

## **Ακράτεια ούρων από προσπάθεια.**

### **Οδηγός για γυναίκες**

1. Τι είναι ακράτεια ούρων από προσπάθεια;
2. Πώς λειτουργεί η φυσιολογική ουροδόχος κύστη;
3. Αιτίες ακράτειας από προσπάθεια
4. Πώς διαγιγνώσκεται η ακράτεια από προσπάθεια;
5. Ποιές διαγνωστικές εξετάσεις μπορούν να διεξαχθούν;
6. Ποιές είναι οι θεραπευτικές επιλογές;

### **Τι είναι ακράτεια ούρων από προσπάθεια;**

Ακράτεια ούρων από προσπάθεια είναι η ακούσια απώλεια ούρων κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων όπως ο βήχας, το πτέρνισμα, η άρση βάρους, το γέλιο και η άσκηση. Η ακράτεια από προσπάθεια προσβάλλει το 10-20% των γυναικών, πολλές από τις οποίες δε γνωρίζουν ότι υπάρχουν απλές και αποτελεσματικές θεραπευτικές επιλογές. Η ακράτεια από προσπάθεια επηρεάζει την ποιότητα ζωής της γυναίκας ποικιλοτρόπως. Η ακράτεια περιορίζει τις κοινωνικές και προσωπικές σχέσεις καθώς και τις φυσικές δραστηριότητες.

### **Πώς λειτουργεί η φυσιολογική ουροδόχος κύστη;**

Η ικανότητα αποθήκευσης ούρων και ούρησης προϋποθέτει πολύπλοκες λειτουργίες του εγκεφάλου, της ουροδόχου κύστης και της ουρήθρας, των μυών και νεύρων του πυελικού εδάφους.

Κατά τη διάρκεια της παραγωγής ούρων και πλήρωσης της κύστης, ο μυς της κύστης (εξωστήρας) υφίσταται χαλάρωση και διάταση για την αποθήκευση ούρων. Όταν η κύστη γεμίσει μέχρι ένα συγκεκριμένο επίπεδο, η ανάγκη ούρησης (έπειξη) γίνεται αισθητή και όταν υπάρχουν οι κατάλληλες προϋποθέσεις, εγκέφαλος στέλνει σήμα στον εξωστήρα να συσπαστεί και στο σφιγκτήρα της ουρήθρας να χαλαρώσει επιτρέποντας την ούρηση. Η κύστη

απαιτεί κένωση συνήθως 4-8 φορές την ημέρα και μία ή δύο φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας. Η ουρήθρα και η κύστη υποστηρίζονται από τους μυς του πυελικού εδάφους, οι οποίοι συσπώνται κατά το βήχα, το πτέρνισμα και την άσκηση για να αποτρέψουν την απώλεια ούρων. Η αδυναμία των μυών ή η βλάβη της στήριξης της ουρήθρας οδηγεί σε απώλεια ούρων.

### **Αιτίες ακράτειας από προσπάθεια**

Εγκυμοσύνη και κολπικός τοκετός  
Ηλικία – γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από ακράτεια από προσπάθεια.

Παχυσαρκία, χρόνιος βήχας, χρόνια άρση βαρών και δυσκοιλιότητα προκαλούν αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης και επιδεινώνουν την ακράτεια από προσπάθεια.

Γενετικά κληρονομούμενοι παράγοντες

### **Πώς μπορεί ο γιατρός μου να διαγνώσει ακράτεια από προσπάθεια;**

Ο γιατρός θα σας θέσει ερωτήματα σχετικά με δραστηριότητες που προκαλούν απώλεια ούρων και θα σας εξετάσει ώστε να διερευνήσει για άλλα σχετιζόμενα προβλήματα όπως είναι η πρόπτωση μήτρας. Γυναίκες με ακράτεια από προσπάθεια είναι πιθανό να έχουν προβλήματα επιτακτικής ακράτειας (ακράτειας από έπειξη) η ακράτειας κοπράνων ή αερίων. Μη διστάσετε να το αναφέρετε αυτά τα συμπτώματα στο γιατρό σας.

### **Ποιές διαγνωστικές εξετάσεις μπορούν να διεξαχθούν;**

Ο γιατρός σας μπορεί να σας ζητήσει να βήξετε όταν η κύστη είναι πλήρης.

Μπορεί να ζητηθεί να συμπληρώσετε ένα ημερολόγιο λειτουργικότητας της κύστης για με καταγραφή της ποσότητας υγρών που καταναλώνετε, των κενώσεων της κύστης καθώς και του όγκου των ούρων και του ποσού απώλειας ούρων σε επεισόδια ακράτειας.

Ο γιατρός μπορεί να συστήσει ουροδυναμικό έλεγχο για τη διερεύνηση της ικανότητας της κύστης προς πλήρωση και κένωση καθώς και του μηχανισμού και της αιτίας της ακράτειας.

Το υπερηχογράφημα υπολογίζει το ποσό ούρων που κατακρατεί η κύστη μετά την ούρηση και μπορεί να διερευνήσει άλλα αίτια που προκαλούν τα συμπτώματα.

Η εξέταση ούρων διερευνά την πιθανότητα ουρολοίμωξης.

Όλες αυτές οι εξετάσεις συμβάλλουν στην επιλογή της καλύτερης θεραπείας για την κάθε γυναίκα.

### **Ποιές είναι οι θεραπευτικές επιλογές;**

Ο γιατρός σας θα προτείνει την πιο κατάλληλη θεραπεία αλλά αρχικά πιθανόν να προτείνει συντηρητική αγωγή.

### **Αλλαγές του τρόπου ζωής**

Καταναλώνετε αρκετά υγρά ώστε να έχετε κένωση της κύστης 4 έως 6 φορές την ημέρα (συνήθως 1.5 – 2 λίτρα). Η διατήρηση του βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τη σοβαρότητα των προβλημάτων ακράτειας από προσπάθεια. Η πρόληψη αιτίων δυσκοιλιότητας και η διακοπή του καπνίσματος είναι επίσης σημαντική για τη βελτίωση των συμπτωμάτων.

### **Ασκήσεις πυελικού εδάφους**

Οι ασκήσεις πυελικού εδάφους μπορεί να συμβάλλουν αποτελεσματικά στη βελτίωση των συμπτωμάτων. Έως και 75% των γυναικών παρουσιάζουν βελτίωση της ακράτειας με τις ασκήσεις. Τα οφέλη των ασκήσεων πυελικού εδάφους μεγιστοποιούνται εάν αυτές διενεργούνται τακτικά για μεγάλο χρονικό διάστημα. Το μέγιστο όφελος είναι εμφανές μετά 3 έως 6 μήνες τακτικών ασκήσεων. Η παραπομπή σε εξειδικευμένο φυσιοθεραπευτή –τρια και η σωστή επίβλεψη μπορεί να έχει καλύτερο αποτέλεσμα.

Εάν έχετε πρόβλημα με επιτακτική ακράτεια, ο γιατρός μπορεί να συστήσει ασκήσεις εκπαίδευσης της ουροδόχου κύστης.

### **Συσκευές ακράτειας**

Οι συσκευές ακράτειας εισάγονται στον κόλπο και βοηθούν στον έλεγχο της απώλειας ούρων. Μπορούν να εισαχθούν πριν από την άσκηση ή στην περίπτωση κολπικού πεσσού να χρησιμοποιούνται συνεχώς. Σε μερικές γυναίκες η χρήση ταμπόν πριν από την άσκηση βοηθάει στην πρόληψη ή τον περιορισμό της ακράτειας. Αυτές οι συσκευές είναι περισσότερο κατάλληλες για γυναίκες που έχουν μικρού βαθμού ακράτεια ή που βρίσκονται στην αναμονή για οριστική χειρουργική αντιμετώπιση.

### **Έχω κάνει τις ασκήσεις αλλά συνεχίζω να έχω πρόβλημα. Ποια είδη χειρουργικής θεραπείας υπάρχουν;**

Ο σκοπός μίας χειρουργικής επέμβασης είναι να διορθώσει ή να αντιμετωπίσει την αδυναμία υποστήριξης της ουρήθρας. Πολλοί χειρουργοί συμβουλεύουν την αποφυγή της χειρουργικής θεραπείας μέχρι την ολοκλήρωση της οικογένειας, διότι μία εγκυμοσύνη στο μέλλον μπορεί να μειώσει την αποτελεσματικότητα της αρχικής χειρουργικής θεραπείας.

### **Επεμβάσεις με μεσο-ουρηθρικές κολπικές ταινίες**

Πριν το 1993 η θεραπεία της ακράτειας από προσπάθεια περιλάμβανε διακοιλιακή χειρουργική επέμβαση. Η πιο κοινή θεραπεία τώρα αφορά στη χρήση μόνιμης ταινίας που τοποθετείται κάτω από το μέσο της ουρήθρας. Η ταινία λειτουργεί παρέχοντας υποστήριξη στην ουρήθρα κατά το βήχα, φτέρνισμα και την άσκηση. Με μία μικρή τομή στον κόλπο, η ταινία τοποθετείται με συγκεκριμένους τύπους προσπελάσεων.

**Οι οπισθοθηβικές ταινίες** τοποθετούνται κάτω από την ουρήθρα και στη συνέχεια διαπερνούν πίσω από το ηβικό οστό και εξέρχονται διαμέσου 2 μικρών τομών ακριβώς πάνω από το ηβικό οστό.





Οι ταινίες μονής τομής τοποθετούνται κάτω από την ουρήθρα και σταθεροποιούνται στους γύρω ιστούς. Αυτός ο τύπος ταινιών έχει μελετηθεί λιγότερο μέχρι σήμερα.

Στο 80-90% των γυναικών που υποβάλλονται σε επεμβάσεις τοποθέτησης οπισθοβικής ή διαθυροειδικής ταινίας, τα συμπτώματα ακράτειας από προσπάθεια θεραπεύονται πλήρως ή βελτιώνονται. Οι επεμβάσεις τοποθέτησης ταινίας μονής τομής έχουν εφαρμοστεί σχετικά πρόσφατα και τα ποσοστά επιτυχίας μελετώνται. Η επέμβαση αυτή δεν έχει στόχο την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ακράτειας από έπειξη/ υπερδραστήριας κύστης. Έως 50% των γυναικών αυτών παρουσιάζουν βελτίωση των συμπτωμάτων υπερδραστήριας κύστης μετά από επέμβαση εισαγωγής ταινίας, ενώ 5% παρουσιάζουν επιδείνωση των συμπτωμάτων αυτών.

Οι περισσότερες γυναίκες αναρρώνουν από την επέμβαση σε 2 έως 4 εβδομάδες. Μερικές γυναίκες παρουσιάζουν ενοχλήσεις στη βουβωνική χώρα για δύο εβδομάδες. Μικρή απώλεια αίματος κοιλικά για 7-10 μέρες μετεγχειρητικά δεν είναι ασυνήθης

#### Κολποανάρτηση κατά Burch

Για πολλά χρόνια ήταν η κύρια επέμβαση για την αντιμετώπιση της ακράτειας από προσπάθεια.

Πραγματοποιείται με μία τομή 10-12εκ. στην κατώτερη κοιλιακή χώρα (ανοιχτή Burch), ή λαπαροσκοπικά. Η επέμβαση περιλαμβάνει την εισαγωγή 4-6 μονίμων ραμμάτων που αναρτούν τους κολπικούς ιστούς, που βρίσκονται κάτω από την ουροδόχο κύστη, στο πίσω μέρος του ηβικού οστού με σκοπό την υποστήριξη του αυχένα της κύστης και της ουρήθρας και την αντιμετώπιση της ακράτειας. Η ανοιχτή κολποανάρτηση κατά Burch έχει παρόμοια ποσοστά επιτυχίας με αυτά των οπισθοβικών ταινιών σε μακρόχρονες μελέτες. Παρόμοια ποσοστά επιτυχίας παρουσιάζει και η λαπαροσκοπική προσέγγιση όταν γίνεται από εξειδικευμένους χειρουργούς.

#### Ενέσιμοι περιουρηθρικοί διογκωτικοί παράγοντες

Τα υλικά αυτά εισάγονται με ένεση στο σφιγκτήρα της ουρήθρας και αυξάνουν το μέγεθός του. Η δράση τους οφείλεται στη σύγκλιση ή ελάττωση της διαμέτρου του αυλού της ουρήθρας. Διάφορα ενέσιμα υλικά που χρησιμοποιούνται περιλαμβάνουν λίπος και κολλαγόνο. Χρησιμοποιούνται και άλλες ουσίες που παραμένουν στους ιστούς για μακρότερο χρονικό διάστημα. Η ένεση γίνεται με εισαγωγή της βελόνης διαδερμικά παράλληλα με την ουρήθρα, ή διαμέσου της ουρήθρας. Μπορεί να απαιτηθεί αναισθησία αλλά η επέμβαση μπορεί να πραγματοποιηθεί και με τοπική αναισθησία. Η χρονική διάρκεια της επέμβασης είναι συνήθως πολύ σύντομη. Αίσθημα καύσου ή ενόχληση κατά την ούρηση είναι συνήθη μετεγχειρητικά συμπτώματα. Παρότι μερικοί χειρουργοί επιτυγχάνουν καλά αποτελέσματα με την τεχνική αυτή, τα ποσοστά αποτυχίας είναι υψηλότερα συγκριτικά με τις ταινίες. Μερικές φορές απαιτούνται επαναληπτικές ενέσεις. Οι επιπλοκές ποικίλουν ανάλογα με τον διογκωτικό παράγοντα και πρέπει να συζητηθούν με το γιατρό.



Translated by:

Professor Angelos Liapis, Professor of Urogynaecology, Athens Medical School, University of Athens & Stergios K. Doumouchtsis PhD, MRCOG, Consultant Obstetrician, Gynaecologist, RCOG Subspecialist in Urogynaecology, Department of Obstetrics and Gynaecology, Pelvic Reconstructive Surgery and Urogynaecology Unit, Level 4 Lanesborough Wing, St George's Hospital, St George's University of London, Cranmer Terrace SW17 0RE, London, United Kingdom

The information contained in this brochure is intended to be used for educational purposes only. It is not intended to be used for the diagnosis or treatment of any specific medical condition, which should only be done by a qualified physician or other health care professional.