



13^η

Εκπαιδευτική
Εβδομάδα

Ελλήνων Ειδικευομένων
Ουρολόγων

12-16

Φεβρουαρίου 2018

Αθήνα, Crowne Plaza Hotel

Ακράτεια ούρων από προσπάθεια στον άνδρα και τη γυναίκα. Διάγνωση και αντιμετώπιση

Αθανάσιος Οικονόμου

Ουρολογική Κλινική

Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

Ακράτεια ούρων από προσπάθεια

Η οποιαδήποτε ακούσια απώλεια ούρων κατά την προσπάθεια, την άσκηση, το πτέρνισμα ή το βήχα

...που ενοχλεί τον/την ασθενή

ICI 2013

- Γυναίκες
 - 9-39% (τοκετοί, παχυσαρκία, διαταραχή οιστρογόνων, χρόνιας βήχας, δυσκοιλιότητα)
- Άνδρες
 - 1-40% (8-23%)
 - Ορισμός, διάρκεια follow-up, μέθοδος αξιολόγησης-ερωτηματολόγια, επιπλέον θεραπεία...

Διαγνωστική Προσέγγιση

- Α
ρ
χ
ι
κ
ή
- Ιστορικό
 - Φυσική εξέταση
 - Γενική-κ/α ούρων (Gr A)
 - PVR (σε ασθενείς που έχουν και συμπτώματα κένωσης Gr B)
 - Ημερολόγιο ούρησης 3-7 ημέρες (Gr A)
 - Pad-test (1-h,24-h)

εξειδικευμένα

- Κυστεο-ουρηθροσκόπηση
- UDS ή Video-UDS

Ιστορικό (tips)

Σε άνδρες:

- Η ικανότητα να διακόψουν την ούρηση
- Η σοβαρότητα της ακράτειας στη διάρκεια της ημέρας (πχ υπάρχει επιδείνωση το απόγευμα ή το βράδυ)
- Η παρουσία ή όχι νυκτερινής ακράτειας
- Ύπαρξη προκλητικών παραγόντων (βήχας, έγερση, τρέξιμο, σε ύπτια θέση, κόπωση)

Ουροδυναμικός έλεγχος

UDS

- Να θέσει ή να επιβεβαιώσει τη διάγνωση
- Να προβλέψει το θεραπευτικό αποτέλεσμα
- Facilitate discussion during counselling

- DO, compliance, VLPP (άνδρες >100 cm H₂O, γυναίκες >60 cm H₂O), λειτουργικότητα σφιγκτήρα, λειτουργικότητα εξωστήρα, ύπαρξη απόφραξης
- Είδος ακράτειας

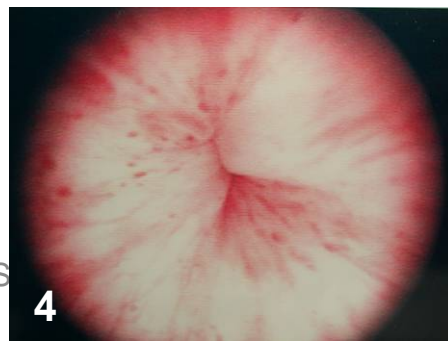
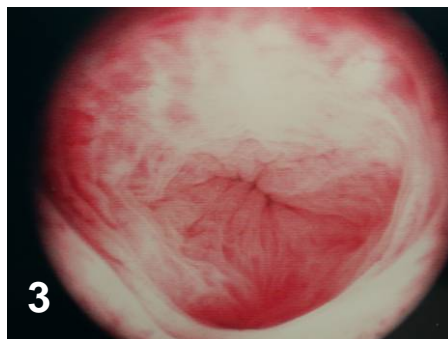
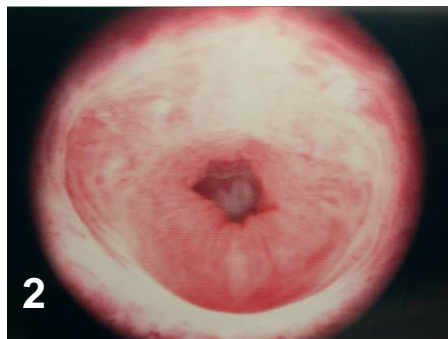
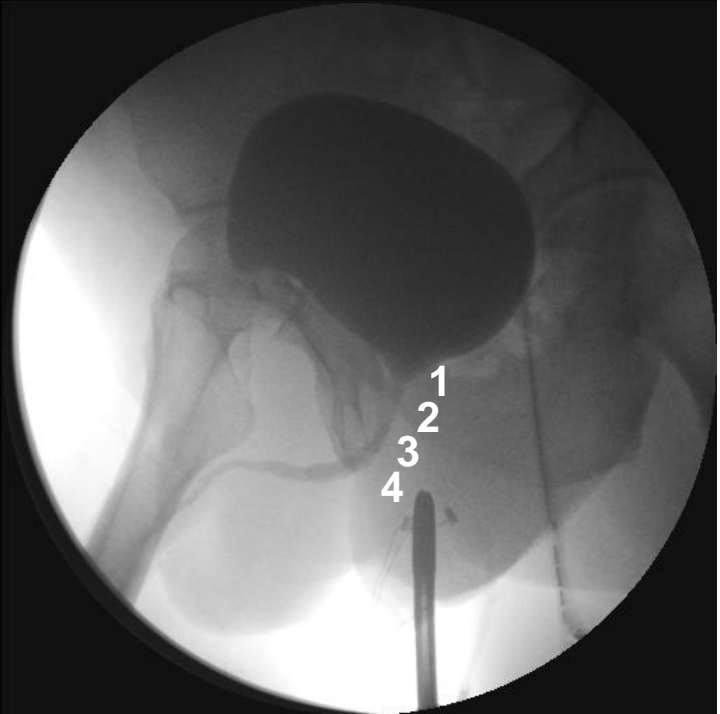
Ακράτεια και ουροδυναμική

Συστάσεις	GR
Μην κάνετε UDS όταν αντιμετωπίζετε μη επιλεγμένη ακράτεια ούρων	B
Πραγματοποιήστε UDS εάν το αποτέλεσμα μπορεί να αλλάξει την επιλογή επεμβατικής θεραπείας	B
Μην κάνετε προφίλομετρία ουρήθρας και LPP προκειμένου να αξιολογήσετε τη σοβαρότητα της ακράτειας ή να προβλέψετε το αποτέλεσμα της θεραπείας	C
Συμβουλευστε τους ασθενείς ότι το αποτέλεσμα του UDS μπορεί να είναι χρήσιμο για τη συζήτηση των θεραπευτικών επιλογών, παρόλο που υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα για το αν ο UDS μπορεί να προβλέψει το αποτέλεσμα της θεραπείας για μη επιλεγμένη ακράτεια ούρων	C

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Δυναμική ουρηθροκυστεοσκόπηση

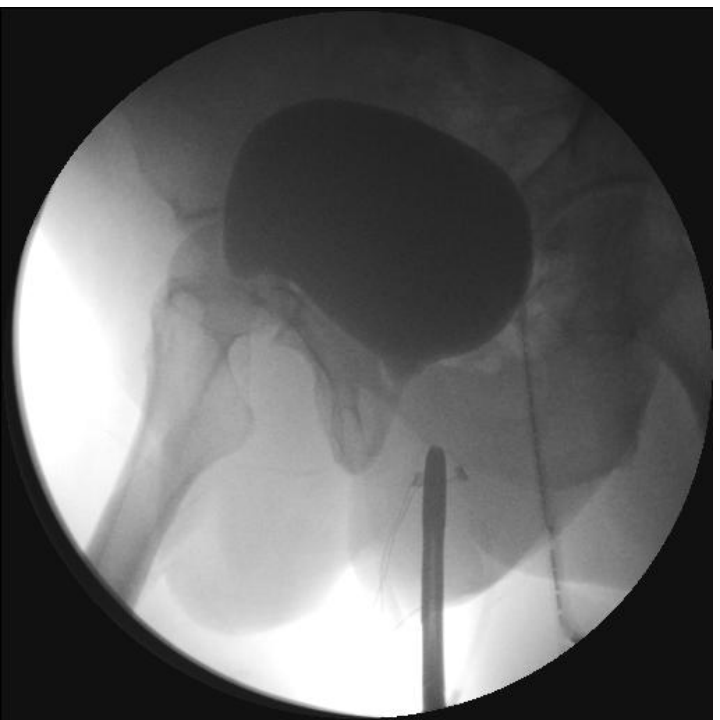




Midperineal elevation:

**Functional closure on
passive support of >1-
1.5cm**

**Most important
preoperative test**



Θεραπεία

- **Συντηρητική**

Summary of evidence	LE
Obesity is a risk factor for urinary incontinence in women.	1b
Non-surgical weight loss in overweight and obese women improves urinary incontinence.	1a
Surgical weight loss improves urinary incontinence in obese women.	1b
Weight loss in obese women improves urinary incontinence.	1b
Weight loss in obese adults with diabetes mellitus reduces the risk of developing urinary incontinence.	1b
Encourage obese women with urinary incontinence to lose weight and maintain weight loss.	A

- Χρήση βοηθημάτων ακράτειας
- Pelvic Floor Muscle Training (PFMT)
- Φαρμακοθεραπεία

- **Χειρουργική**

- Διογκωτικά υλικά
- Slings
- Compressive Devices

PFMT σε γυναίκες με ακράτεια προσπάθειας

Summary of evidence	LE
Pelvic floor muscle training (PFMT) for women with urinary incontinence	
Pelvic floor muscle training is better than no treatment for improving urinary incontinence and QoL in women with stress urinary incontinence and mixed urinary incontinence.	1
Higher-intensity, supervised treatment regimes, and the addition of biofeedback, confer greater benefit in women receiving PFMT.	1
Short-term benefits of intensive PFMT are not maintained at fifteen-year follow-up.	2
Pelvic floor muscle training commencing in the early postpartum period improves urinary incontinence in women for up to twelve months.	1

Offer supervised intensive pelvic floor muscle training (PFMT), lasting at least three months, as a first-line therapy to women with stress urinary incontinence or mixed urinary incontinence.	A
Pelvic floor muscle training programmes should be as intensive as possible.	B
Offer PFMT to elderly women with urinary incontinence.	A
Offer PFMT to post-natal women with urinary incontinence.	A
Consider using biofeedback as an adjunct in women with stress urinary incontinence.	B

PFMT για ακράτεια μετά ΡΠ

EAU Guidelines 2017

- PFMT φαίνεται να επιταχύνει την αποκατάσταση εγκράτειας μετά από ΡΠ (LoE 1b)
- PFMT δεν θεραπεύει την ακράτεια ούρων μετά από ΡΠ ή TUR-P (LoE 1b)
- Υπάρχουν αντικρουόμενα δεδομένα αν η προσθήκη επανεκπαίδευσης της κύστης, ηλεκτρικής διέγερσης ή biofeedback αυξάνει την αποτελεσματικότητα της PFMT (LoE 2)
- Προεγχειρητική PFMT δεν προσφέρει επιπρόσθετο όφελος σε άνδρες που υποβάλλονται σε ΡΠ (LoE 1b)

Offer PFMT to men undergoing radical prostatectomy to speed recovery of incontinence.

B

Φαρμακευτική θεραπεία ακράτειας προσπάθειας σε γυναίκες

Summary of evidence	LE
Duloxetine, 40 mg twice daily improves stress urinary incontinence in women.	1a
Duloxetine causes significant gastrointestinal and central nervous system (CNS) side effects leading to a high rate of treatment discontinuation, although these symptoms are limited to the first weeks of treatment.	1a

Recommendations	GR
Duloxetine can be used with caution to treat women with symptoms of stress urinary incontinence.	A
Duloxetine should be initiated using dose titration because of high adverse event rates.	A

Φαρμακευτική θεραπεία ακράτειας προσπάθειας σε άντρες

Summary of evidence	LE
Duloxetine, either alone or combined with conservative treatment, can hasten recovery of continence but does not improve continence rate following prostate surgery.	1b

Recommendations	GR
Consider offering duloxetine to hasten recovery of continence after prostate surgery but inform the patient about the possible adverse events.	B

Χειρουργική αντιμετώπιση

*Γυναίκες με μη επιλεγμένη
ακράτεια προσπάθειας*

Διογκωτικοί παράγοντες

Περίληψη δεδομένων	LoE
Οι διογκωτικοί παράγοντες μπορεί να επιφέρουν βραχυπρόθεσμη (3 μήνες) βελτίωση των συμπτωμάτων, αλλά όχι θεραπεία	2a
Η επανάληψη της έγχυσης συχνά απαιτείται προκειμένου να επιτευχθεί θεραπευτικό αποτέλεσμα	2a
Οι διογκωτικοί παράγοντες είναι λιγότερο αποτελεσματικοί από την κολποανάρτηση και τα αυτόλογα slings	2a
Οι επιπλοκές είναι λιγότερες σε σύγκριση με το ανοιχτό χειρουργείο	2a
Κανένας διογκωτικός παράγοντας δεν υπερτερεί	1b
Η διουρηθρική χορήγηση έχει λιγότερες πιθανότητες επίσχεσης ούρων σε σύγκριση με την διαπερινεϊκή	2b

Do not offer bulking agents to women who are seeking a permanent cure for stress urinary incontinence.

A*

Tension free mid-urethral slings

retropubic

vag.-abd.

TVT

abd.-vag

SPARC

transobturator

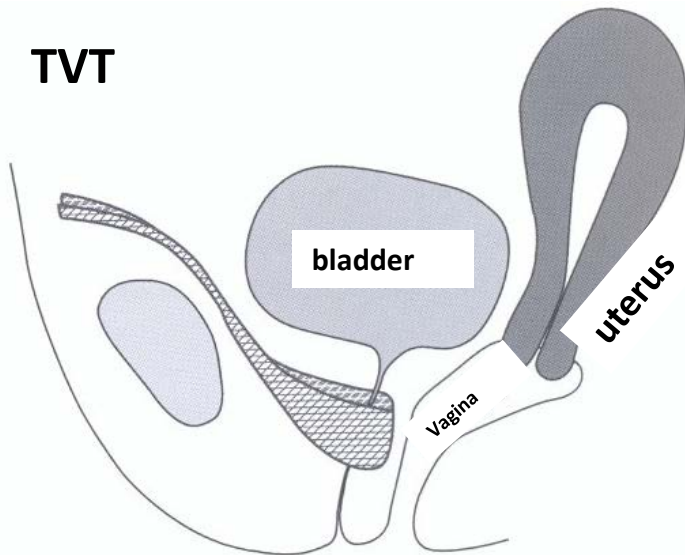
outside-in

TOT

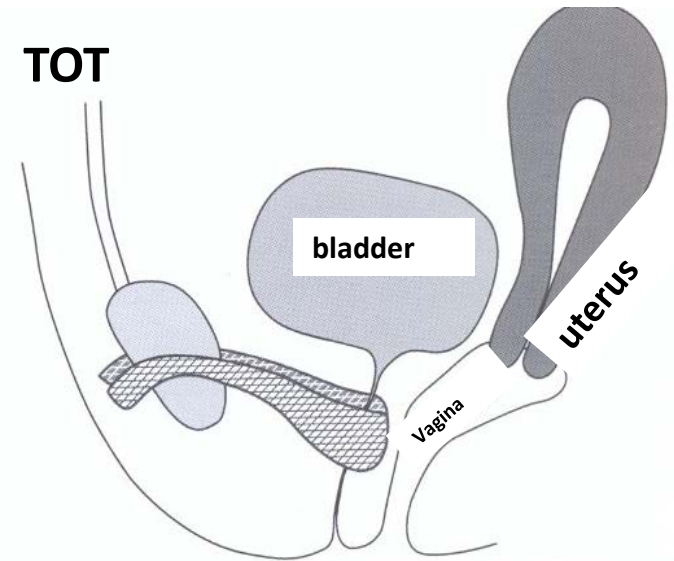
inside-out

TVT-O

TVT



TOT



EAU Guidelines 2017

Περίληψη δεδομένων

LoE

Παρόμοια αναφερόμενα από τους ασθενείς ποσοστά θεραπείας μεταξύ TVT και TOT στους 12 μήνες

1a

EUROPEAN UROLOGY 72 (2017) 567–591

available at www.sciencedirect.com
journal homepage: www.europeanurology.com



Platinum Priority – Review – Female Urology – Incontinence
Editorial by Frank Van der Aa, Jan Deprest and Dirk De Ridder on pp. 592–593 of this issue

Updated Systematic Review and Meta-analysis of the Comparative Data on Colposuspensions, Pubovaginal Slings, and Midurethral Tapes in the Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence

Ferdinando Fusco^a, Mohamed Abdel-Fattah^b, Christopher R. Chapple^c, Massimiliano Creta^d, Sabrina La Falce^e, David Waltregny^f, Giacomo Novara^{e,*}

similar cure rates. Patients treated with RT-TVT had higher subjective (OR: 0.83, $p = 0.03$) and objective (OR: 0.82, $p = 0.01$) cure rates than those receiving TO-TVT. However, the latter had a lower risk of intraoperative bladder or vaginal perforation (OR: 2.4, $p = 0.0002$), pelvic haematoma (OR: 2.61, $p = 0.002$), urinary tract infections (OR: 1.31, $p = 0.04$) and voiding lower urinary tract symptoms (OR: 1.66, $p = 0.002$). Sensitivity-

RESEARCH ARTICLE

Comparison of Effectiveness between Tension-Free Vaginal Tape (TVT) and Trans-Obturator Tape (TOT) in Patients with Stress Urinary Incontinence and Intrinsic Sphincter Deficiency

Hyeong Gon Kim, Hyoung Keun Park, Sung Hyun Paick, Woo Suk Choi*

Department of Urology, Konkuk University School of Medicine, Konkuk University Medical Center, Seoul, Korea

Success rate was significantly higher in the TVT group than in the TOT group (95.2% vs. 82.7%, $p = 0.009$). On multivariate analysis, only TOT surgery (OR = 3.922, 95%CI = 1.223–12.582, $p = 0.022$) was a risk factor for failure following surgical treatment.

Conclusion

TVT is more effective than TOT in treatment of female SUI with ISD.

Int Urogynecol J (2017) 28: 1113–1114
DOI 10.1007/s00192-017-3403-7



EDITORIAL

Retropubic versus transobturator MUS: time to revisit?

Gunnar Lose¹  · Niels Klarskov¹

Int Urogynecol J
DOI 10.1007/s00192-017-3485-2



LETTER TO THE EDITOR

The retropubic sling more precisely restores the urethral closure mechanisms

Peter Petros¹ 

EAU Guidelines 2017

Περίληψη δεδομένων	LoE
Χαμηλότερα ποσοστά De novo Urgency και δυσλειτουργικής ούρησης στα μεσοουρηθρικά slings σε σύγκριση με την κολποανάρτηση	1a
Υψηλότερα ποσοστά διάτρησης της κύστης και δυσλειτουργικής ούρησης σε ασθενείς με TVT σε σύγκριση με TOT	1a
Υψηλότερα ποσοστά μετεγχειρητικού χρόνιου πόνου, διάβρωσης του κόλπου και αφαίρεσης στους 12 μήνες σε ασθενείς με TOT σε σύγκριση με TVT	1a

Offer the mid-urethral sling to women with uncomplicated stress urinary incontinence as the preferred surgical intervention whenever available.	A
Warn women who are being offered a retropubic insertion of mid-urethral sling about the relatively higher risk of peri-operative complications compared to transobturator insertion.	A
Warn women who are being offered transobturator insertion of mid-urethral sling about the higher risk of pain and dyspareunia in the longer term.	A

Κλασσικές τεχνικές αντιμετώπισης ακράτειας προσπάθειας

- Αυτόλογα slings
- Κολποανάρτηση κατά Burch (open, lap)
- ΜΜΚ (οπισθοθηβική ουρηθροπηξία)

Γυναίκες με επιπλεγμένη ακράτεια προσπάθειας

- **κολποανάρτηση (open, lap), mid-urethral slings, autologus fascial slings**
- **AMS 800 (τεχνητός σφιγκτήρας)**
76-93% εγκρατείς (67% στα 8 χρόνια)
- **ACT (Adjustable Compression Therapy)**
44-63% εγκρατείς, 20% αφαίρεση συσκευής

EAU Guidelines 2017

Συστάσεις	GR
Η αντιμετώπιση της επιπλεγμένης ακράτειας σε γυναίκες πρέπει να γίνεται σε εξειδικευμένα κέντρα	A
Η επιλογή της χειρουργικής μεθόδου θα πρέπει να βασίζεται στην προσεκτική αξιολόγηση του κάθε ασθενή (UDS, Απεικόνιση)	C
Οι χειρουργικές μέθοδοι, όταν χρησιμοποιούνται ως 2 ^{ης} γραμμής θεραπείας, είναι κατά κανόνα υποδεέστερες από ότι σαν 1 ^{ης} γραμμής θεραπεία, τόσο στην αποτελεσματικότητα όσο και στις επιπλοκές	C
Συνθετικό σλινγκ, κολποανάρτηση ή αυτόλογο σλινγκ είναι οι πρώτες επιλογές για την αντιμετώπιση επιπλεγμένης ακράτειας σε γυναίκες	C
Ακόμα και σε εξειδικευμένα κέντρα ο τεχνητός σφιγκτήρας και το pro ACT εμφανίζουν υψηλά ποσοστά επιπλοκών, μηχανικής αποτυχίας και αφαίρεσης	C

Ακράτεια μετά από ριζική προστατεκτομή

*6-9% ασθενών με ακράτεια ούρων μετά από ριζική
προστατεκτομή υποβάλλονται σε χειρουργική
θεραπεία για την αντιμετώπιση της*

Διογκωτικοί παράγοντες

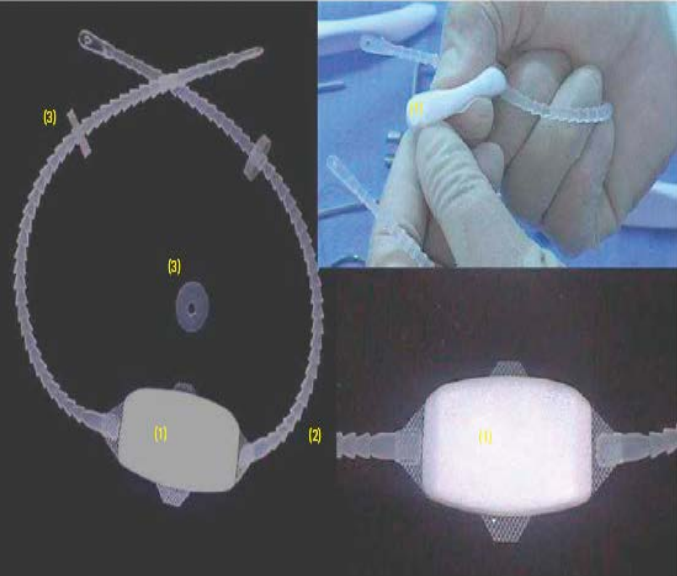
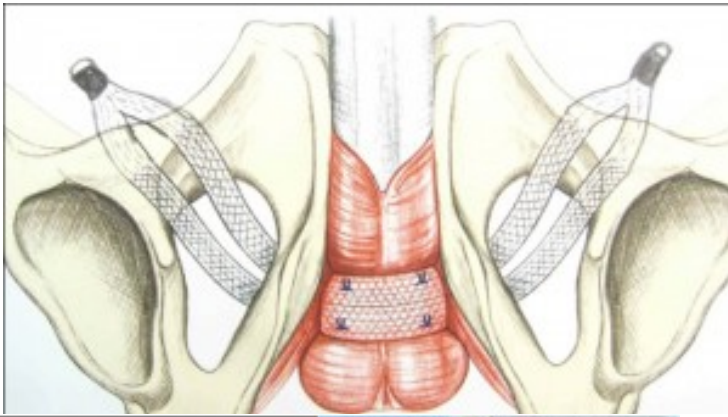
- “It remains to be seen if improvements in outcomes can be achieved with alternative agents, or if the concept of urethral bulking has achieved its maximal benefit with the agents available now”

Herschorn et al, Neurourol Urodyn 2010;29:179-190

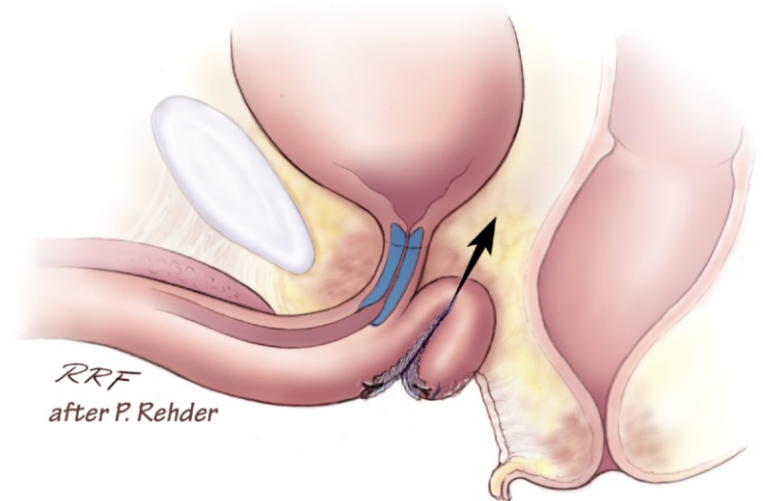
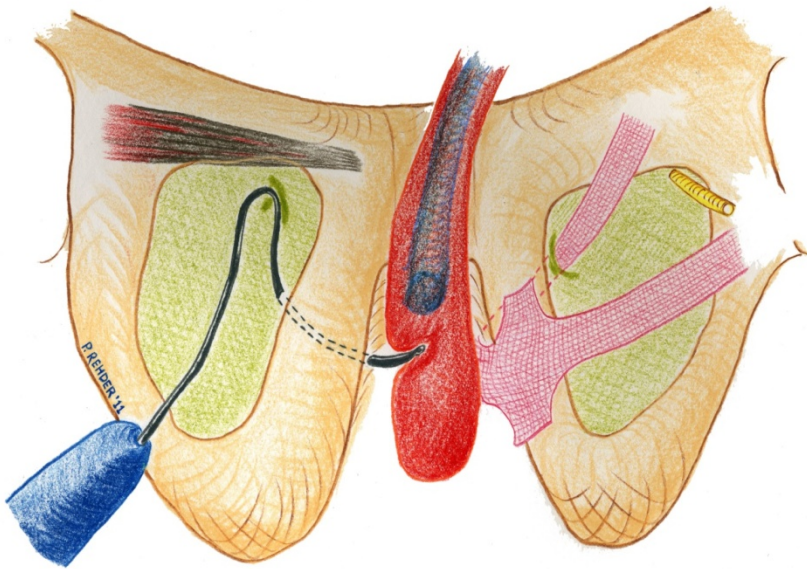
Evidence summary	LE
There is no evidence that bulking agents cure post-prostatectomy incontinence.	2a
There is weak evidence that bulking agents can offer temporary, short-term, improvement in QoL in men with post-prostatectomy incontinence.	3
There is no evidence that one bulking agent is superior to another.	3
Only offer bulking agents to men with mild post-prostatectomy incontinence who desire temporary relief of incontinence symptoms.	C
Do not offer bulking agents to men with severe post-prostatectomy incontinence.	C

Ανδρικά Slings

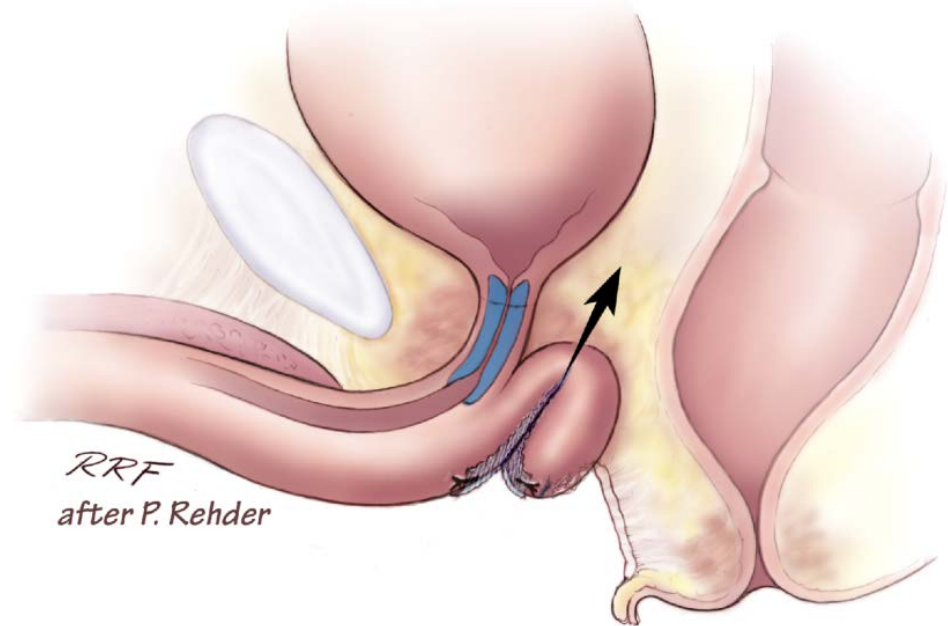
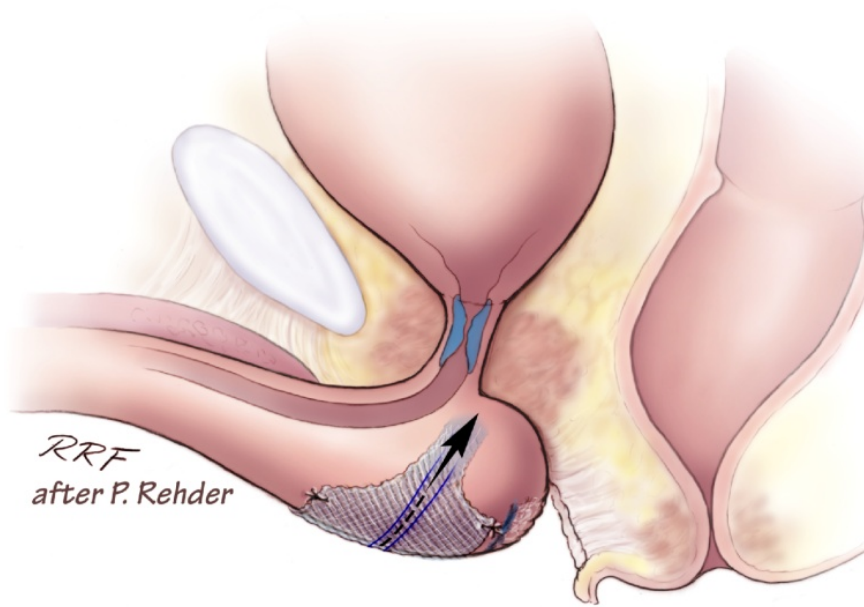
- Σταθερά (AdVance, Virtue, Istop TOMS)
- Ρυθμιζόμενα (Argus, AMI Atoms, Remeex)



AdVance® Male Sling System (American Medical Systems)



1. Sling supports dorsal distal end of sphincteric urethra
2. Retroluminal/ retrourethral position
3. Zone of coaptation/ functional closure is lengthened as result of support



Επιλογή ασθενών

- Ακράτεια προσπάθειας μετά από προστατεκτομή
- Ήπια ως μέτρια
- Χωρίς ακράτεια τη νύκτα
- Εγκράτεια κατά την έγερση από καθιστή θέση







Platinum Priority – Incontinence

Editorial by Giacomo Novara and Vincenzo Ficarra on pp. 146–147 of this issue

Treatment of Postprostatectomy Male Urinary Incontinence With the Transobturator Retroluminal Repositioning Sling Suspension: 3-Year Follow-up

Peter Rehder^a, Francois Haab^b, Jean-Nicolas Cornu^b, Christian Gozzi^c, Ricarda M. Bauer^{d,*}

^a Department of Urology, Medical University, Innsbruck, Austria; ^b Department Urology, TENON Hospital, Paris, France; ^c Department of Urology, Health Agency of South Tyrol, Bressanone, Italy; ^d Department of Urology, Ludwig-Maximilian-University, Munich, Germany

Main outcome (3-yr)

Cured	80 (53.0%)
Improved	36 (23.8%)
<u>Cured+ Improved</u>	<u>116 (76.8%)</u>
Failed	35 (23.2 %)

Results (n= 151 with completed 3 year follow-up)

Stratification by baseline incontinence severity

	Mild/moderate (n = 99)	Severe (n = 52)
Cured	58 (58.6%)	22 (42.3%)
Improved	23 (23.2%)	13 (25.0%)
Fail	18 (18.2%)	17 (32.7%)

p=0.0866

Complications

N (%)

Mild perineal pain	78 (50.0%)
Transient urinary retention	15 (10%)
Mild post-operative dysuria	7 (4.5%)
Perineal haematoma	5 (3.2%)
Urinary tract infection	1 (0.6%)
Superficial wound infection	1 (0.6%)
Urinary urgency	1 (0.6%)
Sling explantation	1 (0.6%)

Stratification by post-operative irradiation

	Yes (n = 22)	No (n = 131)
Cured	4 (18.2%)	57 (43.5%)
Improved	8 (36.4%)	29 (22.1%)
Fail	10 (45.4%)	45 (34.4%)

p=0.0723

EAU GUIDELINES 2017

Offer fixed slings to men with mild-to-moderate post-prostatectomy incontinence.	B
Warn men that severe incontinence, prior pelvic radiotherapy or urethral stricture surgery, may worsen the outcome of fixed male sling surgery.	C

Compressive Devices

- ProACT system
- Τεχνητός σφιγκτήρας

Pro-ACT system

FIG. 2. Penetration of the pelvic floor with a Kelly clamp under fluoroscopic control; K, Kelly clamp perforating the pelvic floor; C, cystoscope sheath, the arrow indicating the level of the pelvic floor.



FIG. 4. A retrograde urethrogram showing the resistance caused by the balloons.

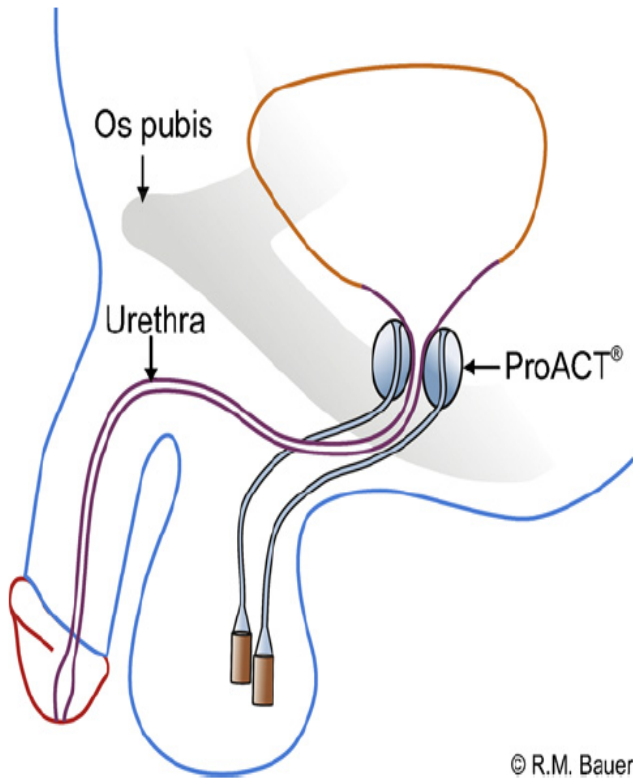


Fig. 6 - ProACT system.

FIG. 3. Applying the balloon (B) using the trocar (T) at the level of the bladder neck (W, wire of the introducer).

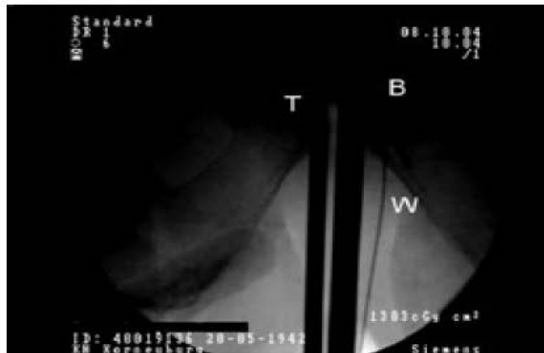


FIG. 5. Percutaneous adjustment of the balloon volume.



and lateral direction (Fig. 2). Using a specially-designed insertion instrument combining a

Αποτελεσματικότητα ProACT™

Authors	Number of patients	Follow- up (mo)	Number of adjustments (balloon refilling)	Postoperative Complications with explantation (uni or bilateral)	Continence 0 or 1 pad/day	Complete Continence
Hubner ²⁴²	117	13 (3-54)	3 (1-15)	46 %	68 % (46/63)	35 % (22/63) (idem at 1 and 2 years)
Trigo-Rocha ²⁴³	23	22 (6-48)	5 (1-6)	17 %	65 % (15:23)	
Hubner ⁴⁸	50 versus 50 (first pts/last pts)	20 vs 23	5 vs 4	58 % vs 24 %	52% vs 60 %	
Cansino Alcaide ²⁴⁴	69	22 (3-48)	2	12 %	70 %	14 %
Kocjancic ²⁴⁵	64	20 (12- 62)	3 (0-8)	17 %		67 %
Lebret ⁵¹	62	6	4	31 %	71 %	30 %
Roupret ²⁴⁷	128	56		18%	68%	66%
Gregori ²⁴⁶	79	25	3.6	8%		66%

Τεχνητός σφιγκτήρας (AUS-800™, AMS)

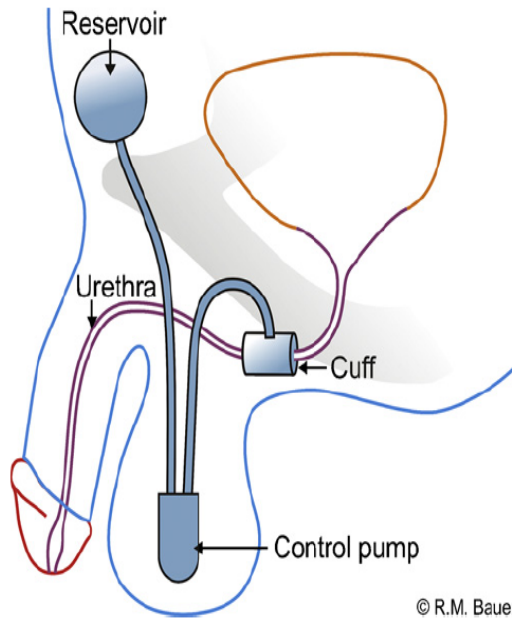


TABLE V. Results of the Artificial Urinary Sphincter in Post-Radical Prostatectomy Incontinence

Refs.	No. of patients	Follow-up (years)	0-1 pad/day (%)
Montague ¹³⁹	66	3.2	75
Perez and Webster ¹³⁷	49	3.7	85
Martins and Boyd ¹⁴⁰	28	2	85
Fleshner and Herschorn ¹⁴¹	30	3	87
Mottet et al. ¹⁴²	96	1	86
Madjar et al. ¹⁴³	71	7.7	59
Klijn et al. ¹⁴⁴	27	3	81
Haab et al. ¹⁴⁵	36	7.2	80
Trigo-Rocha et al. ⁴⁴	40	4.5	90
Kim et al. ¹⁴⁷	124	6.8	82
Lai et al. ¹⁴⁸	218	3.1	69
Goldwasser et al. ¹⁴⁶	42	1.2	82

Fig. 7 - Artificial urinary sphincter, AS-800.

- 59-90% επιτυχία (0-1 πάνα)
- Μακροχρόνια δεδομένα (75% σε 15 έτη)
- Single center case series
- Υψηλά ποσοστά ικανοποίησης (87-90%)
- Αναθεώρηση 8-45%, αφαίρεση 7-17%

EAU Guidelines 2017

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ	GR
AUS σε ασθενείς με μέτρια ως σοβαρή ακράτεια προσπάθειας	B
Η τοποθέτηση AUS και Pro ACT πρέπει να γίνεται σε εξειδικευμένα κέντρα	C
Ακόμα και σε εξειδικευμένα κέντρα ο τεχνητός σφιγκτήρας και το pro ACT εμφανίζουν υψηλά ποσοστά επιπλοκών, μηχανικής αποτυχίας και αφαίρεσης	C
Μην τοποθετείτε Pro ACT σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ΑΚΘ πυέλου	C

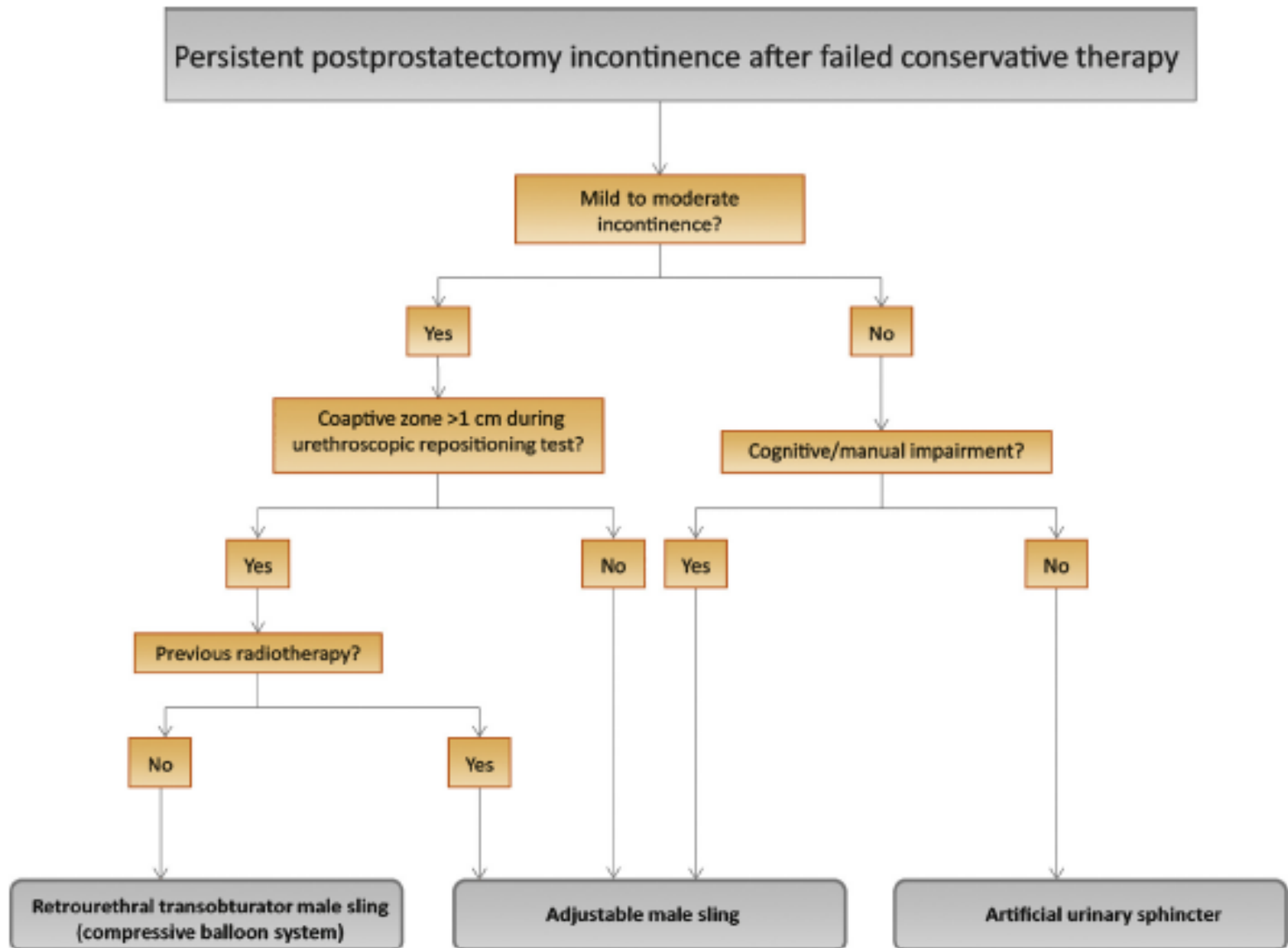
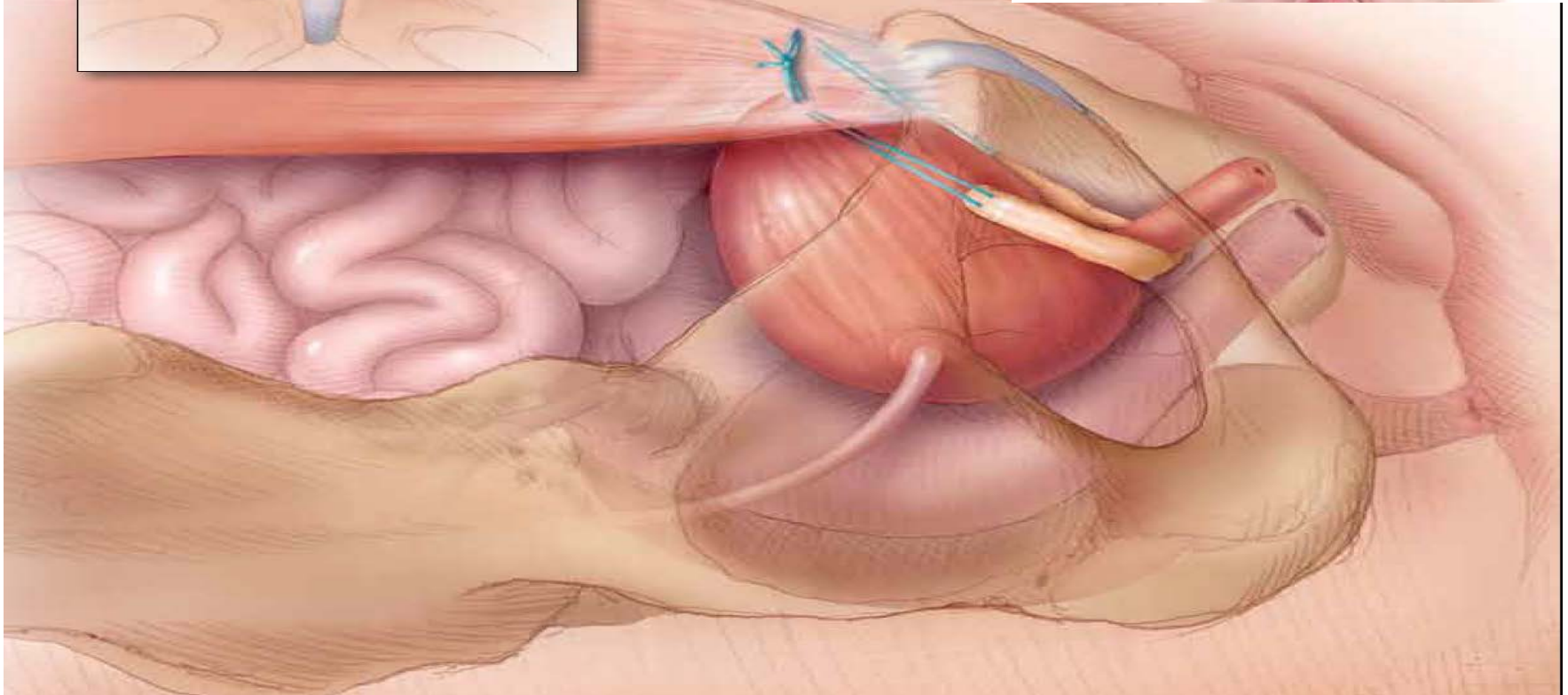
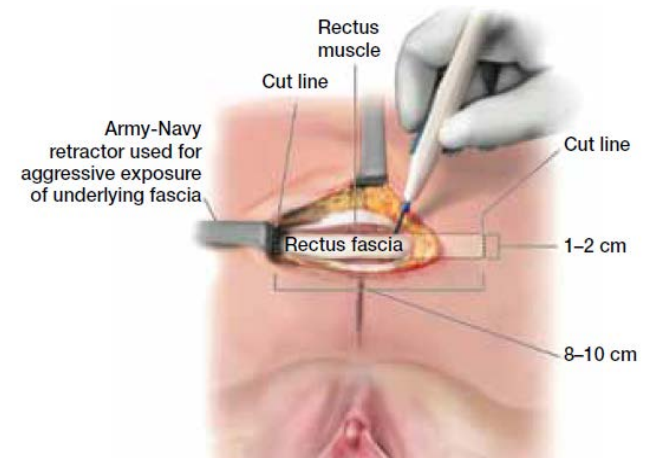
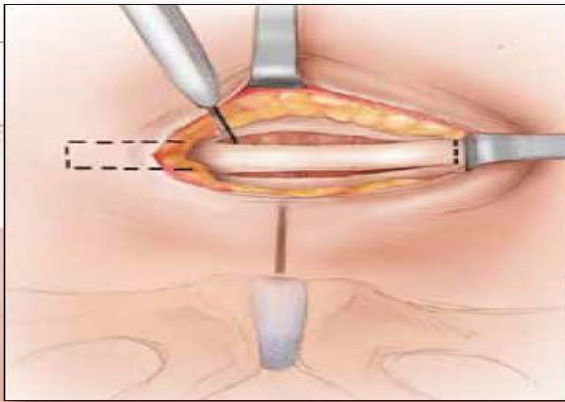


Fig. 2 – Flowchart based on expert opinions indicating different therapeutic approaches for varying clinical conditions.

Αυτόλογα Slings (απονεύρωση ορθού κοιλιακού)

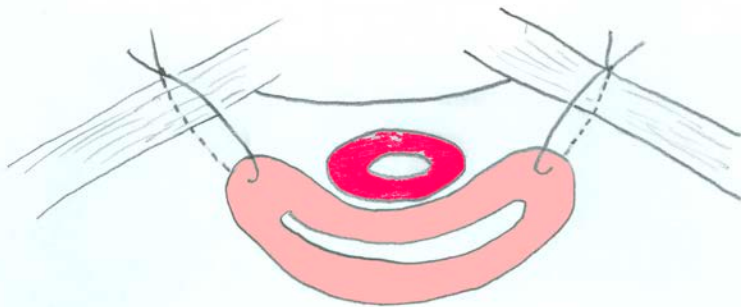
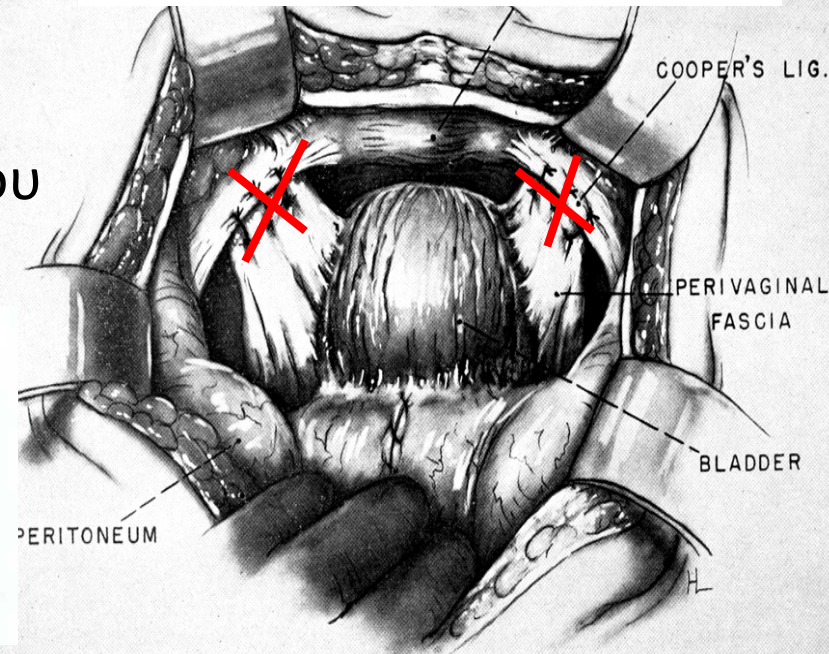


Αυτόλογα Slings (απονεύρωση ορθού κοιλιακού)

- 10 σειρές 1280 γυναίκες με SUI
- mean or median follow-up 2 and 6 years
- maximum follow-up of 15–18 years
- Subjective cure rates 26-97% (median 81%)
- Cure rates (subjective and objective) 73%-95%
- Ικανοποίηση 86% και 92% σε δύο μελέτες

Burch κολποανάρτηση

- σε υπερκινητικότητα της ουρήθρας
- όχι ενδογενή ανεπάρκεια σφιγκτήρα
- όταν απαιτείται και άλλο διακοιλιακό χειρουργείο
- σε συνυπάρχουσα κυστεοκήλη με πλευρικό έλλειμμα
- σε συνυπάρχουσα υπερλειτουργία του εξωστήρα που οφείλεται σε ανατομικό έλλειμμα



Burch κολποανάρτηση

- Υψηλά ποσοστά αποτελεσματικότητας (75-90%) παρόμοια με TVT
- Έκπτωση αποτελεσματικότητας μετά τα 5 χρόνια (63% στα 6 χρόνια, 43% στα 12 χρόνια)
Kjølhede P. , Acta Obstet Gynecol 1994, 2005
- Παρόμοια αποτελεσματικότητα με αυτόλογα slings (LoE 1b)
- Παρόμοια αποτελεσματικότητα ανοιχτής και λαπαροσκοπικής κολποανάρτησης (LoE 1a)
- Αποτελεσματικότητα μετά από 1 αποτυχημένο χειρουργείο (78%) αλλά βραχύ follow-up

Cardozo L 1998