριότητα βελτιώνει την ακράτεια, κυρίως λόγω ελάττωσης του σωματικού βάρους.²⁶

10. Συνοσηρότητα

Νοσήματα που επηρεάζουν το νευρικό σύστημα και ευνοούν την ανάπτυξη ουρολοιμώξεων συσχετίζονται με την ακράτεια. Αναμεσά τους ξεχωρίζουν ο σακχαρώδης διαβήτης και η άνοια. Οι οξείες ουρολοιμώξεις προκαλούν παροδική ακράτεια ούρων, έχουν ωστόσο συσχετιστεί και με την χρόνια ακράτεια. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το ιστορικό κυστίτιδας έχει συσχετιστεί με ακράτεια από προσπάθεια αλλά και με υπερδραστήρια κύστη σε γυναίκες μεγαλύτερες των 40 ετών. Υπάρχουν δε ενδείξεις ότι η δυσκοιλιότητα, η κατάθλιψη και οι κινητικές δυσκολίες επίσης συσχετίζονται με την ακράτεια.^{26,33}

4. Αντιμετώπιση της ακράτειας

Κατά την τρέχουσα κλινική πρακτική, η συνιστώμενη οδός φροντίδας για ακράτεια ούρων είναι η προσφορά συντηρητικών και φαρμακολογικών παρεμβάσεων ως αρχικών θεραπειών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, η σειρά των οποίων υπαγορεύεται από τη θεραπεία του κυρίαρχου συμπτώματος. Όπου τα αποτελέσματα αυτών των θεραπειών δεν είναι τα βέλτιστα, μπορεί να εξεταστεί μια σειρά χειρουργικών επεμβάσεων. Αυτές οι θεραπείες προσφέρονται σχεδόν εξ ολοκλήρου σε δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια περίθαλψη και οι περισσότερες γυναίκες θα πρέπει να παραπεμφθούν από την πρωτοβάθμια περίθαλψη για να λάβουν αυτές τις επεμβάσεις. Συνήθως, μέρος της παραπομπής από την πρωτοβάθμια στη δευτεροβάθμια περίθαλψη θα περιλαμβάνει ουροδυναμική εξέταση, η οποία αποτελεί μέρος των πληροφοριών που εξετάζονται. Υπάρχουν επίσης ορισμένες περιστάσεις, για παράδειγμα σε πολύπλοκες περιπτώσεις ή σε εκείνες που απαιτούν μια δευτερογενή διαδικασία όπου μια αρχική επέμβαση απέτυχε, όπου η απόφαση σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης του ασθενούς πρέπει να ληφθεί από μια ομάδα εμπειρογνομόνων πολλών επαγγελματιών υγείας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο χειρουργός από μόνος του μπορεί να μην έχει πάντα την εμπειρία ή την εμπειρία για να αποφασίσει για τη βέλτιστη θεραπεία. Επίσης, η διεπιστημονική ομάδα θα πρέπει να ελέγχει και να αξιολογεί τα πρωτογενή χειρουργικά αποτελέσματα και να βοηθά στη διαβούλευση των γυναικών σε περίπτωση μη ικανοποιητικού αποτελέσματος της κύριας χειρουργικής επέμβασης.

Η ακράτεια ούρων στην κλινική πρακτική αντιμετωπίζεται με τρεις τρόπους : α) θεραπεία συμπεριφοράς (επανεκπαίδευση κύστεως και πυελικού εδάφους), β) φαρμακευτική και γ) χειρουργική θεραπεία. Όλες οι διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές προτείνονται στον ασθενή και συζητώνται μαζί του τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα της κάθε μεθόδου, ώστε σε εξατομικευμένη βάση να αποφασιστεί η βέλτιστη θεραπεία, αναλόγως και των προτιμήσεων του. Παραδοσιακά, η λιγότερο επεμβατική επιλογή προηγείται και έπονται αναλόγως ενδείξεων οι υπόλοιπες, με σκοπό την ελαχιστοποίηση εμφάνισης των δυνητικών επιπλοκών. Τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα των θεραπευτικών επιλογών θα πρέπει να συζητηθούν με τον

ασθενή, ώστε αυτός να αποφασίσει ποια θεραπεία προτιμά. Ως γενικός κανόνας, η πρώτη επιλογή θα πρέπει να είναι η λιγότερο επεμβατική, με τις λιγότερες δυνατές επιπλοκές. Για πολλούς τύπους ακράτειας, η θεραπεία συμπεριφοράς πληροί αυτά τα κριτήρια, αφού στερείται ανεπιθύμητων ενεργειών και δεν περιορίζει τυχόν μελλοντικές θεραπευτικές επιλογές.³⁶⁻³⁸

4.1 Συντηρητική αντιμετώπιση

Οι συντηρητικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται για ακράτεια ούρων (και που δεν περιλαμβάνουν χειρουργική επέμβαση) αφορούν παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής, σωματικές (physical), συμπεριφορικές, φαρμακευτικές και συμπληρωματικές θεραπείες και μη θεραπευτικές παρεμβάσεις (όπως προϊόντα που περιορίζουν τη διαρροή). Αυτές οι σωματικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις έχουν και προληπτικό χαρακτήρα. Η International Continence Society ορίζει τη «συντηρητική θεραπεία» ως θεραπείες που συνήθως είναι χαμηλού κόστους τις οποίες και διαχειρίζεται κυρίως ο ασθενής με ακράτεια, ακολουθώντας οδηγίες και υπό την επίβλεψη του επαγγελματία υγείας. Διαφέρουν από άλλες μορφές αντιμετώπισης της ακράτειας, κατά το ότι έχουν χαμηλό κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών και δεν προδικάζουν άλλες μεταγενέστερες θεραπείες. Η φαρμακευτική αγωγή σε υπερδραστήρια ουροδόχο κύστη θεωρείται επίσης ως συντηρητική προσέγγιση.³⁶⁻³⁸

4.1.1 Συμπεριφορικές θεραπείες

α) Καταγραφή των ουρήσεων και των απωλειών ούρων σε διάγραμμα ούρησης (ημερολόγιο κύστεως): Κατά τη διάρκεια του προγράμματος, ο ασθενής καταγράφει τις συνήθειες ούρησής του (ένα απλό διάγραμμα ούρησης) και αξιολογεί ο ίδιος την πρόοδό του, ενώ ο θεράπων ιατρός αξιολογεί τη συμμόρφωση και την πρόοδο του ασθενούς. Παράλληλα, ο ιατρός προβαίνει αναλόγως αναγκών σε συστάσεις υγιεινοδιαιτητικής υφής όπως μείωση του σωματικού βάρους και μεταβολές στη διαίτα ή στη λήψη υγρών (π.χ. μείωση της λήψης καφεΐνης ή μείωση των πόσιμων υγρών πριν από το νυχτερινό ύπνο). Ωστόσο, ο αυστηρός περιορισμός των λαμβανόμενων υγρών από τον ασθενή προκειμένου να ελαττωθούν οι διαρροές συχνά προκαλεί περισσότερα προβλήματα απ' όσα λύνει (π.χ. επιδείνωση δυσουρικών ενοχλήσεων, δυσκοιλιότητα).⁹⁶ Βασικό στοιχείο της θεραπείας είναι η ενθάρρυνση και ο επαναπροσδιορισμός του προγράμματος, σύμφωνα με τις ανάγκες του

ασθενούς, τουλάχιστον άπαξ εβδομαδιαίως (αξιολόγηση και θετική ανατροφοδότηση).³⁶⁻³⁸

β)Επανεκπαίδευση κύστεως

Η εγκράτεια της κύστης μαθαίνεται κατά τη διάρκεια της νηπιακής ηλικίας, πρόκειται συνεπώς για επίκτητο χαρακτηριστικό. Στη βρεφική ηλικία, η κύστη συσπάται αυτόματα και αδειάζει, όταν συγκεντρωθεί μια ορισμένη ποσότητα ούρων. Ωστόσο, με την πρόοδο της ηλικίας, η μυελίνωση των κυστικών νεύρων ολοκληρώνεται και ο φλοιός του εγκεφάλου «μαθαίνει» να αναχαιτίζει το αντανακλαστικό της ούρησης στο νωτιαίο μυελό οποτε και αποκτάται ο έλεγχος της ούρησης.³⁹

Η επανεκπαίδευση της κύστης έχει ως στόχο να επιμηκυνθούν τα μεσοδιαστήματα της ούρησης, να βελτιωθεί η ικανότητα ελέγχου της επιθυμίας προς ούρηση, να αυξηθεί η χωρητικότητα της κύστης και να ενισχυθεί η αυτοπεποίθηση του ασθενούς, ότι δηλ. διαθέτει τον έλεγχο της κύστης του. Αναφορικά με την αποτελεσματικότητά των προγραμμάτων αυτών, οι σχετικές μελέτες δείχνουν σημαντική βελτίωση στη συχνότητα ούρησης και απωλειών ούρων σε γυναίκες με ακράτεια και συνακόλουθα στην ποιότητα ζωής τους.⁴⁰⁻⁴³

Η επανεκπαίδευση κύστεως συστήνεται ως θεραπεία πρώτης γραμμής για την αντιμετώπιση της επιτακτικής και μικτής ακράτειας στις γυναίκες και συνίσταται στα εξής:

Πρόγραμμα καθορισμένων διαστημάτων μεταξύ των ουρήσεων: Ο ασθενής προσπαθεί να αντισταθεί στην ισχυρή έπειξη για ούρηση προκειμένου καθυστερήσει την ώρα της ούρησης. Κατά την έναρξη της εκπαίδευσης προτείνεται ένα μεσοδιάστημα ουρήσεων που μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ 30 λεπτών και 2 ωρών, ανάλογα και με το ιστορικό του ασθενούς, ενώ δίνεται και ένα εύλογο περιθώριο 5-10 λεπτών στα μεσοδιαστήματα που ορίζονται κάθε φορά (περίοδος χάριτος). Ο ασθενής εξοικειώνεται σταδιακά με την παράταση των μεσοδιαστημάτων, καθώς αυτά επιμηκύνονται κατά 15-30 λεπτά την εβδομάδα σύμφωνα με την πρόοδο του ασθενούς. Το πρόγραμμα θεωρείται ότι έχει επιτύχει τον στόχο του, όταν ο ασθενής επισκέπτεται την τουαλέτα κάθε 3-4 ώρες, εξαιρουμένων των ωρών της κατάκλισης. Μεσολαβεί περίοδος παρακολούθησης 1-1,5 μήνα και ο ασθενής επαναξιολογείται.³⁶

Στρατηγικές ελέγχου της ισχυρής και αιφνίδιας έπειξης προς ούρηση: Εφαρμόζονται διάφορες τεχνικές χαλάρωσης και ελέγχου της έπειξης προς ούρηση. Οι ασκήσεις των

μυών του πυελικού εδάφους μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για την καταστολή των συσπάσεων της κύστης όταν εμφανίζεται έντονη επιθυμία προς ούρηση.³⁶⁻³⁸

Η ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με τους μηχανισμούς εγκράτειας: Ο ασθενής εξοικειώνεται με την παθοφυσιολογία της ούρησης, γεγονός που του επιτρέπει να αποκτήσει ταχύτερο και πιο ολοκληρωμένο έλεγχο της ούρησης. Για το λόγο αυτό δίνονται γραπτές και προφορικές οδηγίες σχετικά με το ρολό του εγκεφάλου, της κύστης, της ουρήθρας και των μυών του πυελικού εδάφους στη διαδικασία της ούρησης και της εγκράτειας.³⁶⁻³⁸

γ) Εκπαίδευση μυών πυελικού εδάφους

Η εκπαίδευση των μυών πυελικού εδάφους συνίσταται στην εκγύμναση των μυών με τεχνικές σύσπασης και χαλάρωσης με στόχο να ενδυναμωθούν οι στηρικτικές δομές και οι σφιγκτηριακοί μηχανισμοί της κύστης και της ουρήθρας 102. Η εφαρμογή της εκπαίδευσης των μυών του πυελικού εδάφους, στην αντιμετώπιση της αστάθειας του εξωστήρα και της επιτακτικής ακράτειας, στηρίζεται στην παρατήρηση της αντανακλαστικής καταστολής των συσπάσεων του εξωστήρα κατά την ηλεκτρική διέγερση των μυών του πυελικού εδάφους.⁴⁴

Οι γραμμωτοί μύες πυελικού εδάφους αποτελούνται από τις μυϊκές ίνες τύπου I και II. Οι μυϊκές ίνες τύπου I συσπώνται με μικρή δύναμη, αλλά για μεγάλη διάρκεια και ευθύνονται για την συνεχή τονική σύσπαση των μυών του πυελικού εδάφους. Λειτουργούν υποστηρικτικά για την ουρήθρα και διατηρούν υψηλή την ενδοουρηθρική πίεση. Αντίθετα, οι μυϊκές ίνες τύπου II συσπώνται με μεγάλη δύναμη και για μικρή διάρκεια. Η χρησιμότητα της σύσπασης αυτής έγκειται στην ισχυροποίηση της στήριξης του αυχένα της ουροδόχου κύστεως και της ουρήθρας και στην πρόληψη πρόπτωσης τους, σε περίπτωση που αυξηθεί απότομα η ενδοκοιλιακή πίεση. Η συστηματική εξάσκηση και των δύο τύπων μυϊκών ινών οδηγεί αύξηση του τόνου των μυών του πυελικού εδάφους με αντίστοιχη ισχυροποίηση του σφιγκτηριακού μηχανισμού.^{45,46}

4.1.2 Αξιολόγηση των συμπεριφορικών παρεμβάσεων

Αν και οι τυχαίοποιημένες μελέτες εμφανίζουν μεγάλες διαφοροποιήσεις στις ομάδες των γυναικών με ακράτεια, όσον αφορά στις συνιστώσες των προγραμμάτων εκπαίδευσης (διάρκεια, αριθμός συσπάσεων, επαναλήψεις, επικουρικά μέσα) και στα

κριτήρια αποτελεσματικότητας, φαίνεται ότι πράγματι τα προγράμματα εκπαίδευσης μυών πυελικού εδάφους βελτιώνουν σημαντικά την ακράτεια και την ποιότητα ζωής. Συστήνονται ως πρώτη γραμμής επιλογή για την αντιμετώπιση της ακράτειας προσπάθειας, της μικτής αλλά και της επιτακτικής.⁴⁷⁻⁵⁰

Οι ενήλικες ή/και οι φροντιστές τους πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με τις διαθέσιμες επιλογές θεραπείας, προτού αποφασιστεί κάποιο συντηρητικό μέτρο περιορισμού της ακράτειας. Στο πλαίσιο αυτό προτείνεται να χρησιμοποιούνται πάνες μίας χρήσης για γυναίκες και άνδρες με ελαφριά ακράτεια ούρων. Πάνες, εξωτερικές συσκευές και καθετήρες μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν, σταθμίζοντας το λογο οφέλους/βλάβης, μετά από παραπομπή και συνεννόηση με τον ειδικό ουρολόγο. Μια συστηματική ανασκόπηση έξι RCT που συνέκρινε πάνες διαφορετικών τύπων διαπίστωσε ότι οι πάνες γεμάτες με υπεραπορροφητικό το υλικό ήταν καλύτερες από τις συνηθισμένες, ενώ δεν τεκμηριώθηκε ότι οι πάνες μιας χρήσης υπερέχουν των επαναχρησιμοποιούμενων.³⁶⁻³⁸

Στη μελέτη των Hagen et al (2020) αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα της εξάσκησης μυών του πυελικού εδάφους (PFMT) με την προσθήκη ηλεκτρομυογραφικής βιοανάδρασης σε περιπτώσεις ακράτειας από στρες ή μικτού τύπου στις γυναίκες.⁴⁷ Επρόκειτο τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή στην οποία συμμετείχαν 23 κέντρα κοινότητας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης σε Σκωτία και Αγγλία. Συμμετείχαν 600 γυναίκες ηλικίας 18 ετών και άνω, που τυχαιοποιήθηκαν σε 2 ομάδες (PFMT συν ηλεκτρομυογραφική βιοανάδραση και PFMT). Στις συμμετέχουσες και στις δύο ομάδες προσφέρθηκαν έξι εκπαιδευτικές συνεδρίες. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκαν προσφέρθηκαν έξι ραντεβού πρόσωπο με πρόσωπο (εβδομάδες 0, 1, 3, 6, 10 και 15; 60 λεπτά για το πρώτο ραντεβού και 30 λεπτά για τα επόμενα ραντεβού) με έναν θεραπευτή (έμπειρος φυσιοθεραπευτής, νοσηλεύτρια, ή άλλος κλινικός ιατρός) που είχαν λάβει σχετική εκπαίδευση. Ο θεραπευτής αξιολόγησε τους μυς του πυελικού εδάφους, δίδαξε τη σωστή τεχνική άσκησης, όρισε ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα PFMT που πρέπει να ακολουθείται στο σπίτι (τρεις σειρές ασκήσεων καθημερινά, που καταγράφονταν σε ένα ημερολόγιο άσκησης) και χρησιμοποίησε τεχνικές αλλαγής συμπεριφοράς ενσωματωμένες στο πρωτόκολλα για την ενθάρρυνση της τήρησης. Για τους συμμετέχοντες στην ομάδα βιοανάδρασης και PFMT, η ηλεκτρομυογραφική βιοανάδραση ενσωματώθηκε με το PFMT κατά τη διάρκεια των

ραντεβού (για οικιακή χρήση με ένα καθορισμένο πρόγραμμα , μαζί με πληροφορίες σχετικά με τη λειτουργία και τη συντήρηση της συσκευής) Η σοβαρότητα της ακράτειας αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο ICIQ-UI SF στους 24 μήνες. Ωστόσο, στο τέλος της περιόδου παρακολούθησης δεν βρέθηκαν στοιχεία για κάποια σημαντική διαφορά στη σοβαρότητα της ακράτειας ούρων μεταξύ PFMT συν ηλεκτρομυογραφική βιοανάδραση και μόνο PFMT. Δεν θα πρέπει να συνιστάται η τακτική χρήση ηλεκτρομυογραφικής βιοανάδρασης με PFMT δεν πρέπει να συνιστάται και χρειάζεται να αναζητηθούν άλλοι τρόποι μεγιστοποίησης του οφέλους του PFMT.

Η μελέτη των Ayeleke et al.(2015) συνόψισε τις έρευνες και θεωρίες σχετικά με την τήρηση του PFMT. Ωστόσο, ο περιορισμένος αριθμός μελετών υψηλής ποιότητας δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων σχετικά με τα οφέλη της θεραπείας. Σε κάθε περίπτωση προτείνεται εξατομικευμένη προσέγγιση με παρακολούθηση της συμμόρφωσης του ασθενούς.⁴⁸

Στη μελέτη των Hoffman et al (2017) διερευνήθηκαν τα μακροπρόθεσμα οφέλη από τη χρήση μιας εφαρμογής για κινητά στην αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων λόγω στρες με έμφαση στην εκγύμναση μυών του πυελικού εδάφους.⁴⁹ Η εφαρμογή για κινητά παρουσιάζει τις ασκήσεις PFMT με αυξανόμενα επίπεδα δυσκολίας (έξι βασικές και έξι προχωρημένες). Οι ασκήσεις περιλαμβάνουν τέσσερις διαφορετικούς τύπους συστολών σε διαφορετικούς συνδυασμούς, και προορίζονται να εκτελούνται τρεις φορές την ημέρα. Συνολικά τυχαιοποιήθηκαν 123 γυναίκες με SUI, ηλικίας 27 - 72 ετών οι οποίες είτε έλαβαν εξ αρχής την εφαρμογή, είτε τρεις μήνες μετά την έναρξη του προγράμματος. Σε τρεις μήνες, η μείωση των συμπτωμάτων και η ποιότητα ζωής ήταν σημαντικά βελτιωμένα στην ομάδα που χρησιμοποιούσε εξ αρχής την εφαρμογή. Συμπερασματικά, η επί τρεις μήνες αυτοδιαχείρισης της ακράτειας ούρων από στρες με υποστήριξη από την εφαρμογή ήταν αποτελεσματική και μπορεί χρησιμεύει ως θεραπεία πρώτης γραμμής.⁴⁹

Στη μελέτη των Rutledge et al (2014) εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα μιας θεραπευτικής παρέμβασης (ασκήσεις πυελικού εδάφους με συμπεριφορική θεραπεία) σε 40 γυναίκες- επιζήσασες από καρκίνο.⁵⁰ Η μέση ηλικία αυτής της ομάδας ήταν 57 (εύρος: 37-79). Η πλειοψηφία των επιζώντων είχαν καρκίνο της μήτρας (60%), 18% είχαν λάβει ακτινοθεραπεία, 95% είχαν έλαβαν χειρουργική θεραπεία και το 35% είχε λάβει χημειοθεραπεία. Στις γυναίκες δόθηκε ένα φυλλάδιο με οδηγίες και συμβουλές

διαχείρισης συμπεριφοράς για την ακράτεια ούρων. Αυτό περιελάμβανε πληροφορίες και προτάσεις σχετικά με τη βέλτιστη πρόσληψη υγρών, τη διαχείριση της δυσκοιλιότητας, μέτρα για τη μείωση του επείγοντος των ούρων μειώνοντας την πρόσληψη υγρών και την αποφυγή της καφεΐνης και άλλων ουσιών ερεθιστικών της ουροδόχου κύστης που είχαν αποδειχθεί αποτελεσματικά σε άλλες δοκιμές παρέμβασης. Στη συνέχεια, ο φροντιστής πραγματοποίησε μια εκπαιδευτική συνεδρία κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στην κλινική με σκοπό να διδάξει στον συμμετέχοντα να συσπάσει σωστά τους μυς του πυελικού εδάφους. Η εκπαίδευση χρειάστηκε περίπου 15 λεπτά. Ο φροντιστής επιβεβαίωσε την κατάλληλη συρρίκνωση του πυελικού εδάφους με ψηλάφηση του ανελκτήρα του πρωκτού κατά τη διάρκεια της συστολής και βαθμολόγησαν τη δύναμη της συστολής χρησιμοποιώντας κλίμακα χείλος του. Δόθηκε η κατάλληλη ανατροφοδότηση για την αποφυγή συστολής κοιλιακών, γλουτιαίων ή προσαγωγών μυών. Η ασθενής εκτελούσε 10 συσπάσεις μυών του πυελικού εδάφους με στόχο τη διατήρηση της συστολής για 5 δευτερόλεπτα. Οι γυναίκες κλήθηκαν να εκτελέσουν 3 σετ καθημερινά για περίοδο μελέτης δώδεκα εβδομάδων. Για να προωθήσουν την τήρηση του προγράμματος κατάρτισης, οι συμμετέχοντες στην ομάδα κατάρτισης έλαβαν ένα τηλεφώνημα υπενθύμισης περίπου τέσσερις εβδομάδες μετά την πρώτη επίσκεψη μελέτης. Με την τηλεφωνική επικοινωνία αναθεωρήθηκαν αναθεώρησε τις οδηγίες εκπαίδευσης και εξέτασε τυχόν ανησυχίες ή απορίες που είχε ο συμμετέχων. Εάν είχε τυχαίοποιηθεί στην ομάδα ελέγχου, ο συμμετέχων δεν είχε το παραπάνω εκπαιδευτικό πρόγραμμα και δεν εκτέλεσε τις ασκήσεις. Αυτό αντιπροσωπεύει τη συνήθη περίθαλψη στις γυναικολογικές ογκολογικές κλινικές. Οι συμμετέχοντες ελέγχου συμπλήρωσαν τα ίδια ερωτηματολόγια με τους συμμετέχοντες στην ομάδα θεραπείας τόσο κατά την εγγραφή όσο και στις 12 εβδομάδες και υποβλήθηκαν σε εκτίμηση της μυϊκής δύναμης του πυελικού εδάφους. Σε τρεις μήνες, το 80% των γυναικών στην ομάδα της θεραπείας και το 40% της ομάδας ελέγχου ανέφεραν ότι τα ούρα τους η ακράτεια ήταν «πολύ καλύτερη» ή «πολύ καλύτερη» όπως αξιολογήθηκε με την Κλίμακα Global Impression of Improvement. Η συμμόρφωση της ομάδας θεραπείας ήταν υψηλή. η ομάδα θεραπείας έκανε ασκήσεις κατά μέσο όρο 22 ημέρες/μήνα. Οι ερευνητές κατέληξαν ότι η ακράτεια ούρων επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής και παρά τον υψηλό επιπολασμό μεταξύ επιζώντων από καρκίνο, συχνά

υποτιμάται. Μια απλή παρέμβαση που περιλαμβάνει προπόνηση μυών του πυελικού εδάφους και θεραπεία συμπεριφοράς, μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ακράτεια ούρων σε επιζήσασες από γυναικολογικό καρκίνο.

Η δε συμβολή των νοσηλευτών στην εξατομικευμένη προσέγγιση της ακράτειας είναι σημαντική. Σε μια μελέτη (Albers-Heitner et al, 2013), η βαθμολογία ικανοποίησης του ασθενούς για τη φροντίδα που παρέχεται από ειδικούς νοσηλευτές ήταν 8,4 (κλίμακα 1-10), έναντι 6,7 για τη συνήθη φροντίδα των ιατρών. Ποσοστό άνω του 85% των ασθενών θα συνιστούσε ειδική νοσηλευτική φροντίδα στους καλύτερους φίλους τους, ενώ το 77% των παθολόγων θεώρησε τον ρόλο του ειδικού νοσηλευτή ωφέλιμο, δίνοντάς του ένα μέσο όρο βαθμολογίας 7,2. Ο εξειδικευμένος νοσηλευτής φαίνεται πως είναι ευπρόσδεκτος τόσο από τους γενικούς ιατρούς, όσο και από τους ασθενείς και παρέχει αποτελεσματική φροντίδα.⁵¹

4.1.2 Λοιπές υγιεινοδιαιτητικές παρεμβάσεις

Αντιμετώπιση δυσκοιλιότητας

Η δυσκοιλιότητα φαίνεται να σχετίζεται με την ακράτεια. Ωστόσο, δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν εάν ή η μη αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας βελτιώνει την ακράτεια, αν και η δυσκοιλιότητα και η ακράτεια φαίνεται να βελτιώνονται κατά κάποιο τρόπο με παρεμβάσεις συμπεριφοράς. Παρεμβάσεις σε ηλικιωμένους ασθενείς (συμπεριλαμβανομένης της υποβοήθησης τουαλέτας, λήψη υγρών κ.λπ.), μείωσαν τη συχνότητα εμφάνισης UI και δυσκοιλιότητας, ενώ η συμπεριφορική θεραπεία φάνηκε να βελτιώνει και τα δύο. Στους ενήλικες με ακράτεια ούρων, που υποφέρουν επίσης από δυσκοιλιότητα, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται και οι διαταραχές κινητικότητας του εντέρου.^{36,52}

Μία μελέτη παρατήρησης συνέκρινε το ιστορικό της λειτουργίας του εντέρου σε γυναίκες με μητροκολπική πρόπτωση (n = 23, δέκα από τις οποίες είχαν και ήπια συμπτώματα ακράτειας προσπαθείας), γυναίκες με ακράτεια προσπαθείας (n = 23) και μια ομάδα ελέγχου (n = 27). Η καταπόνηση κατά την αφοόδευση στη νεαρή ενήλικη ζωή αναφέρθηκε από σημαντικά περισσότερες γυναίκες με πρόπτωση ή ακράτεια προσπαθείας συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (61% έναντι 30% έναντι 4%), όπως και η συχνότητα κένωσης του εντέρου λιγότερο από δύο φορές την

εβδομάδα σε νεαρές ενήλικες γυναίκες με πρόπτωση σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (48% έναντι 8%).⁵³

Μια συγχρονική μελέτη εξέτασε τις επιπτώσεις της δυσκοιλιότητας και της καταπόνησης κατά την αφόδευση στα συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος. Η επιτακτική ανάγκη για ούρηση συσχετίστηκαν με δυσκοιλιότητα και καταπόνηση στην αφόδευση. Η αίσθηση της ατελούς κένωσης και η καταπόνηση συσχετίστηκαν με την καταπόνηση στην αφόδευση. Μια άλλη συγχρονική έρευνα ανέφερε επίσης ότι η δυσκοιλιότητα σχετίζεται με κίνδυνο άγχους και επιτακτικής ούρησης.⁵⁴

Διατροφικοί παράγοντες και άσκηση

Η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ακράτεια στις γυναίκες. Η απώλεια βάρους (> 5%) σε παχύσαρκες γυναίκες βελτιώνει την ακράτεια, ενώ η απώλεια βάρους σε παχύσαρκους ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ακράτειας. Συνοψίζοντας, η μείωση της πρόσληψης καφεΐνης, η μέτρια φυσική δραστηριότητα και η ρύθμιση της πρόσληψης υγρών μπορούν να συμβάλλουν στην ύφεση των συμπτωμάτων της ακράτειας. Από την άλλη μεριά, η τακτική σωματική δραστηριότητα μπορεί να ενισχύσει τη μυϊκή μάζα του πυελικού εδάφους και ενδεχομένως να μειώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης ακράτειας. Ωστόσο, είναι επίσης πιθανό ότι η βαριά σωματική άσκηση μπορεί να επιδεινώσει την ακράτεια. Ωστόσο, ο συνδυασμός απώλειας βάρους και άσκησης είναι αποτελεσματικός στην ύφεση των συμπτωμάτων της ακράτειας στις γυναίκες.⁵²

Ορισμένες τροφές έχουν επίσης συσχετιστεί με ακράτεια. Μια μελέτη κοόρτης διερεύνησε τη συσχέτιση μεταξύ της πρόσληψης ορισμένων τροφών, ενέργειας, μετάλλων και βιταμινών και της επί 1 έτους εμφάνισης ακράτειας προσπαθείας ή OAB σε γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω. Τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι η κατανάλωση ορισμένων τροφίμων μπορεί να σχετίζονται με μειωμένο κίνδυνο νέας εμφάνισης OAB (κοτόπουλο, λαχανικά, πρωτεΐνη, βιταμίνη D και κάλιο) ή νεοεμφανιζόμενη ακράτεια προσπαθείας (ψωμί), ενώ άλλα μπορεί να σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο νέας εμφάνισης OAB ή στρες UI (ανθρακούχα ποτά) ή ακράτειας προσπαθείας (υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά, χοληστερόλη, βιταμίνη B12 και πρόσληψη ψευδαργύρου) n = 6424.⁵⁵⁻⁵⁷ Μια συγχρονική μελέτη ωστόσο δεν βρήκε συσχέτιση μεταξύ της χρήσης αλκοόλ και της επιτακτικής ακράτειας (n = 1059, 50% γυναίκες).⁵⁸

Καφεΐνη

Πολλά ποτά περιέχουν καφεΐνη, ιδιαίτερα το τσάι, ο καφές και τα αναψυκτικά τύπου «κόλα». Αν και έχει προταθεί ότι η μείωση της προσλαμβανόμενης καφεΐνης μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα της ακράτειας, μια συγχρονική έρευνα δεν βρήκε καμία στατιστική συσχέτιση μεταξύ της πρόσληψης καφεΐνης και της ακράτειας. Η έλλειψη γνώσης σχετικά με την ακριβή περιεκτικότητα των διαφόρων ποτών σε καφεΐνη καθιστά δύσκολη τη διερεύνηση του ρόλου της καφεΐνης στην ακράτεια. Ωστόσο, η μείωση πρόσληψης καφεΐνης μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα του επείγοντος και της συχνότητας της ούρησης.^{36,52}

Μία RCT αξιολόγησε τα αποτελέσματα της μείωσης της πρόσληψης καφεΐνης στα 100 mg/ημέρα, επιπλέον της εκπαίδευσης της ουροδόχου κύστης, σε σύγκριση με την εκπαίδευση της ουροδόχου κύστης μόνο σε άνδρες και γυναίκες με OAB με ή χωρίς UI (n = 74). Σε 1 μήνα, παρατηρήθηκαν σημαντικά μεγαλύτερες μειώσεις σοβαρότητας και συχνότητας επεισοδίων στην ομάδα μείωσης καφεΐνης, χωρίς σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων στις μειώσεις επεισοδίων UI.¹⁹⁴ Τέσσερις μελέτες παρατήρησης διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ κατανάλωσης καφεΐνης και UI ή OAB. Δύο από αυτές τις μελέτες αξιολόγησαν τις επιδράσεις της καφεΐνης στις ουροδυναμικές παραμέτρους των γυναικών, ως εξής: Μια μελέτη ασθενών-μαρτύρων ανέφερε ότι ο κίνδυνος υπερδραστηριότητας του εξωστήρα (DO) ήταν σημαντικά υψηλότερος σε υψηλή έναντι ελάχιστης πρόσληψης καφεΐνης (λόγος πιθανότητας [OR] 2,4, 95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI] 1,1 έως 6,5). Ο κίνδυνος με μέτρια και ελάχιστη πρόσληψη καφεΐνης δεν ήταν στατιστικά σημαντικός (1,5 1,5, 95% CI 0,1 έως 7,2, n = 259).⁵⁹ Σημαντική αύξηση της αύξησης της πίεσης του εξωστήρα κατά την πλήρωση της ουροδόχου κύστης παρατηρήθηκε μετά την πρόσληψη 200 mg καφεΐνης σε γυναίκες με DO. Δεν εντοπίστηκαν σημαντικές αλλαγές σε άλλες ουροδυναμικές παραμέτρους σε καμία από τις δύο ομάδες (γυναίκες με DO ή ασυμπτωματικές γυναίκες, n = 30).⁶⁰ Σε μια σειρά ηλικιωμένων με ψυχιατρικές παθήσεις που υποβλήθηκαν σε πρόγραμμα 13 εβδομάδων εναλλασσόμενης πρόσληψης ή αποχής καφεΐνης, τα επεισόδια διαρροής ημέρας και νύχτας ήταν υψηλότερα κατά τη διάρκεια περιόδων πρόσληψης καφεΐνης (n = 14, οκτώ γυναίκες).⁶¹ Συγχρονικές μελέτες που διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ πρόσληψης καφεΐνης και UI ή υπερδραστήριας ουροδόχου κύστης,^{58, 62-64} έδειξαν

αυξημένο κίνδυνο UI με πρόσληψη τσαγιού και δυσκολία στην εκκένωση της ουροδόχου κύστης με πρόσληψη καφέ.

Πρόσληψη υγρών

Η τροποποίηση της πρόσληψης υγρών, ιδιαίτερα ο περιορισμός, είναι μια στρατηγική που χρησιμοποιείται συνήθως από άτομα με ακράτεια για ανακούφιση από τα συμπτώματα. Οι συμβουλές για την πρόσληψη υγρών από επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να βασίζονται στην 24ωρη λήψη υγρών και στη μέτρηση της αποβολής των ούρων, έτσι να αποφεύγεται το αίσθημα της δίψας, αλλά και να περιορίζεται κατά το δυνατόν η ακράτεια.^{36,52}

Σε μια RCT σε γυναίκες με UI απροσδιορίστου τύπου δεν αναφέρθηκαν σημαντικές αλλαγές στα επεισόδια διαρροής μετά από τροποποίηση της ημερήσιας πρόσληψης υγρών για 5 εβδομάδες. Ωστόσο, οι γυναίκες δεν τηρούσαν τα πρωτοκόλλων πρόσληψης υγρών.⁶⁵ Μια άλλη RCT εξέτασε τα αποτελέσματα της χορήγησης υγρών σε διάστημα 3 εβδομάδων σε γυναίκες με ακράτεια προσπαθείας ή ιδιοπαθή DO. Ο χειρισμός υγρών συνίστατο στον περιορισμό της καφεΐνης για 1 εβδομάδα ακολουθούμενη από αυξημένη ή μειωμένη πρόσληψη υγρών σε συνδυασμό με τον συνεχή περιορισμό της καφεΐνης για 2 εβδομάδες. Ο περιορισμός της καφεΐνης από μόνος του δεν οδήγησε σε στατιστικά σημαντικές μειώσεις οποιουδήποτε αποτελέσματος (επεισόδια διαρροής ή επειγόντων περιστατικών, συχνότητα, 24ωρη δοκιμασία πάνας). Η αύξηση της πρόσληψης υγρών οδήγησε σε σημαντική αύξηση των επεισοδίων επειγόντων περιστατικών σε γυναίκες με DO, χωρίς σημαντικές επιδράσεις σε άλλα αποτελέσματα. Μετά τη μείωση της πρόσληψης υγρών, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στα επεισόδια διαρροής και επιτακτικής ακράτειας.⁶⁶ Συστήνεται Συμβουλευτική τροποποίησης της υψηλής ή χαμηλής πρόσληψης υγρών σε γυναίκες με ακράτεια ή OAB.

Κάπνισμα

Μια μελέτη κοόρτης διαπίστωσε σημαντικά αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ακράτειας προσπαθείας ή OAB στους νυν καπνιστές σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν καπνίσει ποτέ.⁵⁵ Μια μελέτη ασθενών μαρτύρων ανέφερε σημαντικά υψηλότερο επιπολασμό καπνίσματος μεταξύ των γυναικών με ακράτεια, συγκριτικά με τις γυναίκες χωρίς ακράτεια (4. 4,2, 95% CI 2,2 έως 8,2). Σε γυναίκες με ακράτεια,

ο επιπολασμός της επιτακτικής ακράτειας ήταν σημαντικά υψηλότερος μεταξύ των καπνιστών σε σχέση με τους μη καπνιστές (n = 160).⁶⁷

Συννοσηρότητα

Η ακράτεια ούρων, ειδικά στους ηλικιωμένους, μπορεί να επιδεινωθεί ή ακόμα και να προκληθεί από υποκείμενες ασθένειες, ιδιαίτερα από παθολογικές καταστάσεις που έχουν ως αποτέλεσμα πολυουρία, νυκτουρία, αυξημένη κοιλιακή πίεση ή διαταραχές του ΚΝΣ. Τέτοιες καταστάσεις είναι η καρδιακή ανεπάρκεια, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ο σακχαρώδης διαβήτης η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), νευρολογική νόσος που περιλαμβάνει εγκεφαλικό επεισόδιο και σκλήρυνση κατά πλάκας, γενική γνωστική εξασθένηση, διαταραχές του ύπνου, π.χ. υπνική άπνοια και παχυσαρκία. Είναι πιθανό ότι η αντιμετώπιση της υποκείμενης νόσου μειώνει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του ουροποιητικού συστήματος. Ωστόσο, αυτό είναι συχνά δύσκολο να εκτιμηθεί καθώς οι ασθενείς συχνά υποφέρουν από περισσότερες από μία καταστάσεις. Επιπλέον, καθώς οι παρεμβάσεις μπορούν να συνδυαστούν και να εξατομικευτούν, δεν είναι εύκολο να εκτιμηθεί η συνεισφορά κάθε υποκείμενης νόσου στην επιδείνωση της ακράτειας.^{36,52}

4.2 Φαρμακευτική αγωγή

Αναφορικά με την φαρμακευτική αγωγή, τα αντιμουςκαρινικά (αντιχολινεργικά) φάρμακα είναι σήμερα η βάση της φαρμακευτικής θεραπείας της ακράτειας ούρων επιτακτικού τύπου. Προκαλούν ελάττωση των ακούσιων συσπάσεων της ουροδόχου κύστης, αύξησης της χωρητικότητας, καθυστέρηση της επιθυμίας για ούρηση και μείωση της συχνουρίας. Ανταπόκριση στα αντιμουςκαρινικά φάρμακα παρατηρείται στο 70-75% των ασθενών και οι ανεπιθύμητες ενέργειες μπορούν πράγματι να αποτελέσουν τροχοπέδη για τη θεραπεία. Αυτές περιλαμβάνουν την ξηροστομία (η κυριότερη παρενέργεια), ενώ μπορεί να εμφανιστούν επίσης δυσκοιλιότητα, θόλωση όρασης, κόπωση, αλλά και γνωστική δυσλειτουργία. Όσον αφορά στη χειρουργική επέμβαση, η τοποθέτηση ταινίας μέσης ουρήθρας σε γυναίκες με μη επιπλεγμένη ακράτεια ούρων από προσπάθεια είναι η προτιμώμενη χειρουργική επέμβαση. Ενδείκνυται για τις γυναίκες με ακράτεια ούρων κατά την προσπάθεια μη επιπλεγμένη, δηλαδή σε αυτές

που δεν έχουν κάποια νευρολογική νόσο και σε αυτές που δεν παρουσιάζουν πρόπτωση της κύστης.^{36,52,68}

Όλες οι μουςκαρινικές ουσίες παρέχουν σημαντικά καλύτερο ποσοστό ίασης ή βελτίωσης της επιτακτικής ακράτειας σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Όλες οι παραπάνω ουσίες προκαλούν ξηροστομία. Σημειώνεται ότι κανένας αντιμουςκαρινικός παράγοντας δεν βελτίωσε την ποιότητα ζωής περισσότερο από έναν άλλο παράγοντα. Η ξηροστομία είναι η πλέον συχνή παρενέργεια, ενώ υψηλότερες δόσεις σχετίζονται με περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Η σολιφενασίνη, 10 mg ημερησίως, και η Φεσοτεροδίνη (8 mg ημερησίως) είχαν υψηλότερα ποσοστά ξηροστομίας από την τολτεροδίνη. Σε γενικές γραμμές, παρόμοια παρατηρήθηκαν ποσοστά διακοπής, ανεξάρτητα από τις διαφορές στην εμφάνιση ξηροστομίας. Ωστόσο, δεν υπάρχουν αδιάσειστα στοιχεία που να δείχνουν υπεροχή της φαρμακευτικής θεραπείας έναντι της συμπεριφορικής θεραπείας για θεραπεία της επιτακτικής ακράτειας.^{52,68}

Η συμπεριφορική θεραπεία έχει υψηλότερη ικανοποίηση ασθενών από τη φαρμακευτική αγωγή. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς θα σταματήσουν τους αντιμουςκαρινικούς παράγοντες μέσα στους πρώτους 3 μήνες λόγω αναποτελεσματικότητας, δυσμενών συνέπειων και κόστους. Όλα τα αντιμουςκαρινικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά σε ηλικιωμένους ασθενείς. Ωστόσο, σε ηλικιωμένους, η γνωστική επίδραση των φαρμάκων που έχουν αντιχολινεργικά αποτελέσματα, είναι αθροιστική και αυξάνεται με τη διάρκεια της έκθεσης.

Η σολιφενασίνη, η δαριφενασίνη και η φεσοτεροδίνη έχουν αποδειχθεί ότι δεν προκαλούν αυξημένη γνωστική δυσλειτουργία σε ηλικιωμένους, ενώ ερωτηματικά υπάρχουν για την οξυβουτυνίνη. Σε ηλικιωμένους που υποβάλλονται σε θεραπεία για ακράτεια ούρων, θα πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια για να προηγηθεί η μη φαρμακολογική θεραπεία, ενώ τα αντιμουςκαρινικά φάρμακα θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με φειδώ και με προσοχή σε ηλικιωμένους ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο ή έχουν ήδη εμφανίσει νοητική δυσλειτουργία.^{52,68}

Η ουσία Mirabegron είναι ο πρώτος κλινικά διαθέσιμος αγωνιστής βήτα 3, διαθέσιμος από το 2013. Οι αδρενεργικοί υποδοχείς βήτα 3 είναι οικυρίαρχοι βήτα 3 υποδοχείς που εκφράζονται στα λεία μυϊκά κύτταρα του εξωστήρα και η διέγερσή τους πιστεύεται ότι προκαλεί χαλάρωση εξωστήρα. Το mirabegron μπορεί να

χορηγηθεί σε άτομα με επείγουσα ακράτεια ούρων, αλλά οι ασθενείς που λαμβάνουν mirabegron θα πρέπει να ενημερώνονται ότι οι πιθανές μακροπρόθεσμες παρενέργειες παραμένουν αβέβαιες.^{52,68}

Έχουν δοκιμαστεί και άλλα φάρμακα, όπως η φλαβοζάτη, η προπανθελίνη και η ιμιπραμίνη και η δοξεπίνη. Ωστόσο, οι σχετικές μελέτες δεν έδειξαν σημαντικά αποτελέσματα, με την εξαίρεση ίσως της δοξεπίνης και της ντουλοξετίνης και ως εκ τούτου δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ακράτειας σε γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα:

Φλαβοζάτη

Δύο τυφλές ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές (RCTs) αξιολόγησαν 2 εβδομάδες θεραπείας με φλαβοζάτη για ιδιοπαθή υπερδραστηριότητα εξωστήρα (DO).^{69,70} Η πρώτη RCT σε άνδρες και γυναίκες (n = 41, 48% γυναίκες) δεν βρήκε σημαντικές διαφορές μεταξύ φλαβοζάτης 200 mg τρεις φορές την ημέρα και εικονικού φαρμάκου στις ουροδυναμικές παραμέτρους. Η δεύτερη RCT, μόνο σε γυναίκες, δεν βρήκε σημαντικές διαφορές μεταξύ φλαβοζάτης 200 mg που λαμβάνεται πολλές φορές την ημέρα και εικονικού φαρμάκου στη συχνότητα (διάμεσος ανά τριήμερο 25 έναντι 23), νυκτουρία (διάμεσος 3 έναντι 0), ή επεισόδια διαρροής (διάμεσος 1 έναντι 0) μετά τη θεραπεία (n = 20). Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρθηκαν σε όλες τις ομάδες θεραπείας ήταν ξηροστομία (5-7%) και ναυτία ή καυσαλγία (2-7%).³⁴⁶ Μια περαιτέρω RCT συνέκρινε έναν συνδυασμό φλαβοζάτης και ιμιπραμίνης με την εκπαίδευση της ουροδόχου κύστης. Σημαντικά περισσότερες γυναίκες θεραπεύτηκαν υποκειμενικά ή αντικειμενικά μετά από 4 εβδομάδες εκπαίδευσης της ουροδόχου κύστης παρά με τη φαρμακευτική θεραπεία (n = 50).⁷¹

Δοξεπίνη

Σε μια RCT με εικονικό φάρμακο που περιελάμβανε περίοδο θεραπείας 3 εβδομάδων αξιολόγησε δοξεπίνη (50-75 mg τη νύχτα) σε γυναίκες με DO και συχνότητα, επείγοντα ή επείγον UI, οι οποίες δεν είχαν ανταποκριθεί σε άλλα φάρμακα, κυρίως αντιμουςκαρινικά (n = 19). Σημαντικά μεγαλύτερη μείωση των επεισοδίων και συχνότητας διαρροής νύχτας παρατηρήθηκε με τη δοξεπίνη σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο και μεγαλύτερη αύξηση της μέγιστης κυστεομετρικής ικανότητας. Περισσότερες γυναίκες που έλαβαν doxeripin ανέφεραν ανεπιθύμητες ενέργειες από αυτές που έλαβαν εικονικό φάρμακο (68% έναντι 16%).⁷²

Η ντουλοξετίνη αναστέλλει την προσυναπτική επαναπρόσληψη των νευροδιαβιβαστών, της σεροτονίνης (5-HT) και της νορεπινεφρίνης (BA). Στην ιερά μοίρα του νωτιαίου μυελού, αυξάνεται η αυξημένη συγκέντρωση 5-HT και BA στη συναπτική σχισμή διέγερση των υποδοχέων 5-HT και NE στους νευρώνες του γονιδίου, που με τη σειρά του αυξάνει τον τόνο και τη δύναμη συστολής του ραβδωτού σφιγκτήρα της ουρήθρας. Η ντουλοξετίνη, 80 mg ημερησίως, μπορεί να βελτιώσει την ακράτεια προσπαθείας στους άνδρες και σε δόση 80 mg - 120 mg ημερησίως μπορεί να βελτιώσει την επιτακτική ακράτεια στις γυναίκες, ειδικά όταν το ζητούμενο είναι η προσωρινή βελτίωση της ακράτειας. Η έναρξη της θεραπείας θα πρέπει να γίνεται με τιτλοδότηση δόσης λόγω των υψηλών ποσοστών ανεπιθύμητων ενεργειών από το γαστρεντερικό και το ΚΝΣ που οδηγούν σε υψηλό ποσοστό διακοπής της θεραπείας.^{52,68}

Η δεσμοπρεσίνη επίσης γίνεται καλά καλά ανεκτή σε όλες τις μελέτες και οδηγεί σε σημαντική βελτίωση της νυκτουρίας και αύξηση των ωρών ανενόχλητου ύπνου σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Ο κίνδυνος υπονατριάμιας φαίνεται να αυξάνεται με την ηλικία, την καρδιακή νόσο, την αύξηση των ούρων 24-ωρου.^{52,68}

Σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση με ακράτεια ούρων μπορεί επίσης να δοθεί κολπική θεραπεία με οιστρογόνα, ειδικά εάν υπάρχουν συμπτώματα κολποκολπικής ατροφίας. Δεν συστήνεται η από του στόματος (συστηματική) θεραπεία υποκατάστασης οιστρογόνων ως θεραπεία για ακράτεια ούρων. Η κολπική θεραπεία με οιστρογόνα πρέπει να είναι μακροχρόνια και σε κατάλληλη δόση.^{52,68}

5. Χειρουργική αντιμετώπιση

Όσον αφορά στη χειρουργική επέμβαση, η τοποθέτηση ταινίας μέσης ουρήθρας σε γυναίκες με μη επιπλεγμένη ακράτεια ούρων από προσπάθεια είναι η προτιμώμενη χειρουργική επέμβαση. Ενδείκνυται για τις γυναίκες με ακράτεια ούρων κατά την προσπάθεια μη επιπλεγμένη, δηλαδή σε αυτές που δεν έχουν κάποια νευρολογική νόσο και σε αυτές που δεν παρουσιάζουν πρόπτωση της κύστης. Στους άνδρες, επιχειρείται χειρουργική διόρθωση αναλογως αιτιολογίας (σχετιζόμενη με τον σφιγκτήρα ακράτεια -μετεγχειρητική, μετατραυματική και εκ γενετής- και της σχετιζόμενης με την ουροδόχο κύστη ακράτεια ή και με συρίγγια.⁷³

Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να επιθυμούν να μην συνεχίσουν τη θεραπεία πέραν της συντηρητικής. Σε αυτούς τους ασθενείς θα πρέπει να παρέχονται περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις επιλογές τους και να τους παρέχεται διαβεβαίωση ότι μπορούν να ξαναρχίσουν τη θεραπεία εάν το επιθυμούν. Η αξιολόγηση από τη διεπιστημονική ομάδα θα πρέπει κατά προτίμηση να ολοκληρωθεί από επαγγελματίες υγείας που δεν είχαν προηγούμενη συμμετοχή στη θεραπεία του ασθενούς. Κάθε γυναίκα που επιθυμεί να υποβληθεί σε χειρουργική θεραπεία για ακράτεια πρέπει να ενημερώνεται σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους των χειρουργικών και μη χειρουργικών επιλογών και το σχέδιο θεραπείας. Η επεμβατική θεραπεία για συμπτώματα OAB και/ή προσπαθείας προσφέρεται μόνο μετά από συνεννόηση με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Η διεπιστημονική ομάδα πρέπει να λαμβάνει υπόψη την προτίμηση της γυναίκας, την προηγούμενη αντιμετώπιση, τις συννοσηρότητες και τις διαθέσιμες επιλογές θεραπείας (συμπεριλαμβανομένης της περαιτέρω συντηρητικής αντιμετώπισης, όπως η φαρμακευτική αγωγή για OAB). Η διεπιστημονική ομάδα για την ακράτεια ούρων πρέπει να περιλαμβάνει έναν γυναικολόγο, έναν ουρολόγο εξειδικευμένος στη γυναικεία ουρολογία, μια ειδική νοσηλεύτρια, έναν ειδικό φυσιοθεραπευτή, έναν χειρουργό παχέος εντέρου με εξειδικευμένο στα λειτουργικά προβλήματα εντέρου, για γυναίκες με συνυπάρχοντα προβλήματα εντέρου και ένα μέλος της φροντίδας της ομάδας ηλικιωμένων ή/και εργοθεραπευτή, για γυναίκες με διαταραχές λειτουργικότητας. Όλες οι διεπιστημονικές ομάδες πρέπει να λειτουργούν με τρόπο που να διασφαλίζει ότι σε όλες τις γυναίκες προσφέρονται οι κατάλληλες επιλογές θεραπείας και υψηλής ποιότητας περίθαλψη.^{68,73}

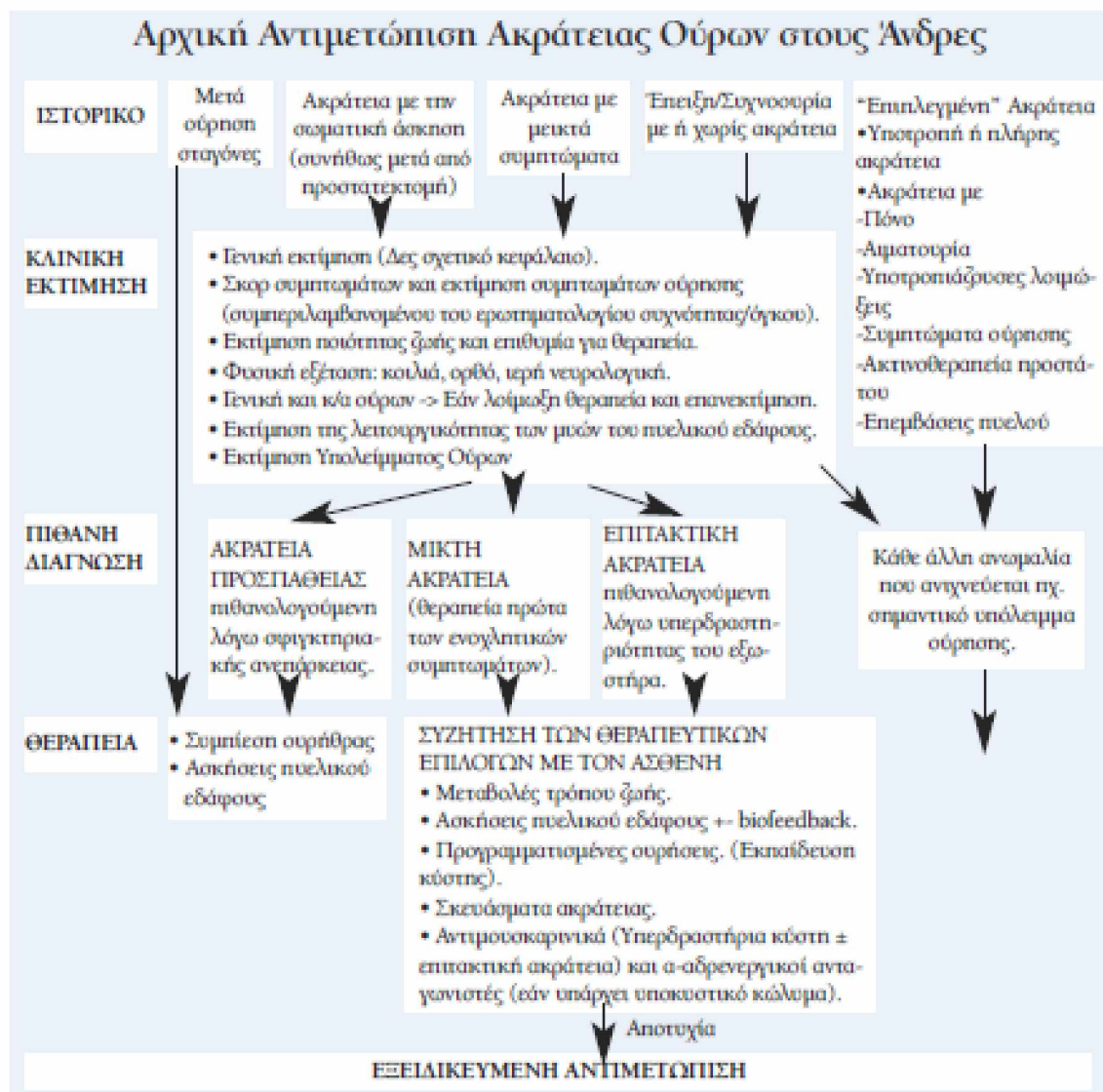
Οι επεμβατικές διαδικασίες για γυναίκες με OAB στοχεύουν στην αύξηση της χωρητικότητας της ουροδόχου κύστης, μεταβάλλοντας ή διαμορφώνοντας την παροχή και τη συσταλτικότητα των νεύρων της, ή παρακάμπτουν πλήρως το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα. Σε πολλές από αυτές τις επεμβάσεις, η συσταλτικότητα του εξωστήρα μειώνεται. Ως εκ τούτου, η δυσκολία ακύρωσης είναι μια κοινή αρνητική επίδραση. Μια γυναίκα μπορεί να θεωρηθεί κατάλληλη για τέτοιες διαδικασίες μόνο εάν είναι πρόθυμη και έχει αποδείξει την ικανότητα να πραγματοποιεί καθαρό διαλείποντα αυτοκαθετηριασμό(CISC) ή έχει διαθέσιμη βοήθεια για αυτό.

Πίνακας 1. Η αντιμετώπιση της ακράτειας συνοπτικά, αρχής γενομένης από την ΠΦΥ⁷³

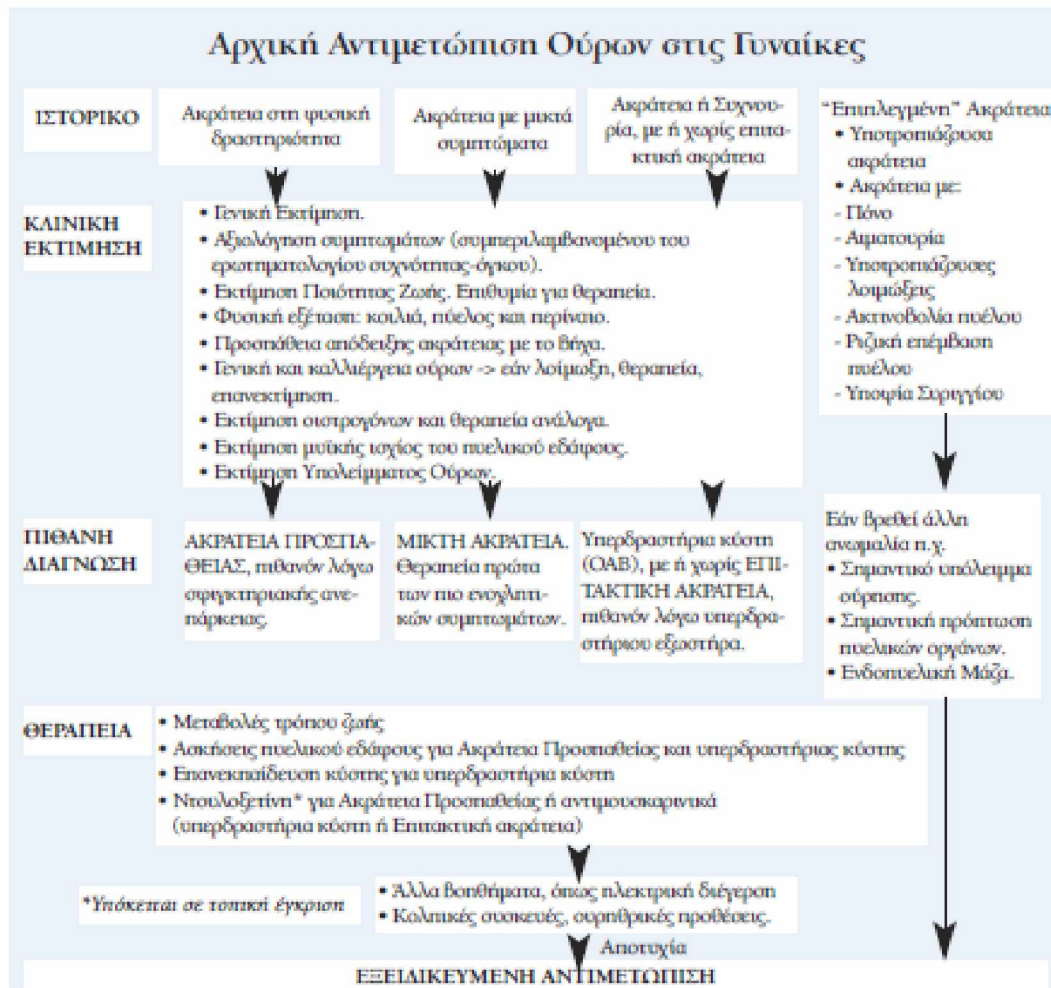
| |
|---|
| 1^η γραμμή θεραπείας |
| Ημερολόγιο κύστης (κατ' ελάχιστο 3 ημερών) |
| Παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής: μείωση πρόσληψης καφεΐνης, τροποποίηση στη λήψη υγρών, μείωση βάρους σε BMI>30) |
| Εκγύμναση μυών πυελικού εδάφους (κατ' ελάχιστο τρεις μήνες) για ακράτεια από stress ή μικτού τύπου |
| Εκπαίδευση κύστης (κατ' ελάχιστο 6 εβδομάδες για OAB ή μικτού τύπου) |
| Εκπαίδευση του ασθενούς στην αυτοδιαχείριση της κατάστασης |
| 2^η γραμμή θεραπείας (μετά την πάροδο 6-8 εβδομάδων) |
| Παραπομπή σε ειδικό για περαιτέρω αξιολόγηση Φαρμακευτική αγωγή (κυρίως αντιμουςκαρινικά) |
| 3^η γραμμή θεραπείας (επι αποτυχίας των προαναφερθέντων): χειρουργική αντιμετώπιση |

Μετά από ανεπιτυχή πρωτογενή χειρουργική επέμβαση, οι διάφορες επιλογές θεραπείας για μια γυναίκα θα πρέπει να συζητηθούν μαζί της στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας. Εάν η γυναίκα επιθυμεί να διερευνήσει δευτερεύουσες θεραπευτικές επιλογές (όπως εκτροπή ούρων), τότε προκρίνεται η παραπομπή σε κλινική με κατάλληλη τεχνογνωσία (τουλάχιστον 20 επεμβάσεις ετησίως). Ωστόσο, εάν μια γυναίκα δεν επιθυμεί να εξετάσει περαιτέρω χειρουργική θεραπεία μετά την αρχική αποτυχία, θα πρέπει να προσφερθούν συντηρητικές εναλλακτικές λύσεις και να δοθούν συμβουλές για τον τρόπο διαχείρισης της κατάστασής της. Συνοπτικά, ο αλγόριθμος αντιμετώπισης της ακράτειας σε γυναίκες άνδρες παρουσιάζεται στα σχήματα 1 & 2 ⁶⁸.

Σχήμα 1.



Σχήμα 2.



6. Συζήτηση – συμπεράσματα

Η συντηρητική αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές είναι το πρώτο βήμα της αρχικής διαχείρισης της παθολογικής αυτής κατάστασης και συνιστάται ιδιαίτερα για μακροχρόνια φροντίδα σε ηλικιωμένα άτομα. Η συνεργασία του ασθενή, που, για να εξασφαλιστεί, ουσιαστικό ρόλο παίζει η ποιότητα της σχέσης του με τον θεραπευτή, είναι απαραίτητη. Η συνεχής ενθάρρυνση και παρακίνηση του ασθενούς από τον θεραπευτή είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την επιτυχία του προγράμματος.

Συντηρητικές και αντιμυοσκαρινικές φαρμακευτικές θεραπείες προσφέρονται συχνότερα πια στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας και κοινοτικής φροντίδας. Εάν αυτές οι θεραπείες είναι ανεπιτυχείς, η επόμενη επιλογή θα περιλαμβάνει κάποια μορφή χειρουργικής επέμβασης. Όπως συμβαίνει με τις περισσότερες μορφές επεμβατικών παρεμβάσεων, η πολυπλοκότητα, ο κίνδυνος ανεπιθύμητων ενεργειών και οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της χειρουργικής επέμβασης είναι παράγοντες που πρέπει να αναθεωρηθούν και να συζητηθούν με τον ασθενή πριν από κάθε θεραπεία.

Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις είναι πράγματι αποτελεσματικές για τη βελτίωση της ακράτειας στις γυναίκες. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης της ουροδόχου κύστης μειώνεται μετά τη διακοπή της θεραπείας, το δε συγκριτικό όφελος της εκπαίδευσης της ουροδόχου κύστης και των φαρμάκων για τη βελτίωση της ακράτειας παραμένει αβέβαιο, ενώ και ο συνδυασμός εκγύμνασης της ουροδόχου κύστης με αντιμυοσκαρινικά φάρμακα δεν οδηγεί σε μεγαλύτερη βελτίωση. Η προσθήκη της βιοανάδρασης αποφέρει μεγαλύτερο όφελος σε γυναίκες που λαμβάνουν PFMT. Ωστόσο, τα βραχυπρόθεσμα οφέλη από την εντατική PFMT μακροπρόθεσμα τείνουν να υποχωρούν. Η PFMT δεν θεραπεύει την UI στους άνδρες μετά την προστατεκτομή και υπάρχουν αντικρουόμενα στοιχεία για το αν το PFMT επιταχύνει την ανάκαμψη της εγκράτειας μετά από ριζική προστατεκτομή.^{52,68,73}

Όταν η διεπιστημονική ομάδα εξετάζει τη βέλτιστη θεραπεία για έναν συγκεκριμένο ασθενή, η απόφαση θα πρέπει να επικεντρώνεται στο καλύτερο αποτέλεσμα από την άποψη του ασθενούς (εξατομικευμένη θεραπεία και προσαρμοσμένη στις ανάγκες του) και δεν πρέπει να περιλαμβάνει περαιτέρω θεραπεία εάν αυτό είναι βέλτιστο για τον ασθενή. Οι προτιμήσεις του ασθενούς έχουν προτεραιότητα και στη συνέχεια λαμβάνονται υπόψη οι σχετικές

συννοσηρότητες που μπορεί να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα και τις παρενέργειες της θεραπείας. Θα πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό, μαζί με τις χειρουργικές και συντηρητικές θεραπείες. Η διεπιστημονική ομάδα θα πρέπει επίσης να συζητήσει εάν η επεμβατική θεραπεία είναι η κατάλληλη επιλογή. Θα υπάρχουν μερικοί ασθενείς στους οποίους μπορεί να προτιμηθεί μια παρατεταμένη συντηρητική θεραπεία, ιδιαίτερα επειδή υπάρχει μειωμένη πιθανότητα σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών με αυτές τις επιλογές. Η αξιολόγηση από τη διεπιστημονική ομάδα θα πρέπει κατά προτίμηση να ολοκληρωθεί από επαγγελματίες υγείας που δεν είχαν προηγούμενη συμμετοχή στη θεραπεία του ασθενούς.

Λόγω της πολυπλοκότητας της αξιολόγησης και της χειρουργικής επέμβασης, η διεπιστημονική ομάδα θα πρέπει να περιλαμβάνει και ουρολόγο και γυναικολόγο στην περίπτωση των γυναικών (δηλαδή δύο άτομα, όχι ένα άτομο με εμπειρία και των δύο καταστάσεων). Ένας εξειδικευμένος χειρουργός παχέος εντέρου θα πρέπει επίσης να παρευρεθεί στη συνάντηση για ασθενείς με συνυπάρχοντα προβλήματα εντέρου ή συγκεκριμένο κίνδυνο για προβλήματα του εντέρου. Η διεπιστημονική ομάδα πρέπει επίσης να περιλαμβάνει μια ειδική νοσηλεύτρια και έναν ειδικό φυσιοθεραπευτή. Ειδικά για τις γυναίκες και δεδομένου ότι ένας σημαντικός αριθμός γυναικών που έχουν μορφή ακράτειας είναι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, η διεπιστημονική ομάδα θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνει ένα μέλος της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης της ομάδας ηλικιωμένων και/ή έναν εργοθεραπευτή για ασθενείς με διαταραχές λειτουργικότητας για να προσφέρει συμβουλές ειδικά για αυτήν την ομάδα γυναικών.

Δεν θα πρέπει να λησμονείται ότι η ακράτεια ούρων, ειδικά στους ηλικιωμένους, μπορεί να επιδεινωθεί ή ακόμα και να προκληθεί από υποκείμενες ασθένειες, ιδιαίτερα από παθολογικές καταστάσεις που έχουν ως αποτέλεσμα πολουρία, νυκτουρία, αυξημένη κοιλιακή πίεση ή διαταραχές του ΚΝΣ. Τέτοιες καταστάσεις είναι η καρδιακή ανεπάρκεια, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ο σακχαρώδης διαβήτης, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), νευρολογική νόσος που περιλαμβάνει εγκεφαλικό επεισόδιο και σκλήρυνση κατά πλάκας, γενική γνωστική εξασθένηση, διαταραχές του ύπνου, π.χ. υπνική άπνοια και παχυσαρκία. Είναι πιθανό ότι η αντιμετώπιση της υποκείμενης νόσου μειώνει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του ουροποιητικού συστήματος. Ωστόσο, αυτό είναι συχνά δύσκολο

να εκτιμηθεί καθώς οι ασθενείς συχνά υποφέρουν από περισσότερες από μία καταστάσεις. Επιπλέον, καθώς οι παρεμβάσεις μπορούν να συνδυαστούν και να εξατομικευτούν, δεν είναι εύκολο να εκτιμηθεί η συνεισφορά κάθε υποκείμενης νόσου στην επιδείνωση της ακράτειας.

Συμπερασματικά, η ακράτεια ούρων στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί παράδειγμα κλινικής οντότητας που μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, τουλάχιστον στα αρχικά στάδια στη βάση μη φαρμακευτικών επιλογών και της διεπιστημονικής συνεργασίας. Υγιεινοδιαιτητικές παρεμβάσεις σε συνδυασμό με συγκεκριμένο πρόγραμμα ασκήσεων σε εξατομικευμένη βάση μπορούν να δώσουν τη λύση σε ένα πρόβλημα με σημαντική επίπτωση στην ποιότητα ζωής του πάσχοντος. Η εκγύμναση των μυών του πυελικού εδάφους, το ημερολόγιο και η εκπαίδευση κύστης αποτελούν η βάση της θεραπείας, η οποία και θα πρέπει να εξατομικεύεται σύμφωνα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες του ασθενούς, ώστε να είναι δυνατή η αποτελεσματική αυτοδιαχείριση του προβλήματος. Επιπλέον, η εισαγωγή συγκεκριμένου διαιτολογίου, η μείωση της πρόσληψης καφεΐνης, η μέτρια φυσική δραστηριότητα, η διακοπή του καπνίσματος και η ρύθμιση της πρόσληψης υγρών μπορούν να συμβάλλουν στην ύφεση των συμπτωμάτων της ακράτειας, με ιδιαίτερη έμφαση να δίνεται στην απώλεια βάρους. Έπεται η φαρμακευτική αντιμετώπιση, σε συνεργασία με τον ειδικό ουρολόγο, ή μετά από παραπομπή σε αυτόν, ενώ η χειρουργική αντιμετώπιση επιφυλάσσεται για επιλεγμένες περιπτώσεις.

Σε κάθε περίπτωση, η ακράτεια αποτελεί ένα σύνθετο πρόβλημα και έτσι είναι απαραίτητη η διεπιστημονική προσέγγιση κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης και θεραπείας. Στο πλαίσιο αυτό, η παρουσία εκπαιδευμένων νοσηλευτών ή μαϊών στη διαχείριση της ακράτειας μπορεί να προσφέρει λύση στο πρόβλημα της υποβάθμισης και της μη αντιμετώπισης του ζητήματος. Η νοσηλεύτρια και η μαία, που εργάζονται στην κοινότητα, είναι αποδεκτοί από τους ασθενείς και βρίσκονται στην ιδανική θέση να εντοπίσουν την ακράτεια στις γυναίκες που επισκέπτονται τα Κέντρα Υγείας. Η αξιολόγηση, καθώς και η εκπαίδευση του ασθενούς και η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, με σκοπό τον περιορισμό των συνεπειών τους στην κοινωνική ζωή, αποτελούν συνιστώσες του γενικού, αλλά και ειδικότερου, ρόλου των υγειονομικών στην Π.Φ.Υ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σπυρόπουλος Ε, Μπορούνης Μ, Θεοδώρου Σ. Το πρόβλημα της ακράτειας ούρων στους ηλικιωμένους. *Ιατρική* 1993; 70:247-
2. Lionis C, Vlachonikolis L, Bathianaki M, et al. Urinary incontinence, the hidden health problem of Cretan women: report from a primary care survey in Greece. *Women Health* 2000; 31:59-66.
3. 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;21:217-222.
4. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet.* 2003;82:327-338.
5. Nitti VW. The prevalence of urinary incontinence. *Rev Urol.* 2001;3 Suppl 1(Suppl 1):S2-S6.
6. Apostolidis A, de Nunzio C, Tubaro A. What determines whether a patient with LUTS seeks treatment? ICI-RS 2011. *Neurourol Urodyn.* 2012;31:365-9.
7. Siddiqui NY, Ammarell N, Wu JM, Sandoval JS, Bosworth HB. Urinary Incontinence and Health-Seeking Behavior Among White, Black, and Latina Women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2016;22:340-345.
8. Rashidi Fakari, F., Hajian, S., Darvish, S. et al. Explaining factors affecting help-seeking behaviors in women with urinary incontinence: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* **21**, 60 (2021).
9. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A., Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report

from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61:37-49.

10. Tran LN, Puckett Y. Urinary Incontinence. [Updated 2021 Aug 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559095/>

11. Lukacz ES, Santiago-Lastra Y, Albo ME, Brubaker L. Urinary Incontinence in Women: A Review. *JAMA*. 2017;318:1592-1604.

12. Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of urinary incontinence. *Am Fam Physician*. 2013;87:543-50.

13. Thor KB, Morgan C, Nadelhaft I, et al. Organization of afferent and efferent pathways in the pudendal nerve of the female cat. *J Comp Neurol*. 1989;288:263-279.

14. Morrison JFB, Namasivayam S, Eardley I. ATP may be a natural modulator of the sensitivity of bladder mechanoreceptors during slow distensions. In: Proceedings of the 1st International Consultation on Incontinence. Plymouth, UK:

15. Yoshimura N, de Groat WC. Neural control of the lower urinary tract. *Int J Urol*. 1997;4:111-125.

16. Yoshimura N, Chancellor MB. Neurophysiology of lower urinary tract function and dysfunction. *Rev Urol*. 2003;5 Suppl 8(Suppl 8):S3-S10.

17. Fowler CJ, Griffiths D, de Groat WC. The neural control of micturition. *Nat Rev Neurosci*. 2008;9:453-466.

18. Barrington FJ. Affections of Micturition Resulting from Lesions of the Nervous System. *Soc Med*. 1927;20:722-7.

19. Hou XH, Hyun M, Taranda J, et al. Central Control Circuit for Context-Dependent Micturition. *Cell*. 2016;167:73-86.e12

20. Keller JA, Chen J, Simpson S, Wang EH, Lilascharoen V, George O, Lim BK, Stowers L. Voluntary urination control by brainstem neurons that relax the urethral sphincter. *Nat Neurosci.* 2018;21:1229-1238.
21. Verstegen AMJ, Klymko N, Zhu L, et al. Non-Crh Glutamatergic Neurons in Barrington's Nucleus Control Micturition via Glutamatergic Afferents from the Midbrain and Hypothalamus. *Curr Biol.* 2019;29(17):2775-2789.e7.
22. Stone E, Coote JH, Allard J, Lovick TA. GABAergic control of micturition within the periaqueductal grey matter of the male rat. *J Physiol.* 2011;589(Pt 8):2065-2078.
23. de Groat WC, Griffiths D, Yoshimura N. Neural control of the lower urinary tract. *Compr Physiol.* 2015;5(1):327-396. doi:10.1002/cphy.c130056
24. Fowler CJ, Griffiths D, de Groat WC. The neural control of micturition. *Nat Rev Neurosci.* 2008;9(6):453-466. doi:10.1038/nrn2401
25. Tish MM, Geerling JC. The Brain and the Bladder: Forebrain Control of Urinary (In)Continence. *Front Physiol.* 2020;11:658.
26. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. 5th International Consultation on Incontinence, 5th Edition, Paris, 2012
27. Handa, V. L., Harris, T. A., Ostergard, D. R.: Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 1996;88: 470
28. Borello-France, D., Burgio, K. L., Richter, H. E. et al. Fecal and urinary incontinence in primiparous women. *Obstet Gynecol.* 2006;108: 863
29. Waetjen, L. E., Liao, S., Johnson, W. O. et al. Factors associated with prevalent and incident urinary incontinence in a cohort of midlife women: a longitudinal

analysis of data: study of women's health across the nation. *Am J Epidemiol*, 2007;165: 309

30.Hextall A. Oestrogens and lower urinary tract function. *Maturitas*. 2000;36:83-92.

31.Fenner DE, Trowbridge ER, Patel DA, Patel DL, Fultz NH, Miller JM, et al. Establishing the prevalence of incontinence study: racial differences in women's patterns of urinary incontinence. *J. Urol*. 2008;179:1455–1460.

32.Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S: A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *Journal of Clinical Epidemiology* 2000;53:1150-1157.

33.Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MMK, Leicestershire MRC Incontinence Study Group. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *BJU Int*. 2003 Jul.;92(1):69–77.

34.American Urological Association. A patient's guide: 1 in 3 women experience stress urinary incontinence. [Accessed October 21, 2015]. <https://www.auanet.org/common/pdf/products/SUIPatientGuide.pdf>.

35. Mobley D, Baum N. Smoking: Its Impact on Urologic Health. *Rev Urol*. 2015;17:220-225.

36.Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. London: RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2006.

37.Hu JS, Pierre EF. Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2019;100:339-348.

38. Nightingale G. Management of urinary incontinence. *Post Reprod Health*. 2020;26:63-70.
39. Fantl JA, Wyman JF, Harkins SW, Hadley EC. Bladder training in the management of lower urinary tract dysfunction in women. A review. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38:329-32.
40. Yoon HS, Song HH, Ro YJ. A comparison of effectiveness of bladder training and pelvic muscle exercise on female urinary incontinence. *Int J Nurs Stud* 2003; 40:45-50.
41. Dougherty MC, Dwyer JW, Pendergast JF, et al. A randomized trial of behavioral management for continence with older rural women. *Res Nurs Health* 2002; 25:3-13.
42. Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *Jama* 1991; 265:609-13.
43. Lagro-Janssen AL, Debruyne FM, Smits AJ, van Weel C. The effects of treatment of urinary incontinence in general practice. *Fam Pract* 1992;9:284-9.
44. de Groat WC, Fraser MO, Yoshiyama M, et al. Neural control of the urethra. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 2001:35-43; discussion 106-25.
45. Bo K. Pelvic Floor Muscle Exercise for the Treatment of Stress Urinary Incontinence: An Exercise Physiology Perspective. *International Urogynecology Journal* 1995; 2: 282-291
46. Zanetti MR, Castro Rde A, Rotta AL, et al. Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. *Sao Paulo Med J* 2007; 125:265-9. 68
47. Hagen S, Elders A, Stratton S, et al. Effectiveness of pelvic floor muscle training with and without electromyographic biofeedback for urinary incontinence in women:

multicentre randomised controlled trial. *BMJ*. 2020;371:m3719. Published 2020 Oct 14. doi:10.1136/bmj.m3719

48. Ayeleke RO, Hay-Smith EJ, Omar MI. Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same active treatment alone for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015:CD010551.

49. Hoffman V, Söderström L, Samuelsson E. Self-management of stress urinary incontinence via a mobile app: two-year follow-up of a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96:1180-1187

50. Rutledge TL, Rogers R, Lee SJ, Muller CY. A pilot randomized control trial to evaluate pelvic floor muscle training for urinary incontinence among gynecologic cancer survivors. *Gynecol Oncol*. 2014;132:154-158. doi:10.1016/j.ygyno.2013.10.024

51. Albers-Heitner P, Winkens R, Berghmans B, et al. Consumer satisfaction among patients and their general practitioners about involving nurse specialists in primary care for patients with urinary incontinence. *Scand J Caring Sci*. 2013;27:253-259.

52. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). *Urinary Incontinence in Women: The Management of Urinary Incontinence in Women*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (UK); 2013 Sep. (NICE Clinical Guidelines, No. 171.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK247723/>

53. Spence-Jones C, Kamm MA, Henry MM, et al. Bowel dysfunction: A pathogenic factor in uterovaginal prolapse and urinary stress incontinence. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1994;101:147-52.

54. Song YF, Zhang WJ, Song J, et al. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Fuzhou Chinese women. *Chinese Medical Journal*. 2005;118:887-92.

55. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, et al. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: A longitudinal study in women. *BJU International*. 2003;92:69–77.
56. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, et al. Nutrient composition of the diet and the development of overactive bladder: A longitudinal study in women. *Neurourology and Urodynamics*. 2004;23:204–10.
57. Dallosso H, Matthews R, McGrother C, et al. Diet as a risk factor for the development of stress urinary incontinence: A longitudinal study in women. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2004;58:920–6.
58. Nuotio M, Jylha M, Koivisto AM, et al. Association of smoking with urgency in older people. *European Urology*. 2001;40:206–12.
59. Arya LA, Myers DL, Jackson ND. Dietary caffeine intake and the risk for detrusor instability: a case-control study. *Obstetrics and Gynecology*. 2000;96:85–9.
60. Creighton SM, Stanton SL. Caffeine: Does it affect your bladder? *British Journal of Urology*. 1990;66:613–14.
61. James JE, Sawczuk D, Merrett S. The effect of chronic caffeine consumption on urinary incontinence in psychogeriatric inpatients. *Psychology and Health*. 1989;3:297–305.
62. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, et al. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2003;110:247–54.
63. Asplund R, Aberg HE. Nocturia in relation to body mass index, smoking and some other lifestyle factors in women. *Climacteric*. 2004;7:267–73.

64. Bradley CS, Kennedy CM, Nygaard IE. Pelvic floor symptoms and lifestyle factors in older women. *Journal of Women's Health*. 2005;14:128–36.
65. Dowd TT, Campbell JM, Jones JA. Fluid intake and urinary incontinence in older community-dwelling women. *Journal of Community Health Nursing*. 1996;13:179–86.
66. Swithinbank L, Hashim H, Abrams P. The effect of fluid intake on urinary symptoms in women. *Journal of Urology*. 2005;174:187–9.
67. Tampakoudis P, Tantanassis T, Grimbizis G, et al. Cigarette smoking and urinary incontinence in women - A new calculative method of estimating the exposure to smoke. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*. 1995;63:27–30.
68. European Association of Urology. EAU Guidelines on urinary incontinence in adults, 2016
69. Chapple CR, Parkhouse H, Gardener C, et al. Double-blind, placebo-controlled, cross-over study of flavoxate in the treatment of idiopathic detrusor instability. *British Journal of Urology* 1990;66:491–4.
70. Meyhoff HH, Gerstenberg TC, Nordling J. Placebo—the drug of choice in female motor urge incontinence? *British Journal of Urology* 1983;55:34–7.
71. Jarvis GJ. A controlled trial of bladder drill and drug therapy in the management of detrusor instability. *British Journal of Urology* 1981;53:565–6.
72. Lose G, Jorgensen L, Thunedborg P. Doxepin in the treatment of female detrusor overactivity: a randomized double-blind crossover study. *Journal of Urology* 1989;142:1024–6.

73. Bedfordshire and Hertfordshire Priorities Forum Guidance Statement. The management of female incontinence, 2019