



Μη νευρογενής συμπτώματα κατώτερου ουροποιητικού ΣΚΟ - LUTS

Μονοσυμπτωματική ενούρηση Χειρουργική Αντιμετώπιση

Επιμέλεια μετάφρασης: Σ. ΔΕΪΡΜΕΝΤΖΟΓΛΟΥ, Β. Κ. ΜΥΤΙΛΕΚΑΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1	ΜΟΝΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΥΡΗΣΗ	2
	1.1 Εισαγωγή	2
	1.2 Διαγνωστική αξιολόγηση	2
	1.3 Θεραπεία	5
2	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	7
	2.1 Συμπέρασμα χειρουργικής αντιμετώπισης του προστάτη αδένα	8
	2.2 Διαχείριση της νυκτουρίας σε άντρες με LUTS	9
	2.3 Ιατρικές καταστάσεις και διαταραχές ύπνου	10
	2.4 Θεραπεία της νυκτουρίας	10
	2.5 Επανάληψος	11

ΜΟΝΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΥΡΗΣΗ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι Κατευθυντήριες Γραμμές της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρείας (EAU) για τα ανδρικά συμπτώματα κατώτερου ουροποιητικού (ΣΚΟ - LUTS) είναι οδηγίες προσανατολισμένες στα συμπτώματα που κυρίως ανασκοπεί τα ΣΚΟ απότοκα Καλοήθους Προστατικής Διόγκωσης (ΒΡΕ) ή Καλοήθους Προστατικής Απόφραξης (ΒΡΟ), Υπερδραστικού Εξωστήρα ή Υπερλειτουργικής κύστης και τη νυκτουρία οφειλόμενη σε νυκτερινή πολυουρία σε άνδρες 40 ετών και άνω. Η πολυπαραγοντική αιτιολογία των ΣΚΟ φαίνεται στην εικόνα 1.

Εικόνα 1: Αιτίες Συμπτωμάτων Κατώτερου Ουροποιητικού στους άνδρες (mLUTS)



1.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Ο υψηλός επιπολασμός και η υποκείμενη πολυπαραγοντική παθοφυσιολογία των ΣΚΟ απαιτούν ακριβή αξιολόγηση τους προκειμένου να παρασχεθεί θεραπεία με βάση τα επιστημονικά στοιχεία. Στόχος της κλινικής εκτίμησης είναι η διαφορική διάγνωση και ο καθορισμός του κλινικού προφίλ. Έχει αναπτυχθεί ένας πρακτικός αλγόριθμος (εικόνα 2).

Συστάσεις για την διαγνωστική αξιολόγηση των mLUTS	LE	GR
Ιατρικό ιστορικό πρέπει να λαμβάνεται σε άνδρες με ΣΚΟ.	4	A*
Ένα επικυρωμένο ερωτηματολόγιο για τη βαθμολόγηση των συμπτωμάτων συμπεριλαμβανομένου της εκτίμησης της QoL θα πρέπει να χρησιμοποιείται κατά την εκτίμηση των ΣΚΟ στους άνδρες και για την επαναξιολόγηση κατά τη διάρκεια και/ή μετά τη θεραπεία.	3	B
Τα διαγράμματα συχνότητας και όγκου ούρησης ή τα ημερολόγια κύστης θα πρέπει να χρησιμοποιούνται στην εκτίμηση των ΣΚΟ στους άνδρες με προεξάρχον σύμπτωμα πλήρωσης ή νυκτουρία.	3	B
Τα διαγράμματα συχνότητας και όγκου ούρησης θα πρέπει να πραγματοποιούνται για διάστημα τουλάχιστον τριών ημερών.	2b	B



Η κλινική εξέταση συμπεριλαμβανομένου της DRE θα πρέπει να είναι ρουτίνα στην εκτίμηση των ΣΚΟ στους άνδρες.	3	B
Η ανάλυση ούρων (με ταινίες εμβάπτισης ή με εξέταση του ιζήματος) πρέπει να χρησιμοποιούνται στην εκτίμηση των ΣΚΟ σε άνδρες.	3	A*
Η μέτρηση του PSA θα πρέπει να εκτελείται μόνο αν η διάγνωση του PCa θα αλλάξει την αντιμετώπιση ή αν το PSA μπορεί να βοηθήσει στην απόφαση σε ασθενείς με κίνδυνο εξέλιξης της ΒΡΕ.	1b	A
Η εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας πρέπει να εκτελείται εάν υπάρχει υποψία για νεφρική βλάβη, με βάση το ιστορικό και την κλινική εξέταση ή σε παρουσία υδρονέφρωσης ή όταν σκεπτόμαστε χειρουργική αντιμετώπιση των ανδρικών ΣΚΟ.	3	A*
Ο υπολογισμός του PVR στους άνδρες με ΣΚΟ θα πρέπει να είναι εξέταση ρουτίνας για την εκτίμησή τους.	3	B
Η ουροροομέτρηση μπορεί να εκτελείται στην αρχική εκτίμηση των ΣΚΟ στους άνδρες και θα πρέπει να εκτελείται πριν από κάθε θεραπεία.	2b	B
Η απεικόνιση του ανώτερου ουροποιητικού συστήματος (με US) στους άνδρες με ΣΚΟ θα πρέπει να εκτελείται σε ασθενείς με μεγάλο PVR, αιματουρία ή ιστορικό ουρολιθίας.	3	B
Όταν εξετάζεται η φαρμακευτική θεραπεία σε άνδρες με ΣΚΟ, η απεικόνιση του προστάτη (είτε με TRUS είτε με διακοιλιακό US) θα πρέπει να εκτελείται εάν βοηθά στην επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου.	3	B
Όταν εξετάζεται η χειρουργική θεραπεία, η απεικόνιση του προστάτη (είτε με TRUS είτε με διακοιλιακό US) θα πρέπει να εκτελείται.	3	B
Η ουρηθροκυστεοσκόπηση θα πρέπει να εκτελείται σε άνδρες με ΣΚΟ προκειμένου να αποκλειστούν, όταν υπάρχει υπόνοια, παθολογίες από κύστη ή ουρήθρα, και/ή πριν τις ελάχιστα επεμβατικές/χειρουργικές θεραπείες εάν τα ευρήματα μπορεί να αλλάξουν τη θεραπεία.	3	B
Η PFS θα πρέπει να εκτελείται μόνο σε μεμονωμένους ασθενείς με ειδικές ενδείξεις πριν την επεμβατική θεραπεία ή όταν δικαιολογείται η ανάγκη εκτίμησης της υποκείμενης παθοφυσιολογίας των ΣΚΟ.	3	B
Η PFS θα πρέπει να εκτελείται σε άνδρες που έχουν υποβληθεί σε προηγούμενη ανεπιτυχή (επεμβατική) θεραπεία για ΣΚΟ.	3	B
Όταν εξετάζεται η επεμβατική θεραπεία, η PFS μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς που δεν μπορούν να ουρήσουν > 150 mL.	3	C
Όταν εξετάζεται η επεμβατική θεραπεία σε άνδρες με ενοχλητικά, προεξάρχοντα ΣΚΟ κένωσης, η PFS μπορεί να εκτελεστεί σε άνδρες με PVR >300 mL.	3	C
Όταν εξετάζεται η επεμβατική θεραπεία σε άνδρες με ενοχλητικά, προεξάρχοντα ΣΚΟ κένωσης, η PFS μπορεί να εκτελεστεί σε άνδρες ηλικίας >80 ετών.	3	C
Όταν εξετάζεται η επεμβατική θεραπεία σε άνδρες με ενοχλητικά, προεξάρχοντα ΣΚΟ κένωσης, η PFS θα πρέπει να εκτελεστεί σε άνδρες με ηλικίας <50 ετών.	3	B
Καμία μη επεμβατική εξέταση για τη διάγνωση της ΒΟΟ στους άνδρες με ΣΚΟ δεν μπορεί να συστηθεί στην παρούσα φάση ως εναλλακτική της σύγχρονης μελέτης πίεσης-ροής.	1a	B

* Αναβαθμίστηκε με βάση την ομοφωνία της Επιτροπής.

ΒΡΕ: Καλοήθης Προστατική Διόγκωση

DRE: Διορθική Δακτυλική Εξέταση

ΣΚΟ: Συμπτώματα Κατώτερου Ουροποιητικού

PCa: Καρκίνος Προστάτη

PFS: Σύγχρονη Μελέτη Πίεσης-Ροής

PSA: Ειδικό Προστατικό Αντιγόνο

PVR: Υπόλειμμα Μετά Την Ούρηση

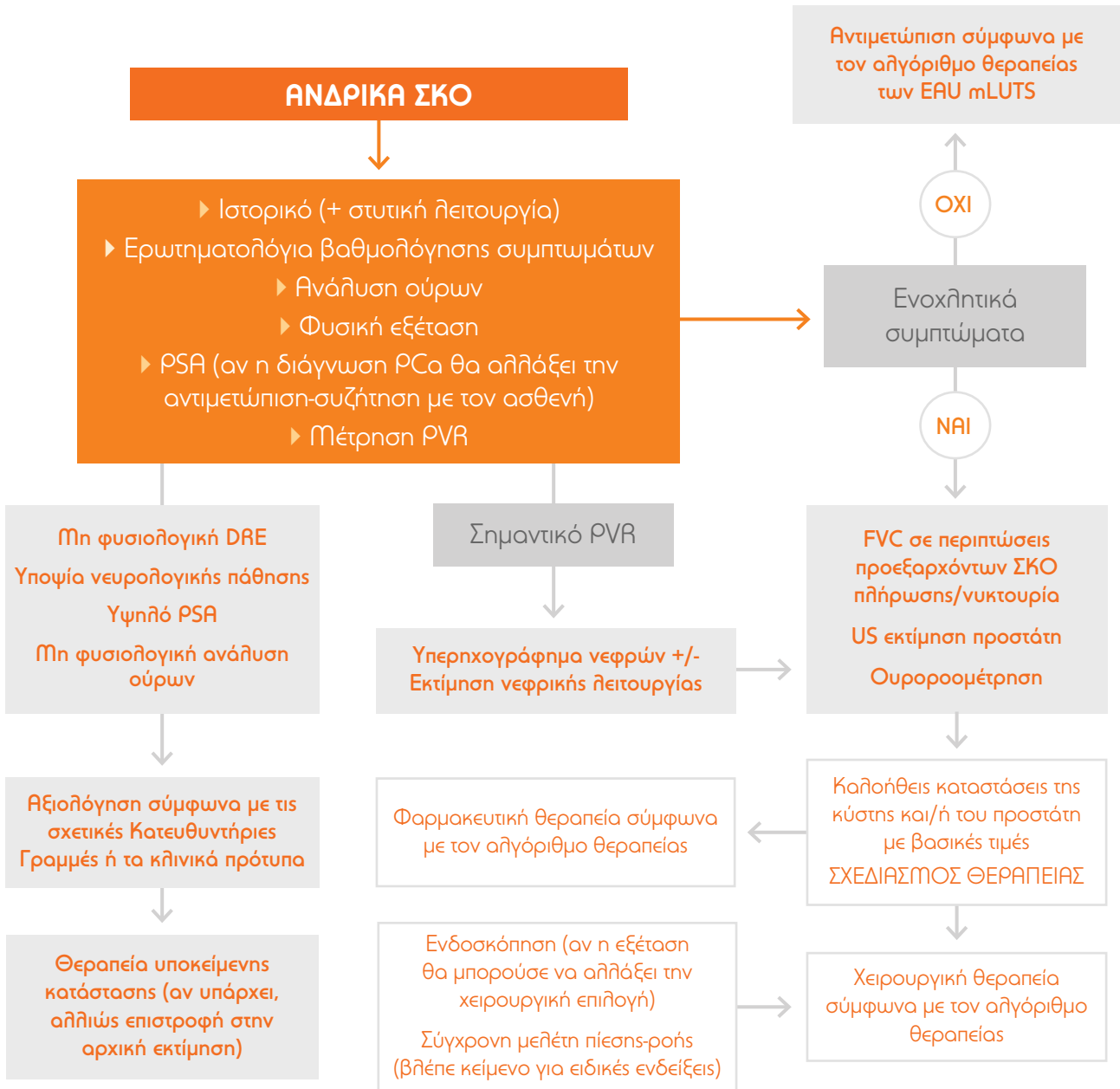
QoL: Ποιότητα Ζωής

TRUS: Διορθικό Υπερηχογράφημα

US: Υπερηχογράφημα

Εικόνα 2: Αλγόριθμος εκτίμησης ΣΚΟ σε άνδρες 40 ετών και άνω.

Στους αναγνώστες γίνεται σοβαρή σύσταση να διαβάσουν το πλήρες κείμενο που τονίζει λεπτομερώς την τρέχουσα θέση της κάθε εξέτασης.



DRE: διορθική δακτυλική εξέταση

FVC: διάγραμμα συχνότητας-όγκου ούρησης

ΣΚΟ: συμπτώματα κατώτερου ουροποιητικού

PCa: καρκίνος προστάτη

PSA: ειδικό προστατικό αντιγόνο

PVR: υπόλειμμα μετά την ούρηση

US: υπερηχογράφημα



1.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1.3.1 Συντηρητική

Η προσεκτική αναμονή είναι κατάλληλη για ήπια προς μέτρια μη επιλεγμένα ΣΚΟ. Περιλαμβάνει εκπαίδευση, καθισμασμό, συμβουλές τρόπου ζωής και περιοδική παρακολούθηση.

1.3.2 Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Το επίπεδο τεκμηρίωσης (LE) και ο βαθμός σύστασης (GR) για την κάθε επιλογή θεραπείας συνοψίζονται παρακάτω.

Συστάσεις για την συντηρητική και φαρμακευτική αντιμετώπιση των mLUTS	LE	GR
Σε άνδρες με ήπια/μέτρια συμπτώματα, που ενοχλούνται ελάχιστα από αυτά, συστήνεται η προσεκτική αναμονή.	1b	A
Σε άνδρες με ΣΚΟ συστήνεται η παροχή συμβουλών τρόπου ζωής πριν ή ταυτόχρονα με τη θεραπεία.	1b	A
Σε άνδρες με μέτρια προς σοβαρά ΣΚΟ συστήνεται η χορήγηση α1-αποκλειστών.	1a	A
Σε άνδρες μέτρια προς σοβαρά ΣΚΟ και μεγεθυμένο προστάτη (>40mL) συστήνεται η χορήγηση αναστολέων 5 ^α -ρεδουκτάσης.	1b	A
Οι αναστολείς 5 ^α -ρεδουκτάσης μπορούν να προλάβουν την εξέλιξη της νόσου σχετικά με την οξεία επίσχεση ούρων και την ανάγκη για χειρουργείο	1b	A
Οι ανταγωνιστές μουσκαρινικών υποδοχέων μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε άνδρες με μέτρια προς σοβαρά ΣΚΟ με κυρίως συμπτώματα πλήρωσης	1b	B
Συστήνεται προσοχή στους άνδρες με υπόλειμμα μετά την ούρηση μεγαλύτερο των 150mL	4	C
Οι PDE5Is μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε άνδρες με μέτρια προς σοβαρά συμπτώματα με ή χωρίς στυτική δυσλειτουργία.	1a	A
Οι β3-αγωνιστές μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε άνδρες με μέτρια προς σοβαρά ΣΚΟ με προεξάρχοντα τα συμπτώματα πλήρωσης	1b	B
Σε άνδρες με μέτρια προς σοβαρά ΣΚΟ και κίνδυνο εξέλιξης της νόσου (π.χ. προστατικός όγκος >40mL) συστήνεται η χορήγηση συνδυαστική θεραπεία με έναν α1-αποκλειστή και έναν αναστολέα 5 ^α -ρεδουκτάσης.	1b	A
Συστήνεται η χρήση συνδυαστικής θεραπείας με έναν α1-αποκλειστή και έναν ανταγωνιστή μουσκαρινικού υποδοχέα σε ασθενείς με μέτρια προς σοβαρά ΣΚΟ εάν η ανακούφιση των συμπτωμάτων πλήρωσης ήταν ανεπαρκής με μονοθεραπεία είτε με το ένα είτε με το άλλο φαρμάκου.	1b	B
Προσοχή στη συνταγογράφηση συνδυαστικής θεραπείας σε άνδρες με υπόλειμμα μετά την ούρηση >150 mL.	2b	B

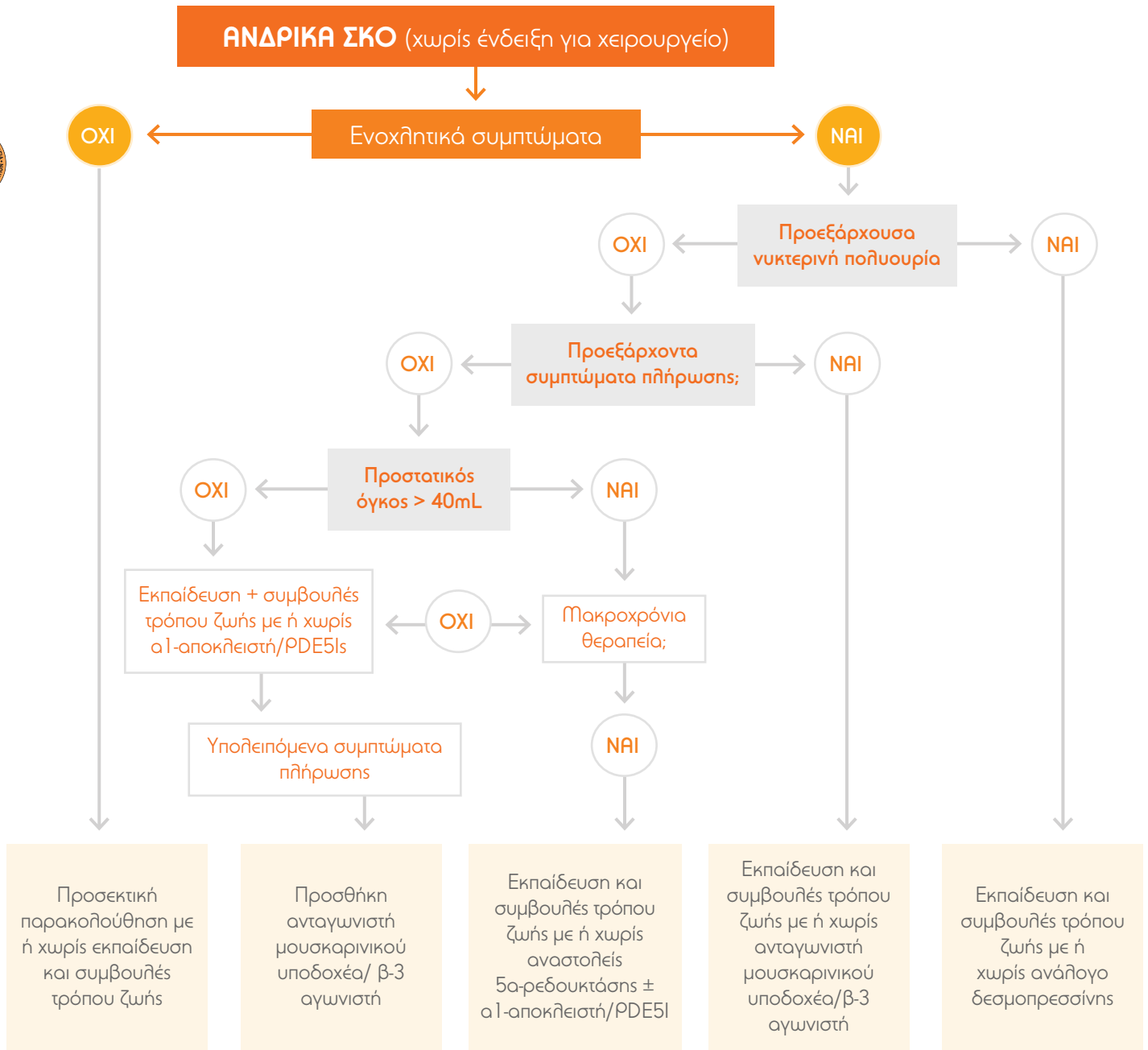
ΣΚΟ: Συμπτώματα Κατώτερου Ουροποικτικού

PDE5Is: Αναστολείς φωσφοδιεστεράσης τύπου 5

1.3.4 Περίληψη συντηρητικής και/ή φαρμακευτικής θεραπείας

Η πρώτη επιλογή θεραπείας είναι η τροποποίηση συμπεριφοράς, με ή χωρίς φαρμακευτική θεραπεία. Στην εικόνα 3 αναπτύσσεται ένα διάγραμμα που περιγράφει τις επιλογές συντηρητικής και φαρμακευτικής θεραπείας σύμφωνα με την εμπειριστατημένη βάση στοιχείων ιατρική και τα προφίλ των ασθενών.

Εικόνα 3: Αλγόριθμος θεραπείας των ανδρικών ΣΚΟ χρησιμοποιώντας φαρμακευτικές και/ή συντηρητικές επιλογές θεραπείας. Οι αποφάσεις για την θεραπεία εξαρτώνται από τα αποτελέσματα της αρχικής αξιολόγησης. Σημειώστε ότι οι προτιμήσεις των ασθενών μπορεί να καταλήξουν σε διαφορετικές θεραπευτικές αποφάσεις.



Η χειρουργική αντιμετώπιση του προστάτη συνήθως είναι απαραίτητη όταν οι ασθενείς έχουν ιστορικό με υποτροπιάζουσα ή εμμένουσα επίσχεση των ούρων, ακράτεια ούρων από υπερπλήρωση, υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις, λιθίαση ή εκκόλλημα ουροδόχου κύστεως, υποτροπιάζουσα μακροσκοπική αιματοουρία ανθιστάμενη στην φαρμακευτική αγωγή ή διάταση του ανώτερου ουροποιητικού συστήματος λόγω καλοήθους προστατικής απόφραξης (BPO), με ή δίχως επηρεασμό της νεφρικής λειτουργίας(απόλυτες ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης). Η χειρουργική αντιμετώπιση συνήθως είναι απαραίτητη όταν οι ασθενείς δεν έχουν επαρκή ανταπόκριση/ανακούφιση από τα LUTS ή το PVR μετά συντηρητική ή φαρμακευτική θεραπεία (σχετική ένδειξη χειρουργείου).

Συστάσεις για την διαγνωστική αξιολόγηση των maleLUTS	LE	GR
Η μονοπολική M-TURP είναι η χειρουργική αντιμετώπιση επιλογής για άντρες με προστάτη 30-80ml και ενοχλητικά μέτρια προς σοβαρά LUTS ως αποτέλεσμα της BPO. Η M-TURP παρέχει υποκειμενική και αντικειμενική βελτίωση ανώτερη της φαρμακευτικής θεραπείας ή των ελάχιστων παρεμβατικών θεραπειών.	1a	A
Η νοσηρότητα της μονοπολικής M-TURP είναι ανώτερη της φαρμακευτικής θεραπείας ή των ελάχιστων παρεμβατικών θεραπειών.	1a	A
Η διπολική B-TURP, επιτυγχάνει βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα συγκρίσιμα με την μονοπολική M-TURP	1a	A
Η διπολική B-TURP παρουσιάζει ασφαλέστερο περιεχειρητικά προφίλ ασφαλείας, συγκριτικά με την μονοπολική M-TURP	1a	A
Η διουρηθρική τομή του προστάτη TUIP, αποτελεί την χειρουργική θεραπεία επιλογής σε προστάτη <30 ml, δίχως μέσο λοβό και ενοχλητικά μέτρια προς σοβαρά LUTS ως αποτέλεσμα της BPO.	1a	A
Η ανοικτή προστατεκτομή (OP) ή η ενδοσκοπική εκπιρήνιση του προστάτη (EEP) με holmium laser ή διπολική εκπιρήνωση αποτελούν την χειρουργική αντιμετώπιση εκλογής σε μεγάλους προστάτες >80 ml με μέτρια ή έντονα LUTS	1a	A
Η ανοικτή προστατεκτομή, έχει μεγάλη χειρητική νοσηρότητα	1b	A
Η TUMT επιτυγχάνει συγκρίσιμη βελτίωση των συμπτωμάτων με την TURP αλλά η TUMT παρουσιάζει χαμηλότερη νοσηρότητα αλλά και μικρότερη βελτίωση της ροής .	1a	A
Η διάρκεια της βελτίωσης των LUTS, είναι προς όφελος της TURP με μικρότερα ποσοστά επανεπέμβασης συγκριτικά με την TUMT	1a	A
Η TUNA είναι μια ελάχιστη παρεμβατική εναλλακτική προσέγγιση με ελαττωμένη νοσηρότητα συγκριτικά με την TURP αλλά και λιγότερο αποτελεσματική	1a	A
Η διάρκεια της βελτίωσης των LUTS, είναι προς όφελος της TURP με μικρότερα ποσοστά επανεπέμβασης συγκριτικά με την TUNA	1a	A
Η HoLEP και 532nm laser εξάχνωση του προστάτη είναι εναλλακτικές της TURP σε άντρες με μέτρια και έντονα LUTS, οδηγώντας σε άμεση υποκειμενική και αντικειμενική βελτίωση συγκρίσιμη με την TURP	1a	A
Τα βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα λειτουργικά αποτελέσματα της 532nm laser εξάχνωσης του προστάτη είναι συγκρίσιμα με την TURP	1b	A
Τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της HoLEP εξάχνωσης του προστάτη είναι συγκρίσιμα με την TURP ή την OP	1b	A
Η εκπιρήνιση με Thulium μπορεί να αποτελεί μια εναλλακτική της TURP και της HoLEP σε άντρες με μέτρια και έντονα LUTS οδηγώντας σε άμεσα και μεσοπρόθεσμα βελτίωση υποκειμενική και αντικειμενική	1b	A
Diode laser επεμβάσεις οδηγούν σε βραχυπρόθεσμη υποκειμενική και αντικειμενική βελτίωση	1b	B
ThuVaRP είναι μια εναλλακτική της TURP σε μικρού και μεσαίου μεγέθους προστάτες.	1b	A
Όσον αφορά την διεχειρητική ασφάλεια και αιμόσταση, τα diode και thulium lasers φαίνεται να είναι ασφαλή	3	C



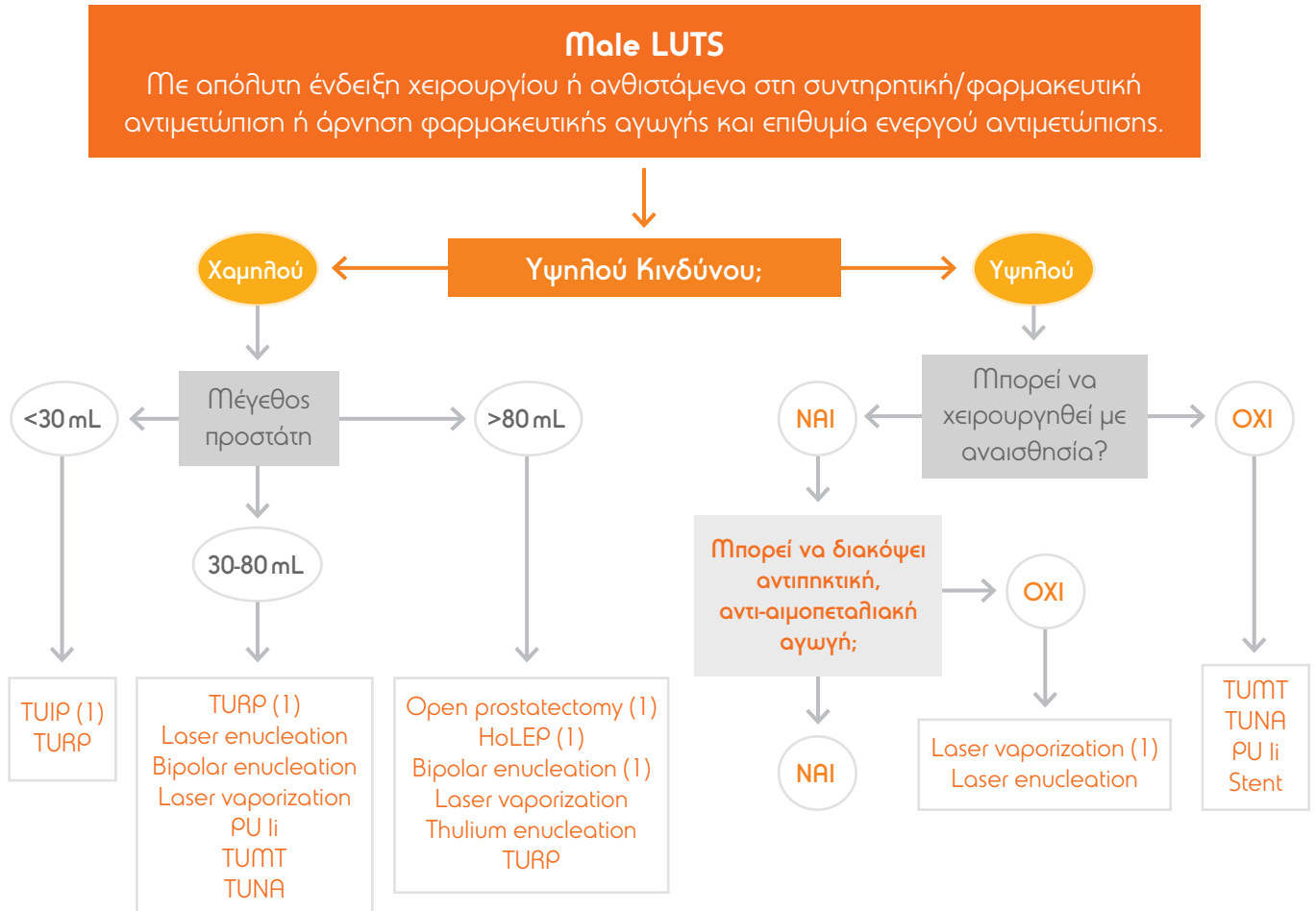
Όσον αφορά την διεχειρητική ασφάλεια η 532nm laser εξαάνωση είναι ασφαλέστερη της TURP	1b	A
Η 532nm laser εξαάνωση θα πρέπει να επιλέγεται σε ασθενείς υπό αντιπηκτική αγωγή ή σε ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου	3	B
Τα stents του προστάτη αποτελούν μια εναλλακτική του μόνιμου καθετήρα κύστεως σε άντρες που δεν δύνανται να χειρουργηθούν	3	C
Η ανέλιξη της προστατικής ουρήθρας (Urolift TM) οδηγεί σε άμεση σε μεσοπρόθεσμη υποκειμενική και αντικειμενική βελτίωση. Απουσιάζουν μελέτες για την μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα της τεχνικής.	1a	B

Συστάσεις για ερευνητικές επεμβάσεις	LE	GR
Η MISIP (ελάχιστη παρεμβατική απλή προσεκτομή) φαίνεται να είναι εφικτή σε άντρες με μεγάλο μέγεθος προστάτη >80 ml και ένδειξη χειρουργικής αντιμετώπισης. Δεδομένου όμως ότι χρειάζονται περισσότερα δεδομένα, η MISIP παραμένει υπό αξιολόγηση	2	B

2.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΑΔΕΝΑ

Η επιλογή της χειρουργικής τεχνικής εξαρτάται από το μέγεθος του προστάτη, τα συνυπάρχοντα νοσήματα, την ικανότητα να υποβληθεί σε αναισθησία και την προτίμηση/επιθυμία του ασθενούς να αποδεχθεί τις σχετιζόμενες με την χειρουργική αντιμετώπιση ανεπιθύμητες ενέργειες, την διαθεσιμότητα των χειρουργικών τεχνικών αλλά και την εμπειρία σε αυτές του κάθε χειρουργού. Η εικόνα 4 παρουσιάζει τις χειρουργικές θεραπευτικές επιλογές σύμφωνα με το προφίλ των ασθενών.

Εικόνα 4: Θεραπευτικός αλγόριθμος αντιμετώπισης των ενοχλητικών και ανθιστάμενων στην συντηρητική / φαρμακευτική αντιμετώπιση LUTS ή σε περιπτώσεις απόλυτης ένδειξης χειρουργείου. Ο αλγόριθμος έλαβε υπόψη και την ικανότητα του ασθενούς να λάβει αναισθησία, τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και το μέγεθος του προστάτη





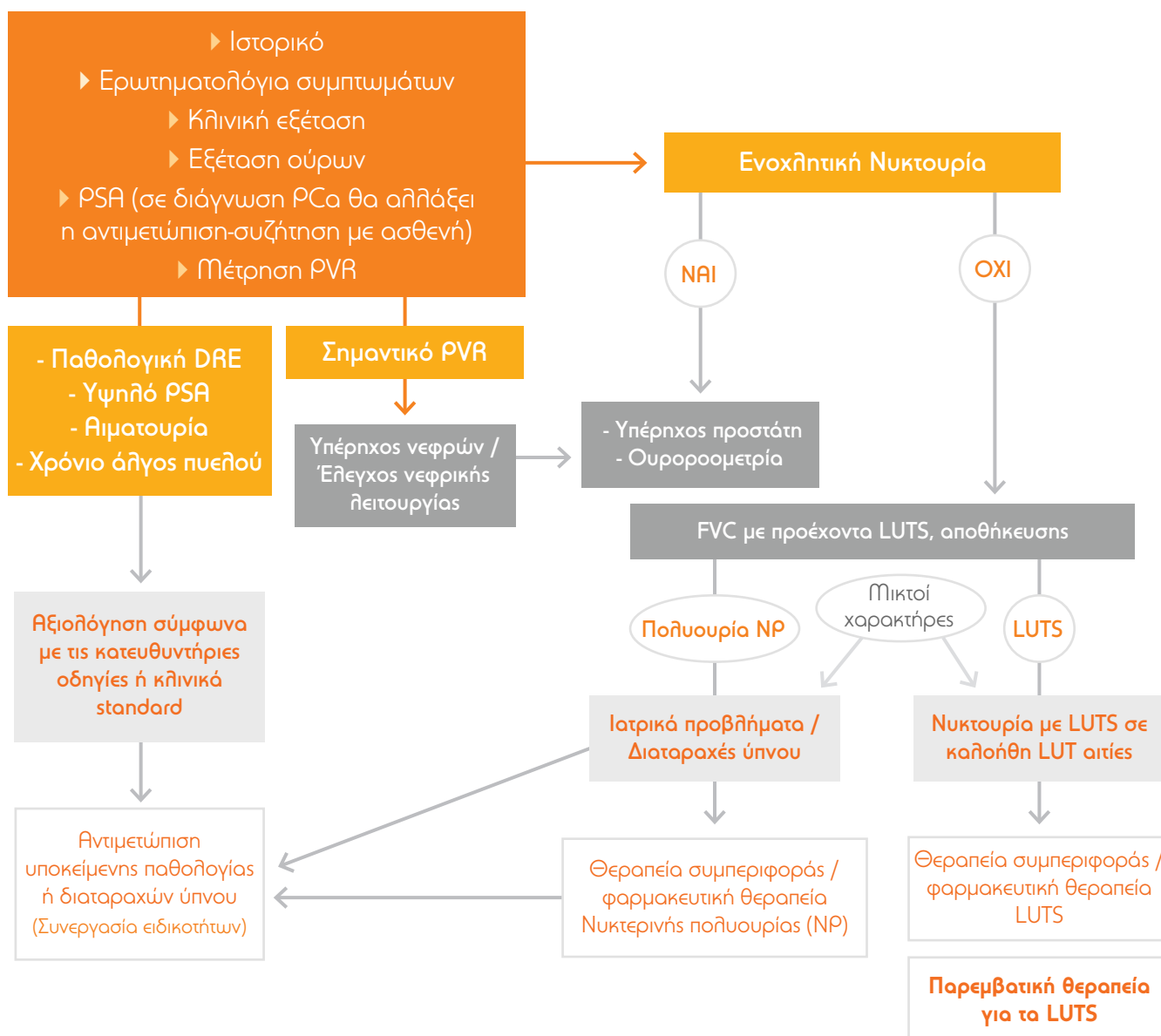
(1) Αντιμετώπιση εκλογής. Οι εναλλακτικοί τρόποι αντιμετώπισης παρουσιάζονται με αλφαβητική σειρά. Σημείωση: Ισχυρή σύσταση οι αναγνώστες να ανασκοπήσουν την πλήρη έκδοση των κατευθυντήριων οδηγιών της EAU προκειμένου να κατανοήσουν την πλήρη θέση της κάθε τεχνικής στην χειρουργική αντιμετώπιση των LUTS. Laser vapourisation includes GreenLight, thulium, and diode lasers vapourisation; Laser enucleation includes holmium and thulium laser enucleation. HoLEP = holmium laser enucleation; TUIP = transurethral incision of the prostate; TUMT = transurethral microwave therapy; TUNA = transurethral needle ablation; TURP = transurethral resection of the prostate.

2.2 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΝΥΚΤΟΥΡΙΑΣ ΣΕ ΑΝΤΡΕΣ ΜΕ LUTS

2.2.1 Διαγνωστική προσέγγιση.

Η αξιολόγηση της νυκτουρίας παρουσιάζεται στην εικόνα 5

Εικόνα 5. Αξιολόγηση της νυκτουρίας σε μη νευρογενή αντρικά LUTS



2.3 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

2.3.1 Συνδυασμένη αντιμετώπιση

Εικόνα 6. Συνδυασμένη αντιμετώπιση της νυκτουρίας, με έμφαση στην ανάγκη διαχείρισης των δυνητικά πολύπλοκων ασθενών σε συνεργασία με άλλες ειδικότητες ιατρών, στα πλαίσια αντιμετώπιση της αιτιολογίας της νυκτουρίας.

Ουρολογική Συμβολή	Συνδυασμένη αντιμετώπιση	Ιατρική Συμβολή
<p>Διάγνωση της LUTS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ουρολογική / LUTS αξιολόγηση - Σκορ συμπτώματος νυκτουρίας - Ημερολόγιο Κύστεως <p>Συντηρητική Αντιμετώπιση θεραπείας συμπεριφοράς</p> <ul style="list-style-type: none"> - Συνήθειες λήψης υγρών/ύπνου - Φάρμακα για LUTS αποθήκευσης - Φάρμακα για LUTS ούρησης - Διαλείποντες αυτοκαθετηριασμοί - Καθετήρας Κύστεως <p>Παρεμβατική Αντιμετώπιση</p> <ul style="list-style-type: none"> - Θεραπεία για ανθιστάμενα LUTS αποθήκευσης - Θεραπεία για ανθιστάμενα LUTS ούρησης 	<p>Συντηρητική Αντιμετώπιση</p> <ul style="list-style-type: none"> - Αντιδιουρητικά - Διουρητικά - Υπναγωγά φάρμακα 	<p>Διάγνωση καταστάσεων που προκαλούν νυκτερινή πολυουρία (NP)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Αξιολόγηση γνωστού ιστορικού ασθενούς - Διερεύνηση για διαταραχές ύπνου - Διερεύνηση για δυνητικές αιτίες πολυουρίας* <p>Αντιμετώπιση</p> <ul style="list-style-type: none"> - Έναρξη αγωγής για νέα διάγνωση - Ρύθμιση αγωγής για γνωστές νόσους <p>ΔΥΝΗΤΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΠΟΛΥΟΥΡΙΑΣ</p> <p>Νεφρολογικά Νοσήματα Σπληνναριακή δυσλειτουργία Συνολική νεφρική δυσλειτουργία</p> <p>Καρδιοαγγειακά Νοσήματα Καρδιολογικά νοσήματα Αγγειολογικά νοσήματα</p> <p>Ενδοκρινολογικά Νοσήματα Διαβήτης σακχαρώδης/άποιος Ορμόνες που επηρεάζουν διούρηση / νατριούρηση</p> <p>Νευρολογικά Νοσήματα Δυσλειτουργία του αυτόνομου Νεύρωση υπόφυσης και νεφρού</p> <p>Αναπνευστικά Νοσήματα Αποφρακτική υπνική άπνοια</p> <p>Βιοχημικά Αίτια Επηρεασμένη ογκοτική πίεση αίματος</p>

2.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΥΚΤΟΥΡΙΑΣ

Συστάσεις για την θεραπεία της νυκτουρίας	LE	GR
Η θεραπεία πρέπει να έχει ως στόχο να διαχειριστεί τους υποκείμενους αιτιολογικούς παράγοντες οι οποίοι μπορεί να είναι θέματα συμπεριφοράς, συστηματικά νοσήματα, διαταραχές του ύπνου, δυσλειτουργία του κατώτερου ουροποιητικού ή και συνδυασμός των ανωτέρω	4	A*
Συζήτηση αλληλάγων του τρόπου ζωής με στόχο την μείωση της νυκτερινής παραγωγής ούρων και τον αριθμό των νυκτερινών ουρήσεων και βελτίωση της ποιότητας του ύπνου	3	A*
Η δεσμοπρεσίνη μπορεί να χορηγηθεί με στόχο την μείωση της νυκτουρίας σε άντρες με νυκτερινή πολυουρία και ηλικία < 65 ετών. Ο έλεγχος για υπονατριαιμία πρέπει να διενεργείται πριν την χορήγηση, κατά την τιτλοποίηση αλλήλ και κατά την διάρκεια της αγωγής	1a	A



α1 - αδρενεργικοί ανταγωνιστές μπορεί να χορηγηθούν σε άντρες με νυκτουρία σχετιζόμενη με συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα	1b	B
Αντιμουσκαρινικά μπορεί να χορηγηθούν σε άντρες με νυκτουρία σχετιζόμενη με την υπερλειτουργική κύστη	1b	B
Αναστολείς της 5α αναγωγής μπορεί να χορηγηθούν σε άντρες με νυκτουρία και μέτρια προς έντονα LUTS με μεγάλο μέγεθος προστάτη (>40 mL)	1b	C
Να μην χορηγούνται PDE-5 αναστολείς για την θεραπεία της νυκτουρίας	1b	B
Μια δοκιμή με προγραμματισμένη διουρητική θεραπεία μπορεί να δοθεί σε άντρες με νυκτουρία λόγω νυκτερινής πολυουρίας. Ο έλεγχος για υπονατρίαμια πρέπει να διενεργείται κατά την έναρξη και κατά την διάρκεια της θεραπείας	1b	C
Παράγοντες που προάγουν τον ύπνο μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να βοηθήσουν στην επιστροφή στον ύπνο στους άντρες με νυκτουρία	2	C

2.5 ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ

2.5.1 Συστάσεις για την στρατηγική παρακολούθησης των ασθενών

- Ασθενείς υπό προσεκτική παρακολούθηση πρέπει να αξιολογηθούν σε 6 μήνες και μετά ανά έτος, εξασφαλίζοντας την μη εξέλιξη των συμπτωμάτων και αποκλείοντας απόλυτες ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης.
- Ασθενείς που λαμβάνουν α1 αδρενεργικούς ανταγωνιστές, αντιμουσκαρινικά, αναστολείς της φωσφοδιεστεράσης τύπου 5 ή συνδυασμούς αυτών πρέπει να επανελέγχονται 4-6 εβδομάδες από την έναρξη της αγωγής.
- Ασθενείς που λαμβάνουν αναστολείς της 5α- αναγωγής πρέπει να επανελέγχονται μετά 12 εβδομάδες και στους 6 μήνες προς διερεύνηση της ανταπόκρισης αλλά και των ανεπιθύμητων ενεργειών.
- Ασθενείς που λαμβάνουν δεσμοπρεσσίνη: Η μέτρηση του νατρίου στον ορό πρέπει να διενεργείται τις ημέρες 3 και 7 και σε έναν μήνα και εάν η συγκέντρωση του νατρίου παραμένει σταθερή μετά ανά τρίμηνο. Το πρόγραμμα παρακολούθησης θα πρέπει να επαναλαμβάνεται από την αρχή σε κάθε αύξηση της δόσης της δεσμοπρεσσίνης.
- Σε ασθενείς με χειρουργική αντιμετώπιση του προστάτη, οι άντρες πρέπει να επανελέγχονται 4-6 εβδομάδες μετά την αφαίρεση του ουροκαθετήρα με στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας αλλά και των ανεπιθύμητων ενεργειών. Εάν οι ασθενείς έχουν ανακούφιση των συμπτωμάτων και δεν έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες περαιτέρω παρακολούθηση δεν χρειάζεται.

Συστάσεις για την παρακολούθηση αντρών με LUTS	LE	GR
Η παρακολούθηση για όλες τις συντηρητικές, φαρμακευτικές ή και χειρουργικές θεραπείες βασίζονται σε εμπειρικά δεδομένα ή θεωρητικές γνώσεις και όχι σε βασισμένες στην τεκμηρίωση μελέτες	3-4	C