

ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΜΕΤΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ



ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΜΕΤΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ

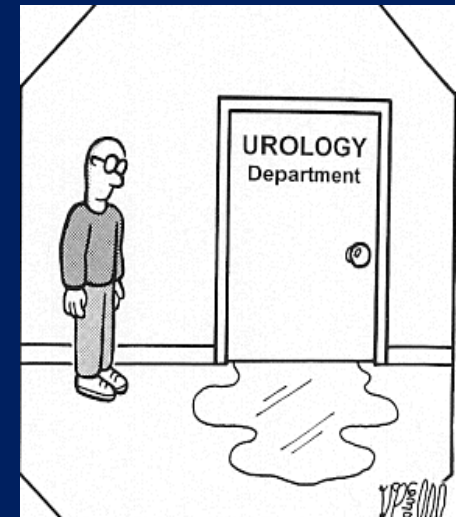
ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ – Conflict of interest:

Κ. ΓΥΦΤΟΠΟΥΛΟΣ: ΚΑΜΜΙΑ

Ι. ΑΔΑΜΑΚΗΣ: *AMS & Coloplast* instructor

Ακράτεια μετά από ριζική προστατεκτομή

- Η συχνότερη ιατρογενής ακράτεια (5 – 48%)
- Το 1^ο έτος συνυπάρχει OAB (77%) και μειωμένη ενδοτικότητα (50%)
- Παράγοντες κινδύνου: Ηλικία κατά το χειρουργείο, BMI, μήκος ουρήθρας, μέγεθος προστάτη, συνοσηρότητα, προεγχειρητική δυσλειτουργία του σφικτήρα ή της κύστης, χειρουργική τεχνική και εμπειρία
- Ο κίνδυνος εμφάνισης ακράτειας δεν σχετίζεται με την τεχνική της προστατεκτομής (radical vs. nss, open vs. laparoscopic vs. robotic)



J Urol. 2010 Mar;183(3):871-7. Epub 2010 Jan 18.

Post-prostatectomy urinary incontinence: a confluence of 3 factors.

Loughlin KR, Prasad MM.

Division of Urology, Department of Surgery, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA.

EAU
European Association of Urology

Review – Incontinence

Contemporary Management of Postprostatectomy Incontinence

Ricarda M. Bauer^{a,*}, Christian Gozzi^b, Wilhelm Hübner^c, Victor W. Nitti^d, Giacomo Novara^e, Andrew Peterson^f, Jaspreet S. Sandhu^g, Christian G. Stief^a

Άνδρας, 62 ετών, γιατρός – αναισθησιολόγος
Υποβάλλεται σε RRP 3/2011
(PSA 8, Gleason 3+4)

$pT_3 \square N_0 M_0 R+$

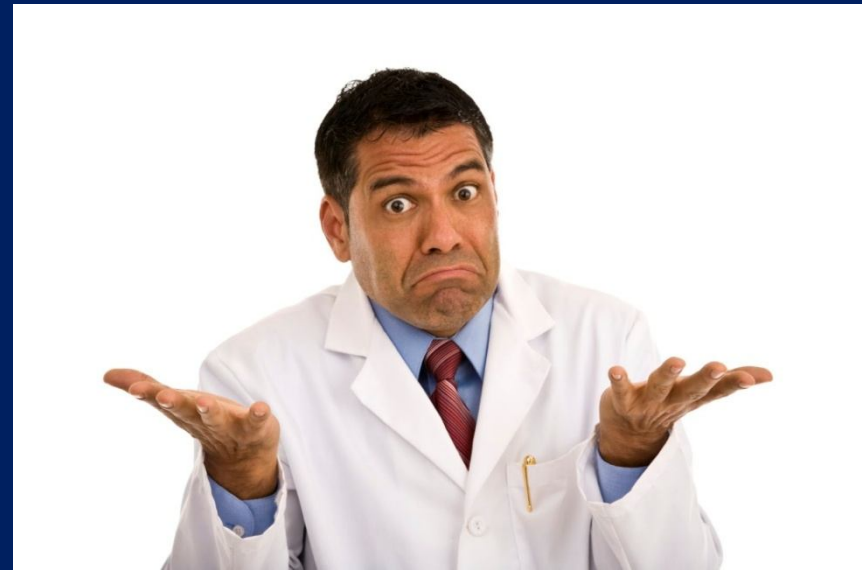


Σύντομα μετά την αφαίρεση του καθετήρα
εμφανίζει **ΗΠΙΑ ΑΚΡΑΤΕΙΑ**
(δεν χρειάζεται πάντα)

- Συχνές ουρήσεις μικρού όγκου
- Ήπια επιτακτική αίσθηση ούρησης, που κάποιες φορές οδηγεί σε απώλειες σταγόνων πριν προλάβει να επισκεφθεί την τουαλέτα.
- Απώλεια σταγόνων στο βήχα /όταν σηκώνεται από την πολυθρόνα

ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΚΑΤ'ΑΡΧΗΝ ΚΑΠΟΙΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ
ΑΜΕΣΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ?

- Ουρηθροκυστεοσκόπηση
- Γενική & κ/α ούρων
- Uroflow & Μέτρηση PVR
- Ουροδυναμική μελέτη



ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΑΛΛΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑ ΣΕ ΠΡΩΤΗ ΦΑΣΗ?

- Ημερολόγιο ούρησης
- IPSS
- AUA symptom index



ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΟΥΡΗΣΗΣ

ΗΜΕΡΑ	ΠΡΟΣΑΡΜΗ ΥΨΗ	ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ					ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΝΥΧΤΕΡΙΝΟΥ ΥΨΙΝΟΥ
1η	10	$\frac{9.00}{190}$ 1715 $\frac{110}{110}$	$\frac{10.30}{120}$ 1900 $\frac{150}{150}$	$\frac{13.00}{110}$ 20.10 $\frac{100}{100}$	$\frac{15.00}{140}$ 22.00 $\frac{120}{120}$	$\frac{16.00}{130}$ 23.30 $\frac{110}{110}$	$\frac{3.00}{190}$
2η	11	$\frac{7.00}{230}$ 19.30 $\frac{220}{220}$	$\frac{8.30}{210}$ 20.30 $\frac{200}{200}$	$\frac{11.00}{170}$ 21.30 $\frac{110}{110}$	$\frac{13.15}{140}$ 11.00 $\frac{160}{160}$	$\frac{16.30}{110}$ 12.00 $\frac{100}{100}$	$\frac{3.30}{150}$
3η	10	$\frac{7.30}{310}$ 14.00 $\frac{90}{90}$	$\frac{10.00}{200}$ 19.30 $\frac{190}{190}$	$\frac{11.00}{80}$ 20.15 $\frac{60}{60}$	$\frac{13.20}{100}$ 21.00 $\frac{110}{110}$	$\frac{15.00}{210}$ 12.00 $\frac{200}{200}$	$\frac{2.30}{300}$

- ΣΥΧΝΕΣ ΟΥΡΗΣΕΙΣ ~ 10
- ΜΙΑ ΝΥΚΤΕΡΙΝΗ
- ΜΕΣΟΔΙΑΣΤΗΜΑΤΑ ~ 2,5 ΩΡΕΣ
- ΧΩΡΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ~ 300 ml

ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΑΛΛΗ ΕΞΕΤΑΣΗ?

- ΚΥΣΤΕΟΣΚΟΠΗΣΗ
- ΚΥΣΤΕΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΥΡΗΣΗ
- ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΥΠΟΛΟΙΠΟΥ ΟΥΡΩΝ
- ΟΥΡΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Residual = 0



ΤΙ ΘΑ ΣΥΝΙΣΤΟΥΣΑΤΕ ΑΡΧΙΚΑ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ?

- Υπομονή (!!!)
- Ασκήσεις πυελικού εδάφους
- Φάρμακα
- Κάποια ελάχιστα επεμβατική παρέμβαση (πχ sling)



Ο ασθενής εμφανίζει **βελτίωση** μετά τους
τέσσερις πρώτους μήνες...
και τελικά μετά από... διαβουλεύσεις
αποφασίζει να υποβληθεί σε
συμπληρωματική ακτινοθεραπεία

(EBRT) 8/2011

και μετά.....βγαίνει σε σύνταξη!!!



Δύο χρόνια μετά την ακτινοθεραπεία.....

- PSA 0,01

- **ΑΚΡΑΤΕΙΑ !**

3-4 πάνες ημερησίως
νυκτερινές ουρήσεις,

πρωινές ουρήσεις ↓ όγκου

ΤΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΧΕΙ Η ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΤΟΥ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΑΥΤΗ ΤΗ ΦΑΣΗ, ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΑ
ΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΗ?

- Mixed incontinence *SUI+OAB*
- OAB wet
- Μετακτινική κυστίτις
- BOO / Στένωμα κυστικού αυχένα / Overflow

ΠΟΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ ΘΑ ΘΕΩΡΟΥΣΑΤΕ ΚΑΤ'ΑΡΧΗΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΕ ΑΥΤΗ ΤΗ ΦΑΣΗ?

- Γενική & κ/α ούρων
- Uroflow & μέτρηση υπολειπόμενων όγκων ούρων (PVR)
- Ουρηθροκυστεοσκόπηση
- Ουροδυναμική μελέτη

Γιατί να κάνω uroflow;

- Φθηνό, άμεσο, μη-επεμβατικό
- Ένδειξη στενώματος/υποκυστικού κωλύματος/OAB
- Ένδειξη κύστης μικρής χωρητικότητας/διατασιμότητας
- Ευρήματα που χρήζουν ουροδυναμικού ελεγχου;

Πρέπει να κάνω uroflow;

- Ενδεικτικό, όχι διαγνωστικό
- Υποκειμενική αναπαραγωγή φυσιολογικής ούρησης
- Low compliance vs. non-full bladder;

Adult Urodynamics, AUA/SUFU Guidelines 2012

The value of uroflow in evaluating LUTS in men; ten years of experience, Manu-Marin et al., 2009

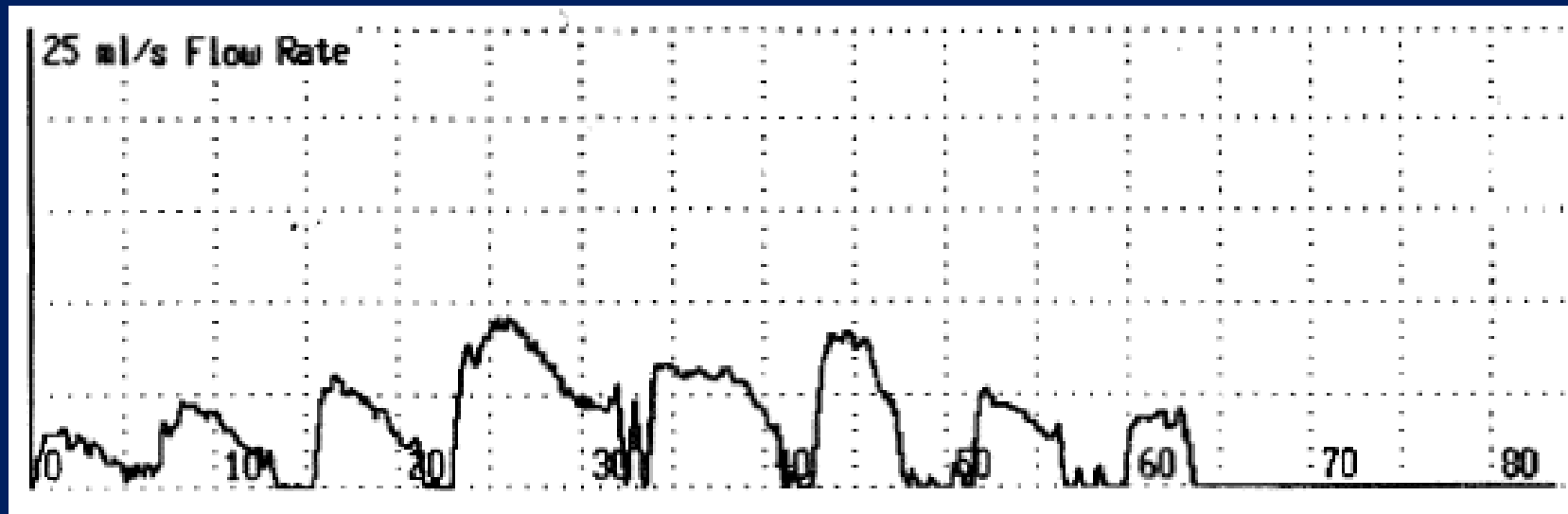
OAB in the male patient: Etiology, Evaluation and Treatment, Jaffe et al., 2005

Να μετρήσω PVR μετά το uroflow;

- **Υψηλό PVR**

- Άτονη κύστη/DU
- BOO
- OAB
- BOO ↔ OAB

Αξιολόγηση συνδυασμού
uroflow+PVR+voiding diary



PVR: ~ 200 ml

Χρειάζεται καλλιέργεια ούρων;

- Σε πολύ μικρό ποσοστό μόνη εκδήλωση η ακράτεια
- Επιτακτική κυρίως ακράτεια, γυναίκες, οξεία φάση

Επαναξιολόγηση μετά από αντιμετώπιση τυχόν UTI

ΠΡΟ- «ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ» ΕΛΕΓΧΟΣ...

Η κ/α ούρων βγαίνει (-).....



Μήπως τελικά χρειάζεται ουροδυναμικός έλεγχος;

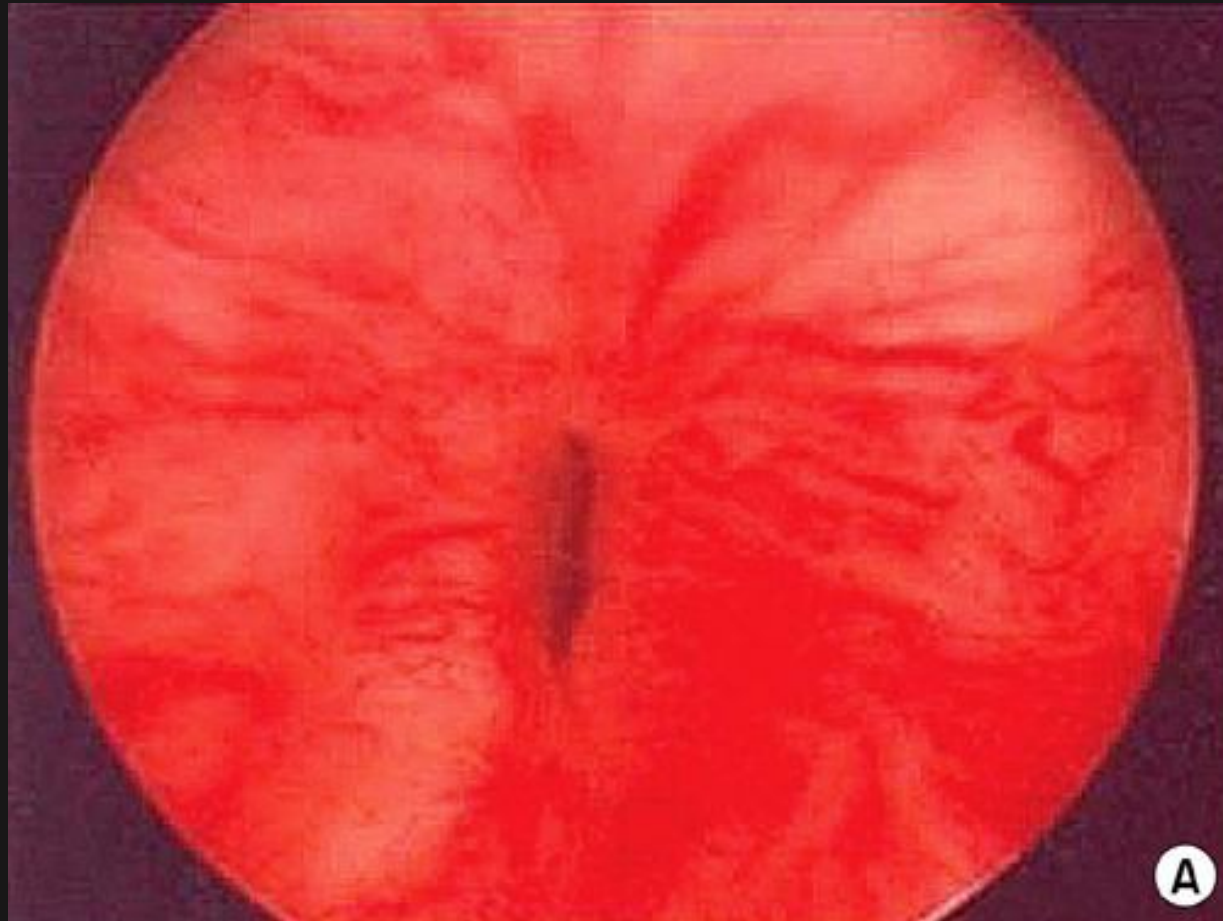
- Επεμβατική μέθοδος
- Εξειδικευμένη μέθοδος, υλικοτεχνικός εξοπλισμός /τεχνογνωσία

- Διάγνωση OAB
- Διάγνωση SUI
- Διάγνωση mixed incontinence
- Διάγνωση DU
- Αξιολόγηση compliance
- Διάγνωση BOO;
- Διάγνωση στενώματος ουρήθρας;

Αν κάναμε ουρηθροκυστεοσκόπηση;

- Επεμβατική μέθοδος
- Αξιολόγηση ουρήθρας (στένωμα)
- Αξιολόγηση σφιγκτήρα
- Αξιολόγηση αυχένα ουροδόχου
- Αξιολόγηση ουροδόχου (TSS, ακτινική κυστίτις)

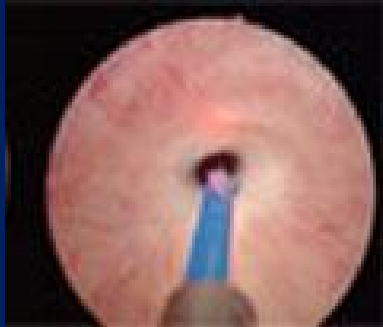
Είναι όμως απαραίτητη;
(ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ...)



ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΞΕΡΟΥΜΕ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΚΑΘΕ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ / ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

- **ΚΛΙΝΙΚΗ** διάγνωση **SUI** ισότιμη της **ΟΥΡΟΔΥΝΑΜΙΚΗΣ**
- **Uroflow+PVR δεν** αυξάνει την **αξιοπιστία** της **ΚΛΙΝΙΚΗΣ** διάγνωσης της **SUI**
- **NO CONSENSUS** στον τρόπο διερεύνησης της **SUI**
- Αξιολόγηση πιθανότητας συνύπαρξης **κύστης μικρής διατασιμότητας /OAB/DO/DU**
- Διερεύνηση αποκλεισμού πιθανών συνυπαρχόντων καταστάσεων **ΕΠΙ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ**
- **Desire to treat !**

Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΔΙΑΤΟΜΗ ΣΤΕΝΩΜΑΤΟΣ ΜΕ Holmium laser ΥΠΟ ΡΑΧΙΑΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ.....



**ΚΑΙ Η ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΤΟΥ ΕΠΙΤΕΙΝΕΤΑΙ.....
3-4 πάνες την ημέρα!**

- Απώλεια στο βήχα, έγερση...
- Οριακά προλαβαίνει στην τουαλέτα
- ΥΤΙ (-) ΡΥΡ (-)



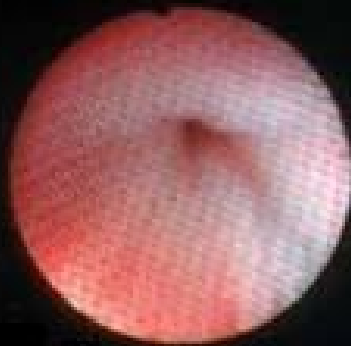
ΤΙ ΘΑ ΠΡΟΤΕΙΝΑΤΕ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΤΩΡΑ ΩΣ ΕΠΟΜΕΝΟ ΒΗΜΑ ?

- ΚΥΣΤΕΟΣΚΟΠΗΣΗ
- ΕΝΑΡΞΗ ΑΣΚΗΣΕΩΝ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ
- ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΣΦΙΓΚΤΗΡΑ
- ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΑΙΝΙΑΣ
- ΕΝΑΤΞΗ ΑΝΤΙΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

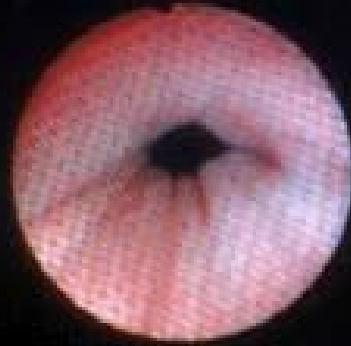


ΟΥΡΗΘΡΟΚΥΣΤΕΟΣΚΟΠΗΣΗ

ΣΕ ΗΡΕΜΙΑ



VALSALVA-ΒΗΧΑ



ΕΚΟΥΣΙΑ ΣΥΣΠΑΣΗ





Θεραπευτική προσέγγιση

- **Συσκευές ακράτειας**
 - Συσκευές πείκης συμπίεσης
 - Πείκοι καθετήρες
 - Καθετήρες ουρήθρας
 - Pads
- **Φυσιοθεραπεία**
 - PFT
- **Φαρμακευτική**

Συντηρητική
(φαρμακευτική και μη)

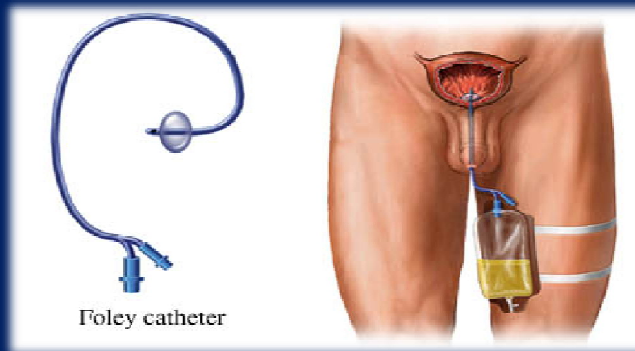
- **Injectables/Bulking agents**
 - Collagen (Contigen), carbon coated beads (Durasphere), ethylene-vinyl-alcohol copolymer (Uryx), calcium hydroxyapatite (Coaptite), silicone (Macroplastique), hyaluronic (Implacer), polyacrylamide (Bulkamid), Teflon, autologous fat
- **Tapes and slings**
 - InVance, AdVance, AdVanceXP
 - Virtue
 - Remeex Male Readjustable System
 - ARGUS
 - ATOMS
- **Συσκευές πίεσης**
 - ProAct
- **Τεχνητός σφιγκτήρας/AUS**
 - AMS 800

Χειρουργική

ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ

Πεολαβίδες, καθετήρες κύστεως, πείκοί καθετήρες, πάνες ακράτειας

- Ελαφρές μορφές ακράτειας ή σε ασθενείς με πολλαπλά προβλήματα
- Προσωρινή λύση, αλλαγή ποιότητας ζωής
- Πόνος, τοπικό οίδημα, διάβρωση ουρήθρας, ουρολοιμώξεις, λιθίαση,



Ασκήσεις πυελικού εδάφους

- Διφορούμενα αποτελέσματα σε ακράτεια μετά από προστατεκτομή
- Μικρό όφελος σε σοβαρή ακράτεια
- Χωρίς μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα



Earlier reaching of continence level

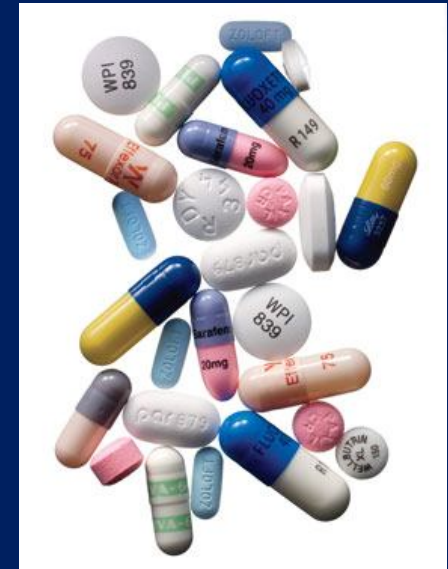
Van Kampen et al., 2000

Burgio et al., 2006

Moore et al., 1999

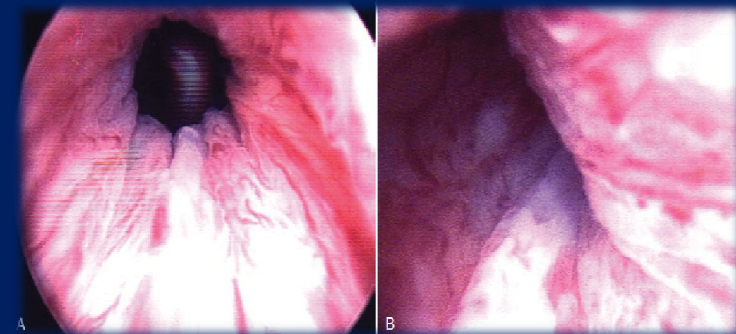
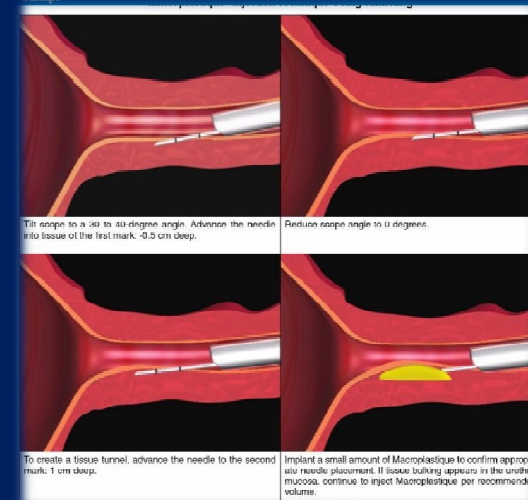
Φαρμακευτική αντιμετώπιση

- Επιτακτικότητα/επιτακτική ακράτεια
- De novo επιτακτικότητα με ή χωρίς DO
- Αντιμουςκαρινικά με ή χωρίς α -blockers, κυρίως σε OAB/OAB+urgency/OAB+BOO
- Ανεπιθύμητες ενέργειες
- Συνδυασμός με PFT



ΠΕΡΙΟΥΡΗΘΡΙΚΕΣ ΕΓΧΥΣΕΙΣ ΟΓΚΩΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- Βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα, επαναληπτικές εγχύσεις, ↓ αρχικού ενθουσιασμού
- Φλεγμονώδεις αντιδράσεις, μετανάστευση, “frozen urethra”



Kylmala et al., 2003
Martins et al., 2007
Westney et al., 2005

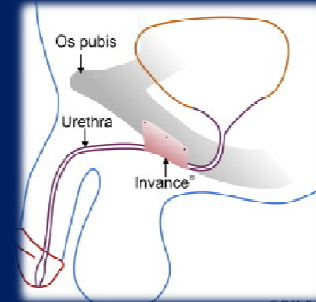
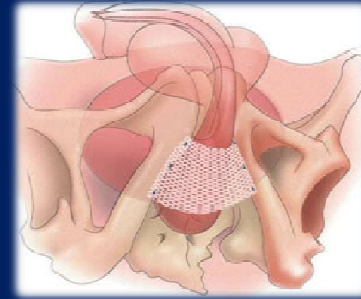
ΑΝΔΡΙΚΕΣ ΤΑΙΝΙΕΣ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ

- Σε ασθενείς με SUI ήπιας έως μέτριας βαρύτητας, ακτινοθεραπεία αποτελεί σχετική αντένδειξη στην εφαρμογή τους (GR: C, LE: 3)
- Η επιτυχία τους κυμαίνεται στο 58% (?)
- Αυτόματη ούρηση χωρίς χειρισμούς και κουμπάκια
- Άμεση αξιολόγηση αποτελεσματικότητας
- Συμπίεση ουρήθρας *κοιλιακά* (ventrally)

ΤΑΙΝΙΕΣ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

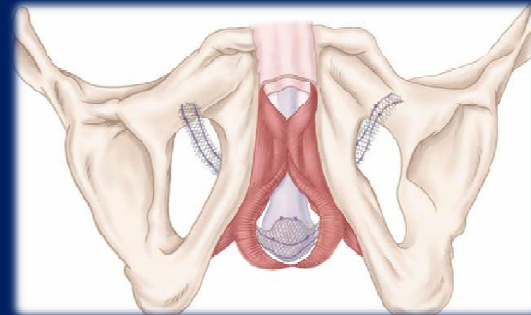
ΣΤΑΘΕΡΕΣ

ΚΑΘΗΛΩΜΕΝΕΣ ΣΤΑ ΟΣΤΑ InVance

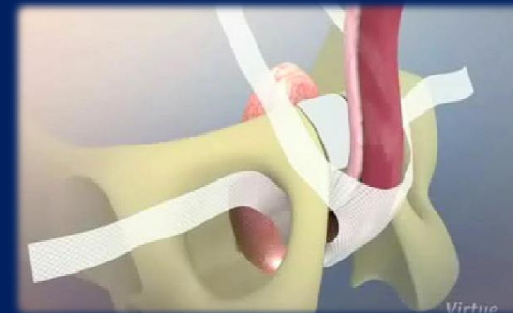


ΔΙΑ-ΘΥΡΟΕΙΔΙΚΕΣ

AdVance

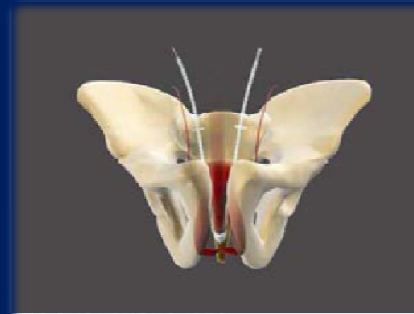


Virtue

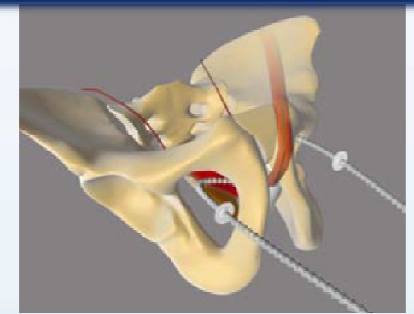


PΥΘΜΙΖΟΜΕΝΕΣ

Argus

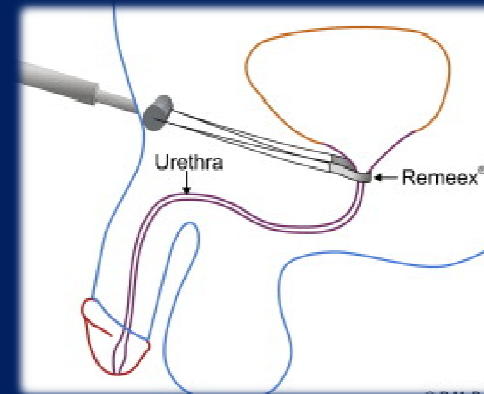


Argus Adjustable Male Sling System



Argus T Adjustable Male Sling System

Remeex



Atoms

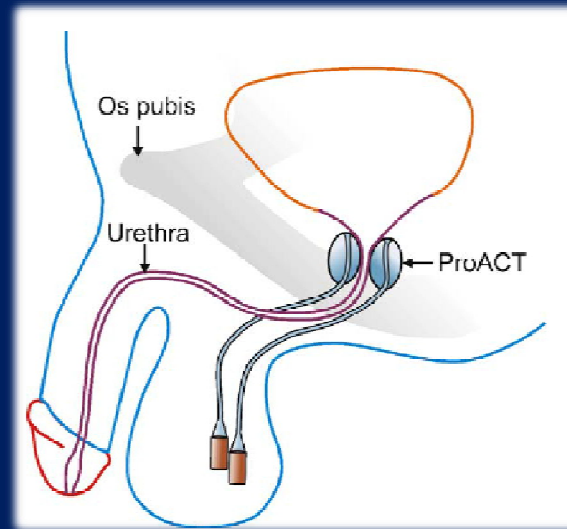


Why choose ATOMS?

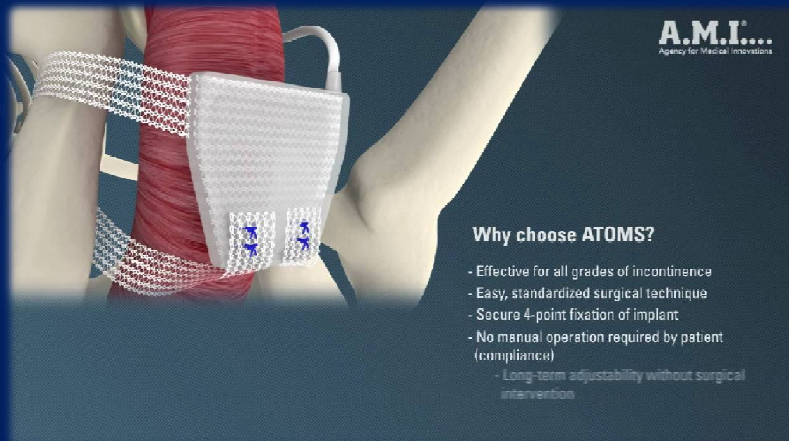
- Effective for all grades of incontinence
- Easy, standardized surgical technique
- Secure 4 point fixation of implant
- No manual operation required by patient (compliance)
- Long-term adjustability without surgical intervention

ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ

ProACT

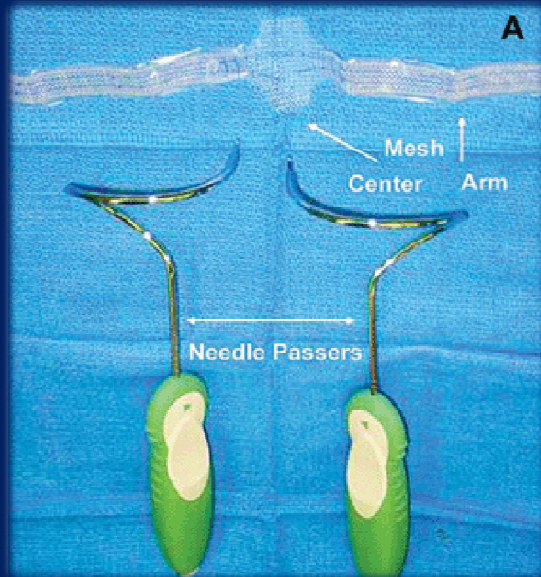


Readjustable sling systems Atoms



- N=99, 33% **POST RT**
- 66% dry, 29% improvement
- 17,8 mo follow-up
- 3,8 επιπλέον εγχύσεις-
adjustments/ασθενή
- 68% περινεϊκό άλγος
- 4% λοίμωξη/διάβρωση

Transobturator sling systems AdVance / AdVanceXP



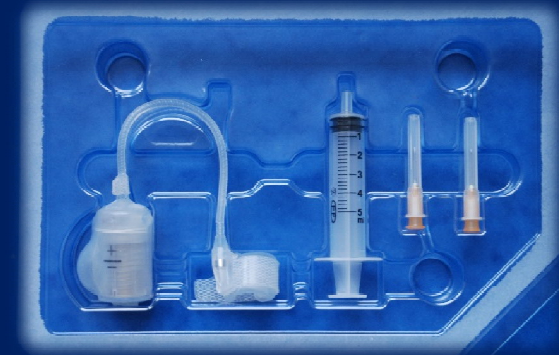
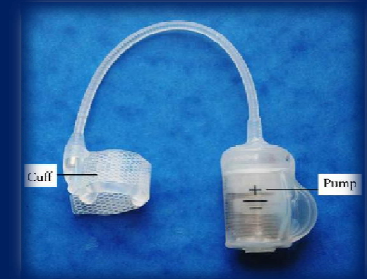
- Non-obstructive, sphincter repositioning
- 25-53% dry rates **post RT**
- 70% βελτίωση post-RT
- **Χωρίς επιπλέον επιπλοκές post-RT**
- Σταθερή αποτελεσματικότητα στα 3 έτη
- Παροδική AUR (έως 21%)
- Μικρά ποσοστά λοίμωξης, διάβρωσης, πόνου
- Ελάχιστες περιπτώσεις αφαίρεσης υλικού

AdVanceXP
Male Sling System

Rehder et al., Arch Esp Urol 2009
Kowalik et al., Neurourol Urodyn, 2013
Rehder et al., BJU Int 2010
Bauer et al., Eur Urol 2009
Cornu et al., Eur Urol 2009
Zuckerman et al., Can J Urol 2011

Τεχνητοί σφιγκτήρες - AUS

- Flow-secure
- Periurethral constrictor
- Zephyr (ZSI 375)
- **AMS 800**



Irradiation

- *“Prior irradiation may increase the complexity of treatment due to a greater incidence of coexisting urethral stricture disease, however these patients are still able to achieve a level of social continence similar to non-irradiated men with no discernable increase in complication rates, cuff erosion or the need for revision surgery. Artificial urinary sphincter implantation remains the gold standard for management of moderate-severe stress incontinence in both irradiated and non-irradiated men following prostate cancer treatment.”*

To sling or not to sling?

- Ναι σε ήπια-μέτρια ακράτεια
- Ναι σε “σφριγηλό” -ζωντανό έξω σφιγκτήρα
- Ίσως σε ακτινοβολία...
- Όχι σε πλήρη ακράτεια!
- Ποτέ χωρίς ουρηθροσκόπηση!



AUS?

- Ναι σε πλήρη βαριά ακράτεια
- Ναι μετά από ακτινοβολία
- Ναι μετά από αποτυχία sling
- Επιπλοκές- επανεπεμβάσεις
- Νέες μελέτες ...

