

Γιώργος Δημητριάδης

Συντηρητική (μη φαρμακευτική)
αντιμετώπιση της επιτακτικής
ακράτειας

Επικοινωνία:

Γιώργος Δημητριάδης, Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας,

Α΄ Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ. Γεννηματάς»

Δούσμανη 30, 546 44 Θεσσαλονίκη Τηλ. 2310963346, Fax. 2310992520,

Κινητό 6977414345, e-mail: gdimit@auth.gr

Περίληψη

Η επιτακτική ακράτεια σαν συνέπεια της υπερλειτουργικότητας της κύστης, αποτελεί ένα ιδιαίτερα ενοχλητικό σύμπτωμα, που επηρεάζει αρνητικά την προσωπική και κοινωνική ζωή. Τα συντηρητικά μέτρα που μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της κατάστασης αυτής είναι παρεμβάσεις στον τρόπο και τις συνήθειες της ζωής, επανεκπαίδευση της κύστης, διάφορες μέθοδοι ενεργητικής και παθητικής φυσιοθεραπείας καθώς και ελάχιστα επεμβατικές μέθοδοι, όπως η διέγερση του οπίσθιου περονιαίου νεύρου. Οι μέθοδοι αυτές δίνουν καλά αποτελέσματα χωρίς τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων ή τη νοσηρότητα των επεμβάσεων, απαιτούν όμως τη μακροχρόνια συμμόρφωση του ασθενή.

Λέξεις ευρητηρίου: Επιτακτική ακράτεια, υπερλειτουργική κύστη, συντηρητική θεραπεία

Abstract

Urge incontinence as a result of bladder overactivity is an extremely bothering symptom that deteriorates the quality of life of the patients. Conservative measures include life-style interventions, behavioral treatment ("bladder drill"), active or passive physiotherapy and minimally invasive methods like PTNS. The results of these methods are favorable; they lack the morbidity of surgery and the adverse events of pharmacotherapy, but demand long term compliance to the treatment regimes.

Key words: Urge incontinence, overactive bladder, conservative treatment

Επιτακτικότητα (urgency) είναι το ξαφνικό αίσθημα έπειξης για ούρηση, που είναι δύσκολο ή αδύνατο να αναβληθεί. Όταν αυτό το σύμπτωμα οδηγεί σε ακούσια απώλεια ούρων ονομάζεται επιτακτική ακράτεια (urge incontinence). Η επιτακτικότητα/επιτακτική ακράτεια οφείλονται κυρίως σε ακούσιες συσπάσεις του εξωστήρα κατά την φάση πλήρωσης και εντάσσονται στο σύμπλεγμα συμπτωμάτων, που πρόσφατα ορίστηκε σαν σύνδρομο υπερλειτουργικής κύστης (overactive bladder syndrome).

Τροποποίηση των καθημερινών συνηθειών και του τρόπου ζωής

Παχυσαρκία

Η σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και ακράτειας είναι καλά τεκμηριωμένη. Σε ανασκοπικές μελέτες παρατηρήθηκε ότι γυναίκες με δείκτη μάζας σώματος (BMI) > 25 kg/m² παρουσιάζουν συχνότερα τόσο επιτακτικού τύπου όσο και ακράτεια προσπάθειας, ενώ και σε προοπτικές μελέτες διαπιστώθηκε ότι BMI > 30 kg/m² προδιαθέτει σε εμφάνιση τόσο ακράτειας προσπάθειας όσο και συμπτωμάτων υπερλειτουργικής κύστης. Παρόλα αυτά δεν είναι σαφές αν η απώλεια βάρους (με εξαίρεση την βαρεία παχυσαρκία που υποβάλλεται σε γαστρική παράκαμψη) βελτιώνει την εγκράτεια (1).

Περιορισμός των προσλαμβανομένων υγρών

Αν και με βάση την παθοφυσιολογία της επιτακτικής ακράτειας, είναι λογικό να υποτεθεί ότι περιορισμός των υγρών αναμένεται να μειώσει τα επεισόδια επιτακτικότητας, αυτό τεκμηριώνεται από μία μόνο δημοσιευμένη μελέτη όπου καταγράφεται μείωση της συχνουρίας, της επιτακτικότητας και των επεισοδίων επιτακτικής ακράτειας με περιορισμό των προσλαμβανομένων υγρών για τρεις εβδομάδες (2). Αν και ο περιορισμός των υγρών σε 1-1,5 λίτρο/24ωρο φαίνεται να μειώνει τα συμπτώματα της υπερλειτουργικής κύστης, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους σε συνδυασμό με τροποποίηση των τυχόν χορηγούμενων διουρητικών, δεν πρέπει να παραβλέπεται η πιθανότητα αύξησης των ουρολοιμώξεων.

Καφεΐνη, αλκοόλ και άλλες διαιτητικές συνήθειες

Υπάρχουν αρκετές μελέτες παρατήρησης που συνδέουν την κατανάλωση καφεΐνης > 100 mg/ημέρα με αυξημένη συχνότητα επεισοδίων επιτακτικότητας και επιτακτικής ακράτειας (3). Αυτό επιβεβαιώθηκε και με προοπτικές τυχαίοποιημένες μελέτες σε συνδυασμό όμως και με άλλα συντηρητικά μέτρα όπως αναδιαπαιδαγώγηση της κύστης και ασκήσεις του πυελικού εδάφους, όπου δεν είναι εύκολο να απομονωθεί ο ρόλος της καφεΐνης (1).

Παρόλα αυτά ο περιορισμός της καφεΐνης (στον καφέ ή το τσάϊ) φαίνεται να έχει θετική επίδραση στον περιορισμό των επεισοδίων επιτακτικότητας/ακράτειας.

Πέρα από τη διουρητική του δράση, το αλκοόλ θεωρούνταν ότι ευνοεί την υπερλειτουργική συμπεριφορά της κύστης. Υπάρχει μόνο μία αναφορά που αποσυνδέει την κατανάλωση αλκοόλ από την επιτακτικότητα (4), λείπουν όμως οι προοπτικές μελέτες.

Η κατανάλωση ανθρακούχων ποτών καθώς και το κάπνισμα (4) αναφέρεται να έχει κάποια διεγερτική δράση στον εξωστήρα, με αποτέλεσμα αύξηση της επιτακτικότητας. Αυτό όμως δεν επιβεβαιώθηκε με προοπτικές μελέτες.

Θεραπείες συμπεριφοράς

Η θεραπεία συμπεριφοράς για την υπερλειτουργικότητα της κύστης αναφέρθηκε για πρώτη φορά στις αρχές της δεκαετίας του '60 από τους Jeffcoat και Francis, οι οποίοι πρότειναν την προγραμματισμένη σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα ούρηση και σε κάθε περίπτωση πριν την εμφάνιση της επιτακτικότητας (5). Η θεραπεία επιδιώκει την «επανεκπαίδευση» της κύστης ώστε να αποκατασταθεί ο αποτελεσματικός κεντρικός έλεγχος από τον εγκεφαλικό φλοιό. Η θεραπεία είναι αποτελεσματική και ο ασθενής αποφεύγει τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και την νοσηρότητα των επεμβατικών θεραπειών, αλλά είναι μακροχρόνια και απαιτεί συνεχή ενθάρρυνση και συμμόρφωση του ασθενή, ενώ διακοπή της συνδέεται με υψηλή συχνότητα υποτροπής των συμπτωμάτων (6).

Οι μελέτες, που δημοσιεύτηκαν για την επανεκπαίδευση της κύστης ("Bladder drill") δεν παρουσιάζουν συνέπεια ταξινόμησης και μεθοδολογίας. Σε μία ευρεία ανασκόπηση των μεθόδων συντηρητικής αντιμετώπισης της ακράτειας από τους Berghams et. al. (7) διαπιστώνεται ότι η εκπαίδευση της κύστης είναι σημαντικά αποτελεσματικότερη από την μη θεραπεία, όχι όμως και από τα φάρμακα. Δεν υπάρχουν επαρκείς μελέτες για την αποτελεσματικότητα του συνδυασμού επανεκπαίδευσης με φάρμακα, ασκήσεις πυελικού εδάφους ή βιοανάδρασης (biofeedback).

Φυσιοθεραπεία

Η άσκηση των μυών του πυελικού εδάφους είτε με την ενεργητική της μορφή (ασκήσεις πυελικού εδάφους) είτε με την παθητική (ηλεκτρική και μαγνητική διέγερση) στοχεύει θεωρητικά στην διέγερση του αντανακλαστικού αναστολής του εξωστήρα (detrussor inhibition reflex – DIR) και την καταστολή του αντανακλαστικού της ούρησης, με αποτέλεσμα την μείωση της υπερλειτουργικότητας της κύστης (8).

Ασκήσεις των μυών του πυελικού εδάφους

Οι ασκήσεις των μυών του πυελικού εδάφους (καθιερώθηκαν αρχικά με το όνομα «ασκήσεις Kegel») βελτιώνουν τη στήριξη των οργάνων της ελάσσονος πυέλου έτσι ώστε να διατηρούν τη θέση τους κατά την απότομη αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης. Η θετική επίδραση τους είναι πολλαπλή και επεκτείνεται πέρα από την αναστολή της ανεξέλεγκτης σύσπασης του εξωστήρα, στην ενίσχυση του ελέγχου της σύγκλεισης της ουρήθρας και του μηχανισμού αφόδευσης, την αποφόρτιση της σπονδυλικής στήλης και την βελτίωση της σεξουαλικής λειτουργίας.

Η τεχνική των ασκήσεων, που εφαρμόζονται περισσότερο στην αντιμετώπιση της ακράτειας από προσπάθεια είναι συνοπτική η παρακάτω (9):

- Ζητείται από την ασθενή να «κλείσει» τον πρωκτικό δακτύλιο σαν να ήθελε να αποφύγει την ανεπιθύμητη έξοδο αέρα.
- Στη συνέχεια η ασθενής καλείται να «σφίξει» την ουρήθρα όπως όταν διακόπτει τη ροή των ούρων.
- Ζητείται από τη ασθενή να «σηκώσει» τον πρωκτό και την ουρήθρα και να κρατήσει για το πολύ 10 δευτερόλεπτα.
- Εν συνεχεία να χαλαρώσει για λίγο και να επαναλάβει το ίδιο 10 φορές.
- Κατά την εκτέλεση των ασκήσεων δεν πρέπει να κρατά την αναπνοή, και δεν πρέπει να σφίγγει τους γλουτούς, τους μηρούς και τους μύες της κοιλιάς.
- Δεν συνιστάται η διακοπή της ροής των ούρων γιατί μπορεί να οδηγήσει σε ατελή κένωση της κύστης με συνέπεια ουρολοιμώξεις.

Ως προς την αποτελεσματικότητα των ασκήσεων των μυών του πυελικού εδάφους η σχετική επιτροπή του 3rd International Consultation on Incontinence (2005) προτείνει τα παρακάτω (10):

Η εφαρμογή προγράμματος ασκήσεων του πυελικού εδάφους πρέπει να προτείνεται σαν πρώτη αντιμετώπιση ανεξάρτητα από τον τύπο της ακράτειας (στην προσπάθεια, υπερλειτουργικότητα κύστης, μεικτή) καθώς είναι αποτελεσματική και χωρίς επιπλοκές. Ιδιαίτερα στην υπερλειτουργικότητα της κύστης τα αποτελέσματα ενισχύονται όταν οι ασκήσεις συνδυάζονται με πρόγραμμα επανεκπαίδευσης της κύστης (Level of evidence 1).

Υπάρχουν περιορισμένης έκτασης και αξιοπιστίας ενδείξεις ότι οι ασκήσεις του πυελικού εδάφους μπορεί να υπερέχουν της οξυβουτινίνης, σε βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα, χωρίς να τεκμηριώνεται η μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα (Grade of recommendation B).

Ηλεκτρική και μαγνητική διέγερση

Η ηλεκτρική διέγερση του πυελικού εδάφους εφαρμόζεται με σταθερές ή φορητές συσκευές, μέσω ηλεκτροδίων που εφαρμόζονται στην είσοδο του κόλπου ή στον πρωκτικό δακτύλιο (Εικόνα 1). Δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς την θέση των ηλεκτροδίων, την ένταση και τις κυματομορφές του ηλεκτρικού ερεθίσματος αλλά και τα σχήματα θεραπείας. Συνιστάται όμως εφαρμογή χαμηλής συχνότητας (5-10 Hz) συνεχούς ρεύματος για την αποτελεσματική καταστολή της υπερλειτουργικότητας του εξωστήρα (11).



Εικόνα 1. Φορητή συσκευή ηλεκτρικής διέγερσης του πυελικού εδάφους με κολπικό (αριστερά) και πρωκτικό (δεξιά) ηλεκτρόδιο

Η αποτελεσματικότητα της ηλεκτρικής διέγερσης στην καταστολή της υπερλειτουργικής κύστης φαίνεται ότι υπερτερεί της εικονικής θεραπείας (placebo) απαιτεί όμως μακροχρόνια εφαρμογή (μέχρι και 24 μήνες) για 20-30 λεπτά καθημερινά και καθιστά έτσι δύσκολη έως ανέφικτη τη συμμόρφωση των ασθενών.

Σε αντίθεση με την ηλεκτρική, η μαγνητική διέγερση διεγείρει το πυελικό έδαφος και τις ιερές ρίζες χωρίς ανάγκη τοποθέτησης ηλεκτροδίων. Ο ασθενής κάθεται στην ειδική πολυθρόνα, η οποία φέρει γεννήτρια μαγνητικού πεδίου που επικεντρώνεται στο περίνεο. Σημαντικό πλεονέκτημα της μεθόδου είναι η εφαρμογή της χωρίς ο ασθενής να χρειάζεται να βγάλει τα ρούχα του, ενώ αντίθετα μειονέκτημα είναι η ανάγκη επισκέψεων στο ειδικό εργαστήριο καθώς η ειδική πολυθρόνα είναι ογκώδης και δαπανηρή. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας πιθανώς οφείλεται στην καταστολή της υπερλειτουργικότητας του εξωστήρα με ακαθόριστο προς το παρόν μηχανισμό (11).

Διέγερση του οπίσθιου κνημιαίου νεύρου (PTNS)

Ήδη από τις δύο προηγούμενες δεκαετίες έγινε γνωστό ότι η διέγερση-νευροτροποποίηση (neuromodulation) στο επίπεδο της I3 ρίζας προκαλεί καταστολή της συσταλτικότητας του εξωστήρα. Οι διάφορες μέθοδοι άμεσης παρέμβασης στο επίπεδο της I3 ρίζας αν και αποτελεσματικές είναι επεμβατικές και η συμμόρφωση των ασθενών δεν είναι πάντα πρόθυμη. Με βάση τα θετικά αποτελέσματα αυτών των θεραπειών αλλά την εμπειρία του βελονισμού ο Stoller πρότεινε το 1999(12) την διέγερση της I3 ρίζας σε περιφερικό επίπεδο ευκολότερα προσβάσιμο, όπως είναι το οπίσθιο περονιαίο νεύρο. Αυτό διεγείρεται μέσω λεπτής βελόνης, που τοποθετείται πίσω και λίγο πάνω από το έξω σφυρό (Εικόνα 2) ρεύμα χαμηλής έντασης (≤ 10 mA) και σταθερής συχνότητας 20 Hz.



Εικόνα 2. Σχηματική περιγραφή των σημείων διέγερσης του οπίσθιου κνημιαίου νεύρου στη μέθοδο PTNS



Εικόνα 3. Φορητή συσκευή διέγερσης του οπίσθιου κνημιαίου νεύρου (PTNS).

Το προτεινόμενο σχήμα θεραπείας είναι 12 εβδομαδιαίες συνεδρίες των 30 λεπτών, ενώ φαίνεται ότι είναι απαραίτητες και κάποιες συνεδρίες συντήρησης. Η θεραπεία είναι αρκετά αποτελεσματική, αν ληφθεί υπόψη ότι απευθύνεται σε ασθενείς με υπερλειτουργικότητα «ανθεκτική» στις συντηρητικές και φαρμακευτικές θεραπευτικές επιλογές, με αναφερόμενα ποσοστά μείωσης των επεισοδίων επιτακτικής ακράτειας τουλάχιστο κατά 50% να φθάνουν το 69% των ασθενών (13). Είναι ήδη διαθέσιμη φορητή συσκευή (Εικόνα 3), με την οποία μπορεί ο ασθενής μετά από κατάλληλη εκπαίδευση, να εφαρμόσει τη μέθοδο στο σπίτι αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα συμμόρφωσης.

Βιβλιογραφία

1. Christofi N. and Hextall A.: An evidence-based approach to lifestyle interventions in urogynaecology. *Menopause International* (2007); 13: 154–158.
2. Swithinbank L., Hashim H., Abrams P.: The effect of fluid intake on urinary symptoms in women. *J Urol* (2005); 174:187–9.
3. Tomlinson BU, Dougherty MC, Pendergast JF, *et al.* Dietary caffeine, fluid intake and urinary incontinence in older rural women. *Int Urogynecol J* (1999); 10:22–8
4. Nuotio M, Jylha M, Koivisto A-M, *et al.* Association of smoking with urgency in older people. *Eur Urol* (2001);40:206–12
5. Jeffcoate TN, Francis WJ. Urgency incontinence in the female. *Am J Obstet Gynecol* (1966);94:604–18
6. Sushma Srikrishna, Dudley Robinson, Linda Cardozo and Maria Vella: Management of overactive bladder syndrome. *Postgrad. Med. J.* (2007);83;481-486
7. Berghams LC, Hendriks HJ, De Bie RA, *et al.* Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomised clinical trials. *BJU Int* (2000);85:254–63
8. Ericsen BC. Electostimulation of the pelvic floor in female incontinence. Thesis. Trondheim (Norway): University of Trondheim, 1989.
9. Evans G. Pelvic floor exercises for incontinence. *Womens' Health Medicine* (2005) 2:6:29-30.
10. Wilson PD, Berghmans B, Hagen S, Hay-Smith J *et al.* (Committee 14 Report): Adult conservative management *in* Abrams P, Artibani W, Cardozo L, Khoury S, Wein A: 3rd

International Consultation on Incontinence p. 855-964, Health Publications, Paris 2005.

11. Abrams P, Artibani W, Cardozo L, Khoury S, Wein A: Clinical manual of incontinence in women. p. 52 Health publications, Paris 2005.
12. Stoller ML. Afferent nerve stimulation for pelvic floor dysfunction [abstract]. *Eur.Urol.* (1999)35:132
13. Vandoninck, V., van Balken, M.R., Finazzi-Agró, E., Petta, F., Caltagirone, C., Heesakkers, J.P.F.A., et al.. Posterior tibial nerve stimulation in the treatment of urge incontinence. *Neurourol. Urodyn.*, (2003)22, 17-23.