

VODIČI ZA URINARNU INKONTINENCIJU

M. G. Lucas, J. L. H. R Bosch, F. Cruz, D. J. M. K. de Ridder,
T. B. Madden, A. Nambiar, A. Neisius, R. S. Pickard, A. Tubaro,
W. H. Turner

Uvod

Ovo džepno izdanje je sinteza važnih kliničkih poruka koje su opisane u kompletnom tekstu. Cilj preporuka je da kliničarima bude jasno šta treba ili ne treba da se radi u praksi. Preporuke su su slobodno napisane u smislu aktivnosti:

- Razmisliti o delovanju, akciji. Ova se reč koristi kada nema dovoljno činjenica da li delovanje imalo benefita ili rizika za pacijenta. Delovanje opciono
- Ponuda delovanja. Ovo se odnosi kada postoje dobre činjenice koje sugerišu delovanje. Ovo je odlična opcija
- Učiniti. Ovo se odnosi kada postoje jake činjenice koje podržavaju delovanje kliničara. Delovanje je obavezno.
- Izbeći delovanje. Ovo se koristi kada postoje činjenice koje ukazuju da delovanje je ili neefikasno ili može pogoršati stanje. Delovanje kontraindikovano.

Panel je pokušao da izbegne narativni tekst i umesto toga predstavljani su algoritmi, incijalni i specijalizovani u tretmanu muškarca i žene sa ne-neurogenom urinarom inkontinencijom (IU)

Preporuke	GR
Uzeti istoriju bolesti koja treba da sadrži sledeće: <ul style="list-style-type: none">• Tip inkontinencije (stres, urgentna ili mešovita)• Vreme i ozbiljnost• Udruženost sa drugim urinarnim simptomima• Akušerska i ginekološka istorija• Komorbiditet• Primena lekova	A*
Fizikalni pregled treba da obuhvati: <ul style="list-style-type: none">• Abdominalni pregled kako bi se uočila uvećana bešika ili abdominalne/pelvične mase• Pregled perineuma• Digitalni vaginalni i rektalni pregled• Proceniti nivo estrogena kod žena• Proceniti spontanu kontrakciju pelvičnog dna	A*
Razmotriti rano upućivanje specijalisti ukoliko postoji: <ul style="list-style-type: none">• UI udružena sa bolovima• Hematurija• Istorija rekurentnih UTI• Prethodna pelvična operacija ili zračenje• Sumnja na postojanje fistule• Bilo koja poteškoća izmokranja• Sumnja na neurološko oboljenje	A*

Dnevnik mokrenja

Preporuke	GR
Dnevnik mokrenja treba koristiti kod UI kako bi se evaluirala disfunkcija mokrenja u kliničkoj praksi i u različitim istraživanjima	A
Dnevnik mokrenja treba voditi 3–7 dana	B

Analiza urina i UTI

Preporuke	GR
Analiza urina treba da bude jedan od prvih pregleda kod pacijenata sa UI	A
Kod pacijenata sa urinarnom inkontinencijom treba lečiti simptomatski UTI	A
Ne treba lečiti asimptomatsku bakteriuriju kod starijih pacijenata u cilju poboljšanja UI	B

Rezidualni volumen nakon mokrenja

Preporuke	GR
Rezidualni urin treba izmeriti ultrazvukom	A
Meriti rezidualni urin kod pacijenata sa UI koji imaju disfunkcije mokrenja	B
Meriti rezidualni volumen nakon mokrenja u cilju procene komplikovane UI	C

Rezidualni urin nakon mokrenja treba pratiti kod pacijenata koji su na terapiji koja može uzrokovati ili pogoršati disfunkciju mokrenja	B
---	---

Urodinamika

Preporuke (ovo se odnosi samo na pacijente koji imaju UI koja nije neurološke prirode)	GR
Lekari koji vrše urodinamiku kod pacijenata sa inkontinencijom treba da: <ul style="list-style-type: none">• Utvrde da je test u skladu sa simptomima pacijenta• Interpretiraju rezultate u skladu sa kliničkim problemom• Urade kontrolu kvaliteta snimanja• Upamte da postoje fiziološki varijabilitet	C
Savetovati pacijente da rezultati urodinamike mogu biti korisni u izboru terapije	C
Ne treba raditi rutinski urodinamiku kod pacijenata koji se konzervativno leče od UI	B
Treba raditi urodinamiku ukoliko se misli da različiti rezultati utiču na izbor hirurškog tretmana	C
Treba raditi urodinamiku pre hirurgije kod UI ukoliko postoje simptomi OAB, ukoliko je postojala prethodna hirurška intervencija ili ako postoji sumnja na otežano mokrenje	C
Ne treba raditi rutinski „urethral pressure profilometry“	C

Pad test

Dobro dizajniran uložak će sadržati i minimalnu količinu urina pa će se zato koristiti za kvantifikaciju inkontinencije. I dalje ne postoji način za izvođenje standardizovanog Pad testa.

Preporuke	GR
Koristiti Pad test kada je neophodna kvantifikacija UI	C
Ponoviti Pad test samo ukoliko je potrebno proceniti ishod lečenja	C

Imidžing

Preporuka	GR
Rutinski ne sprovoditi imidžing gornjeg i donjeg urinarnog trakta kod pacijentkinja sa nekomplikovanom stres inkontinencijom	A

Farmakoterapija

Lekovi za tretman urinarne inkontinencije mogu biti efikasni kod pojedinih pacijenata ali oni imaju neželjene efekte i obično se ne mogu koristiti u dužem vremenskom periodu. Na taj način oni postaju dodatna terapija konzervativnom i hirurškom tretmanu.

Antimuskarinski lekovi daju značajan doprinos u lečenju OAB. Ne postoji konsenzus o tome koji bi se lekovi koristili kao 1, 2, 3 linija tretmana. Optimalna terapija bi trebala da bude individualna u skladu sa komorbiditetom pacijenata, prisutnom terapijom i farmakološkim profilom različitih lekova.

Farmakološki tretman SUI ima za cilj zatvaranje uretre povećanjem kontrakcije mišića i glatkoćom uretre. Pojedini lekovi mogu dovesti do ovog povećanja ali njihova mala efikasnost i/ili neželjeni efekti ograničavaju njihovu primenu. Pošto ne postoji kontrolisana studija koja proučava efekat parasimpatikomimetika ili antagonista $\alpha 1$ adreno receptora na lečenje „overflow“ inkontinencije, koriste se samo empirijska iskustva u izboru lekova. Efekat bilo kog leka za „overflow“ inkontinenciju mora da se proceni poređenjem efekta eliminacije rezidualnog urina (kao osnove za ovaj entitet) pomoću kateterizacije ili hirurgije. Do sada ne postoje podaci koji bi omogućili to poređenje.

Iako postoje dobri dokazi da simptomi i citološke promene urogenitalne atrofije mogu biti reverzibilne upotrebom male doze (lokalno, vaginalno) estrogena, trenutno ne postoje dokazi da estrogeni, sa ili bez progesterona, treba da se koriste u terapiji urinarne inkontinencije, s obzirom da nema direktanog efekata na donji urinarni trakt.

Dezmopresin se dobro toleriše po svim studijama i dovodi do značajnog poboljšanja u poređenju sa placebom u redukciji nokturije i povećanju broja sati mirnog sna. Rizik od hiponatremije (7,6%) izgleda da raste sa godinama, srčanom bolešću, povećanjem volumena 24h urina, što dokazuju rezultati meta analiza.

Tretman UI kod muškaraca

Inicijalna procena kod muškaraca bi trebalo da bude trijaža onih pacijenata sa komplikovanom inkontinencijom koji zahtevaju specijalizovan tretman i onih koji su pogodni za obično lečenje.

Preporuke za inicijalno lečenje UI kod muškaraca	GR
Promena stila ponašanja	NR
Superviziran trening mišića pelvičnog dna kod SUI nastale nakon prostatektomije	B
Isplaniran režim mokrenja za OAB	C
Ukoliko nema dokaza o signifikantnom rezidualnom urinu, antimuskarinski lekovi za OAB simptome, u prisustvu ili bez urgentne inkontinencije	C
α-adrenergički antagonisti (α-blokatori) se mogu dodati ukoliko postoji opstrukcija mokraćne bešike	C

Specijalista može da promeni inicijalni tretman ukoliko proceni da je prethodna terapija bila neadekvatna.

UI kod muškaraca koja je pogodna za hiruršku intervenciju može da se klasifikuje po etilogiji na onu koja je vezana za sfinkter (postoperativna, posttraumatska i kongenitalna), mokraćnu bešiku i fistule.

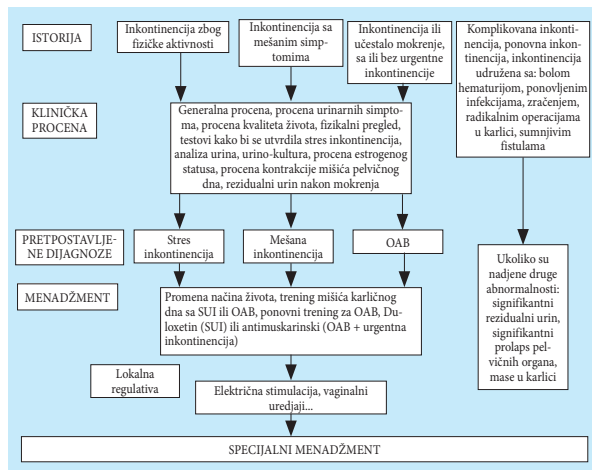
Etiološka klasifikacija hirurški korigovane UI kod muškaraca
Povezane sa sfinkterom
• Post-operativne
• Nakon prostatektomije zbog BPH
• Nakon prostatektomije zbog karcinoma prostate
• Nakon zračenja, brahiterapije, krioterapije, HIFU karcinoma prostate

• Nakon cistektomije i nevezike kod karcinoma mokraćne bešike
Post-traumatska
• Nakon prostato-membranske disrupcije i rekonstrukcije uretre
• Trauma karličnog dna
• Ekstrofija i inkontinentna epispadija
Povezane sa mokraćnom bešikom
• Refraktorna UI (OAB)
• Smanjen kapacitet mokraćne bešike
Fistule

Tretman UI kod žena

Kod žena bi trebalo napraviti trijažu onih pacijenatkinja sa komplikovanom inkontinencijom koje zahtevaju specijalizovan tretman i onih koje su pogodne za obično lečenje.

Inicijalni menadžment urinarne inkontinencije kod žena



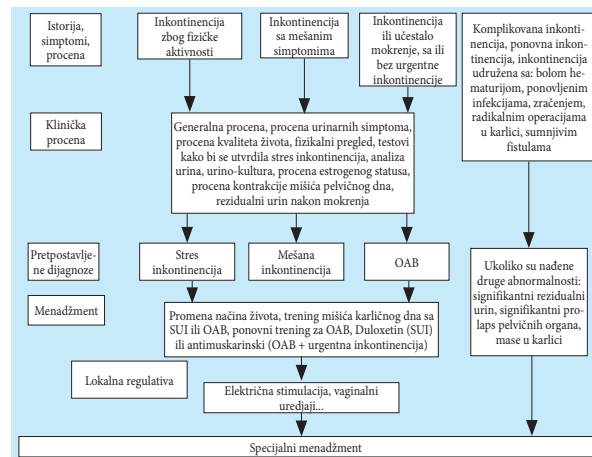
Žene sa komplikovanom inkontinencijom koje su upućene specijalisti obično bi trebalo da budu dodatno testirane kako bi se otkrila eventualno neka druga patologija (treba uraditi npr. citologiju, cisto – uretroskopiju ili imidžing tehnike urinarnog trakta).

Operacija urinarne inkontinencije kod žena	
Hirurške procedure	GR
Prednja kolporafija	NR
Transvaginalna BNS (needle)	NR
„Burch“ procedure: otvorena hirurgija	A

„Burch“ procedure: laparoskopija (samo iskusni laparoskopisti)	B
Paravaginalno	NR
MMK uretroplastika	NR
BN-sling: autologna fascija	A
Sub-uretralni sling TVT	A
„Urethral bulking“ agensi	B

NR – bez preporuka, BNS – suspenzija vrata mokraćne bešike, GR – nivo preporuka, MMK – Marshall-Marchetti-Krantz, BN – vrat bešike

Inicijalni menadžment urinarne inkontinencije kod žena

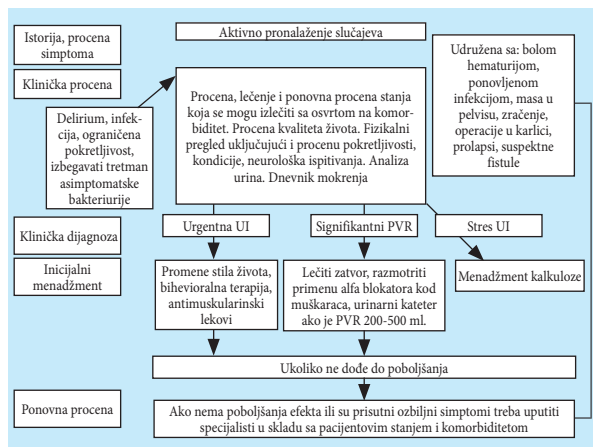


Tretman UI kod osetljivih/starijih muškaraca i žena

Aktivno traganje i skrining za UI treba uraditi obzirom na veliku učestalost UI kod ovih osoba. Većina pacijenata se može adekvatno lečiti korišćenjem algoritama. Kod pojedinih pacijenata je neophodan specijalistički pregled ukoliko imaju bol i hematuriju, komplikovan komorbiditet ili kod pacijenata koji nisu dobro reagovali na inicijalni tretman.

Specijalizovani tretman treba da bude individualan u skladu sa stanjem pacijenta. Godine nisu kontraindikacija za hirurģiju ali se mora načiniti precizno ispitivanje pre procedure. Kod nekih pacijenata jedini mogući ishod je i dalje prisutna UI (npr. ulošci).

Menadžment urinarne inkontinencije kod slabih i starijih žena i muškaraca

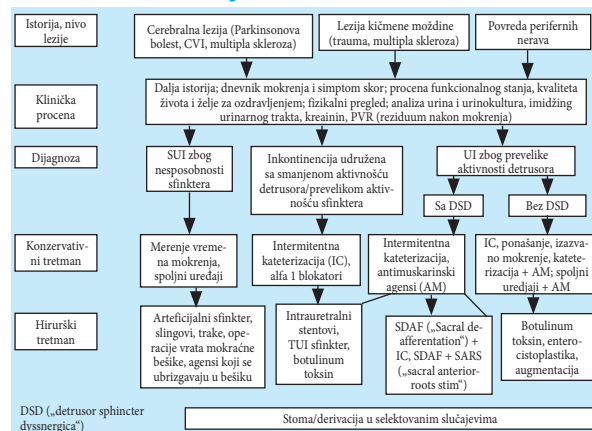


Lečenje neurogene UI

Prezervacija renalne funkcije je jedna od glavnih briga u lečenju ove bolesti zajedno sa uspostavljanjem kontrole mikcije. Socijalni uticaj, nivo onesposobljenosti i QoL moraju se uzeti u obzir. Za detaljnu dijagnozu LUT funkcije kod neuroloških pacijenata, istorija bolesti i fizikalni pregled nisu dovoljni, urođinska evaluacija je neophodna za dijagnozu i prognozu bolesti.

Ako inicijalni empirijski tretman ne uspe rani specijalizovani tretman je indikovani za sve vrste neurogene inkontinencije.

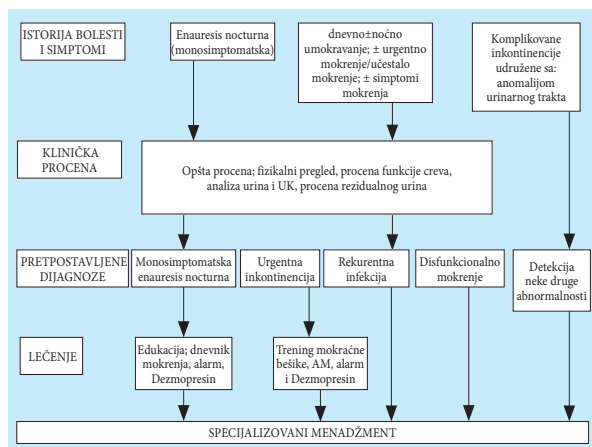
Inicijalni menadžment neurološke urinarne inkontinencije



Terapija UI kod dece

Na osnovu ICCS konsenzusa iz 2006 godine. UI kod dece se definiše kao „umokranje u neadekvatno vreme i na neadekvatnom mestu, kod dece iznad 5 godina starosti“. Enurezis nokturna mora da se razlikuje od UI. Pre dijagnostikovanja UI kao funkcionalne i pre lečenja, neophodno je uraditi pretrage u cilju nalaženja anatomskih anomalija urinarnog trakta.

Inicijalni tretman UI kod dece



Specijalizovan menadžment UI kod dece

