

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ Α.: Καθηγητής Ουρολογίας Παν/μίου Αθηνών

ΜΕΛΗ

ΑΝΕΖΙΝΗΣ Π.: Διευθύντρια Ουρολογικής Κλινικής Νοσοκ. Χανίων
ΑΝΤΩΝΙΟΥ Ν.: Διευθύντρια Ουρολογικού Τμήματος Νοσοκ. «Αμαλία Φλέμινγκ»

ΑΡΒΑΝΙΤΑΚΗΣ Θ.: Αναπλ. Διευθύντρια Ουρολογικής Κλινικής Νοσοκομείου «Αγ. Σάββας»

ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ξ.: Επικ. Καθηγητής Ουρολογίας Παν/μίου Ιωαννίνων
ΖΑΧΑΡΗΣ Γ.: Χειρουργός Ουρολόγος, Λάρισα

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Κ.: Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας Παν/μίου Αθηνών

ΛΙΑΚΑΤΑΣ Ι.: Αν. Διευθυντής Α' Ουρολογικής Κλινικής ΓΠΠΑ «Γ. Γεννηματάς»

ΜΕΛΕΚΟΣ Μ.: Καθηγητής Ουρολογίας Παν/μίου Θεσσαλίας
ΠΑΝΟΥΣΑΚΗΣ Γ.: Αναπληρωτής Διευθυντής Ουρολογίας Νοσ. «Αγ. Σάββας»

ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ Χ.: Χειρουργός Ουρολόγος, Επιμελητής Β' Νοσοκ. Άρτας

ΠΙΚΡΑΜΕΝΟΣ Δ.: Χειρουργός Ουρολόγος, Αθήνα
ΡΩΜΠΗΣ Β.: Αν. Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής Ιπποκρατείου Νοσοκ. Θεσ/νίκης

ΣΕΡΑΦΕΤΙΝΙΔΗΣ Σ.: Χειρουργός Ουρολόγος
ΣΚΡΕΠΕΤΗΣ Κ.: Χειρουργός Ουρολόγος, Επιμελητής Β' Νοσ. Καλαμάτας

ΣΤΡΑΒΟΔΗΜΟΣ Κ.: Λέκτορας Ουρολογίας Παν/μίου Αθηνών
ΤΟΥΛΟΥΠΙΔΗΣ ΣΤ.: Αναπλ. Καθηγητής Ουρολογίας Παν/μίου Θράκης

ΦΛΩΡΑΤΟΣ Δ.: Χειρουργός Ουρολόγος
ΛΑΜΠΟΥ Χ.: Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής, «Θριάσειο» Νοσοκ. Ελευσίνας

ΧΡΥΣΟΓΟΝΙΔΗΣ Ι.: Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής, Νοσοκ. «Αγ. Δημήτριος Θεσ/νίκης»

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΥΛΗΣ: Ν. ΑΝΤΩΝΙΟΥ

Η Συντακτική Επιτροπή επισημαίνει ότι οι στήλες της εφημερίδας είναι ανοικτές για κάθε συνεργασία συναδέλφου που θα αφορά σε θεραπευτικό θέμα, ανασκόπηση, βιβλιογραφική ενημέρωση γύρω από επίκαιρα ή κλασικά ουρολογικά θέματα

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΤΟΥ INFO UROLOGY

Το "INFO UROLOGY" έχει βασικό στόχο την ενημέρωση των ουρολόγων και των συναφών ιατρικών ειδικοτήτων. Η ύλη δημοσιεύεται με συντομία, σαφήνεια και ακρίβεια και καλύπτει τομείς και θεματολογία από όλο το φάσμα της ουρολογίας.

Το INFO UROLOGY δέχεται για δημοσίευση:

- Ανασκοπήσεις ουρολογικών ή ιατρικών θεμάτων, στις οποίες τονίζονται ιδιαίτερα οι σύγχρονες απόψεις (σε αυτή την ενότητα δημοσιεύονται όχι περισσότερα από δύο ονόματα για την επιμέλεια).
- Κλινικοεργαστηριακά ή επιδημιολογικά θέματα.
- Θέματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στην ουρολογία.
- Επίκαιρα ουρολογικά θέματα ή θέματα σχετιζόμενα με την ειδικότητα της ουρολογίας.
- Κλινικοπαθολογικές συζητήσεις.
- Αναφορά σε συνέδρια, επιστημονικές εκδηλώσεις που έγιναν, με παρουσίαση των αποτελεσμάτων των εργασιών τους και με ιδιαίτερη έμφαση στις σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις.
- Σημαντικές ειδήσεις από τη δραστηριότητα επιστημονικών ιατρικών εταιρειών.
- Ειδικά άρθρα.
- Ανασκόπηση του διεθνούς Ιατρικού Τύπου.
- Ουρολογία και Πληροφορική.
- Επιστολές προς τη σύνταξη.
- Ουρολογία και Ιστορία.
- Βιβλιοπαρουσιάσεις, βιβλιοκρισίες.
- Νέα Ιατροφαρμακευτικά προϊόντα.
- Ερωτήσεις αυτοελέγχου ουρολογικών γνώσεων.
- Παρουσίαση σύγχρονης τεχνολογίας στην ουρολογία.
- Ενημέρωση για τεχνικά θέματα που αφορούν στον τεχνικό εξοπλισμό του ουρολογικού ιατρείου ή των ενδοσκοπικών μονάδων.
- Πρακτικά ουρολογικά θέματα.
- Γενικά ιατρικά θέματα με ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ουρολογία.
- Προαναγγελίες επιστημονικών εκδηλώσεων.

Επίσης το INFO UROLOGY δέχεται για δημοσίευση χειρόγραφα που είναι σύντομες μεταφράσεις στα ελληνικά εργασιών που έχουν δημοσιευτεί σε ξενόγλωσσα περιοδικά, με την προϋπόθεση να υπάρχει αναφορά στην πηγή και άδεια από το συγγραφέα.

Οδηγίες για τη σύνταξη χειρόγραφων και δισκετών Η/Υ προς αποστολή για το INFO UROLOGY

- Δύο αντίγραφα του χειρόγραφου, δακτυλογραφημένα ή εκτυπωμένα σε εκτυπωτή με διπλό διάστημα, σε λευκό χαρτί διαστάσεων Α4 (21 x 28 cm).
- Χρησιμοποιήστε ξεχωριστό φύλλο για από τα εξής τμήματα (που πρέπει να αποτεθούν το χειρόγραφο) καθένα:
 - α) Σελίδα τίτλου (περιλαμβάνει τον τίτλο, στοιχεία των συγγραφέων (ονοματεπώνυμο, ιδιότητα, διεύθυνση, τηλέφωνο, fax, e-mail (αν υπάρχει)). β) Κείμενο. γ) Βιβλιογραφία, εάν είναι απαραίτητη. δ) Πίνακες - Σχέδια (σε ξεχωριστό φύλλο το καθένα). ε) Υπότιτλοι των εικόνων.
 - Εικόνες - σχέδια, φωτογραφίες, slides. Τοποθετήστε αυτοκόλλητη επιγραφή στο πίσω μέρος τους με τα εξής στοιχεία: Όνομα συγγραφέα, αριθμός της εικόνας, βέλος που να δείχνει το πάνω μέρος της.
 - Οι εργασίες που υποβάλλονται για δημοσίευση πρέπει να αποστέλλονται σε ηλεκτρονική μορφή:
 - α) είτε σε CD με το κείμενο σε αρχείο Word και τις φωτογραφίες σε μορφή jpg σε υψηλή ανάλυση (300 dpi) ή τυπωμένες σε φωτογραφικό χαρτί (glossy)
 - β) είτε στην ηλεκτρονική διεύθυνση kafkas@otenet.gr με την ένδειξη «Για την εφημερίδα "INFO UROLOGY"»

Ο συγγραφέας είναι υπεύθυνος για το περιεχόμενο της εργασίας του, καθώς και για την εγκυρότητα και τα δικαιώματα των χρησιμοποιούμενων πηγών. Η Συντακτική Επιτροπή διατηρεί το δικαίωμα να επιφέρει κάθε αλλαγή που κρίνει αναγκαία για την καλύτερη παρουσίαση της ύλης, χωρίς να αλλοιώνεται η έννοια του κειμένου.

Σημειώσεις: Χειρόγραφα δημοσιευμένα ή μη, καθώς και σχέδια, πίνακες, φωτογραφίες, διαφάνειες ή δισκέτες δεν επιστρέφονται.

Παρακαλώ, αποστείλτε τα χειρόγραφα, δισκέτες και το λοιπό έντυπο υλικό προς δημοσίευση, στη διεύθυνση: ΠΡΟΣ: INFO UROLOGY

Υπόψη κ. Χαλιώτη ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ, Δ/ση: Μεσογείων 215, 115 25 Αθήνα
 Τηλ.: 210 67.77.590, Fax: 210 67.56.352, E-mail: kafkas@otenet.gr

Μελέτη πιέσεων διαφυγής ούρων (Leak Point Pressures - LPP)

Ένα χρήσιμο εργαλείο στην προσέγγιση της ακράτειας των ούρων που δεν πρέπει να υποτιμάται

Δρ Α. ΠΤΩΧΟΣ

**F.E.B.U., Αναπληρωτής Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής
 Γενικού Νοσοκομείου «Ο Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη**

Οι Πιέσεις Διαφυγής Ούρων (Leak Point Pressures–LPP) χρησιμοποιούνται στην Ουροδυναμική σαν χρήσιμες παράμετροι στη διερεύνηση της λειτουργικότητας της ουροδόχου κύστης. Υπάρχουν δύο είδη LPP: η Κυστική ή Εξωστήρια Πίεση Διαφυγής Ούρων – Detrusor Leak Point Pressure (DLPP) και η Κοιλιακή Πίεση Διαφυγής Ούρων – Abdominal Leak Point Pressure (ALPP). Ο τρόπος δημιουργίας και η κατανόηση της σημασίας τους είναι οι δύο κύριοι στόχοι του παρόντος άρθρου, το οποίο απευθύνεται σε κάθε σύγχρονο ουρολόγο και όχι μόνο στους ασχολούμενους με την εξειδικευμένη Ουροδυναμική.

Εισαγωγή

Η φυσιολογική λειτουργία του κατώτερου ουροποιητικού αφορά στην αποθήκευση των παραγόμενων ούρων στην κύστη στο διάστημα μεταξύ δύο ουρήσεων και στην πλήρη κένωσή της κατά τη φάση της ούρησης.

Ο εξωστήρας μυς της φυσιολογικής κύστης έχει το χαρακτηριστικό να παραμένει χαλαρός κατά τη φάση της πλήρωσής της, διατηρώντας χαμηλές ενδοκυστικές πιέσεις (Pves). Παράλληλα, ο τόνος του σφιγκτηριακού μηχανισμού της κύστης (ουρηθρική πίεση – Pura), διατηρείται υψηλότερος των εκάστοτε Pves, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται εγκράτεια των ούρων. Κατά τη φάση της ούρησης, όπου δημιουργείται εκούσια σύσπαση του εξωστήρα μυς της κύστης και χαλάρωση του σφιγκτηριακού της μηχανισμού, η Pves αυξάνει, ενώ η Pura ελαττώνεται, ώστε να επιτρέπει την πλήρη κένωση της. Στο τέλος, οι πιέσεις αυτές επανέρχονται στις φυσιολογικές, για τη φάση πλήρωσης, τιμές τους και έτσι διατηρείται η εγκράτεια των ούρων.

Detrusor Leak Point Pressure (DLPP)

Ως DLPP ορίζεται η χαμηλότερη τιμή πίεσης του εξωστήρα κατά την οποία παρατηρείται διαφυγή ούρων, επί απουσίας σύσπασής του ή αύξησης της ενδοκοιλιακής πίεσης¹. Με άλλα λόγια, η DLPP εκφράζει την αντίσταση της ουρήθρας στην Pdet, η οποία εκφράζεται ως η δύναμη εξώθησης των ούρων².

Οι πρώτες αναφορές, όσον αφορά στη DLPP, δημοσιεύτηκαν στις αρχές της δεκαετίας του 1980^{3,4}. Οι παραπάνω συγγραφείς μελέτησαν υλικό μωλοδυσπλαστικών παιδιών και παρατήρησαν τη συσχέτιση μεταξύ των τιμών της DLPP και της πιθανότητας διάτασης του ανώτερου ουροποιητικού συστήματος. Πιο συγκεκριμένα, από τους μελετηθέντες 42 ασθενείς, 22 είχαν DLPP >40cmH₂O. Στην ομάδα αυτή

παρατηρήθηκε κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση στο 68% και ουρητηρική διάταση στο 81%. Σε μακροχρόνιο επανέλεγχο των ασθενών αυτών, σχεδόν όλοι (με DLPP >40cmH₂O) βρέθηκαν να έχουν επηρεασμένη τη νεφρική τους λειτουργία⁴.

Η DLPP μετράται και καταγράφεται κατά τη διάρκεια εκτέλεσης μιας κοινής κυστεομανομέτρησης πλήρωσης, πρέπει δε να αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της.

Ο ρυθμός πλήρωσης πρέπει να είναι χαμηλός, δηλαδή, 10-20ml/min στα παιδιά και 20-30ml/min στους ενήλικες. Το συνολικό ποσό του υγρού πλήρωσης δεν πρέπει να ξεπερνά το μέσο όρο του ποσού κάθε ούρησης, προσυζημένο κατά το τυχόν υπολειπόμενο ποσό ούρων. Η επιλογή του μεγέθους (εύρους) του ενδοκυστικού (διάυλου) καθετήρα είναι σημαντική. Οι συνήθεις καθετήρες της ουροδυναμικής πράξης, μεγέθους 6-8Fr, είναι οι πιο κατάλληλοι, διότι φαίνεται ότι ουσιαστικά δεν αποφράσσουν την ουρήθρα

κατά τον ουροδυναμικό έλεγχο. Χρειάζεται προσοχή, ώστε να επισημαίνουμε και να καταγράφουμε την τιμή της Pdet τη στιγμή που εμφανίζεται η απώλεια ούρων από την ουρήθρα. Η απώλεια αυτή γίνεται αντιληπτή, είτε με άμεση παρατήρηση, είτε κατά την ακτινοσκόπηση (video-ουροδυναμικός έλεγχος). Σήμερα, χρησιμοποιούνται, επίσης, εξειδικευμένοι καθετήρες με ειδικό αισθητήρα, ο οποίος δίνει αμέσως ηλεκτρικό σήμα στο καταγραφικό μηχανήμα, με τις πρώτες σταγόνες υλικού πλήρωσης («ούρων») που θα διέλθουν από την ουρήθρα (leaking). Επαναλαμβάνουμε, ότι η DLPP μετράται επί απουσίας σύσπασης του εξωστήρα μυ και χωρίς οποιαδήποτε αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης του ασθενή, εκούσιας ή ακούσιας.

Η DLPP είναι πολύ χρήσιμη, όσον αφορά στην αντιμετώπιση των αυξημένων ενδοκυστικών πιέσεων, πριν

Κατά τη φάση της ούρησης, όπου δημιουργείται εκούσια σύσπαση του εξωστήρα μυς της κύστης και χαλάρωση του σφιγκτηριακού της μηχανισμού, η Pves αυξάνει, ενώ η Pura ελαττώνεται, ώστε να επιτρέπει την πλήρη κένωσή της.

επέληθει βλάβη στο ανώτερο ουροποιητικό. Μια τέτοια βλάβη οφειλόμενη σε χαμηλή ή περιορισμένη ευενδοτότητα της κύστης (low bladder compliance) και εκδηλούμενη περαιτέρω με αύξηση της τιμής της DLPP, μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε παθολογική κατάσταση, η οποία οδηγεί σε αυξημένη υποκυστική αντίσταση. Τέτοιες καταστάσεις καταλήγουν, όπως είναι επόμενο, σε βαθμιαία απώλεια της ελαστικότητας και των φυσιολογικών (χαμηλών) τιμών πιέσεων πλήρωσης (accommodation) του εξωστήρα. Σε υψηλότερες τιμές Pdet, παρατηρείται κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση και ουρητηροϋδρονέφρωση, συνήθως αμφοτερόπλευρα^{5,6}.

Η σύγχρονη αντιμετώπιση των αυξημένων ενδοκυστικών πιέσεων, ιδιαίτερα στους νευρολογικούς ασθενείς με τη λεγόμενη νευρογενή ή νευροπαθή υπερδραστική ουροδόχο κύστη, περιλαμβάνει: τη χορήγηση αντιχολινεργικής αγωγής, τους διαλείποντες αυτοκαθετηριασμούς της κύστης (CIC ή CISC), την πρόσφατα προτεινόμενη χρήση της αλλαντικής τοξίνης (Botulinum Toxin-A) χορηγούμενης διουρηθρικά υπό μορφή ενδοεξωστήριων ενέσεων, τη φαρμακευτική ή χειρουργική ελάττωση της αντίστασης του σφιγκτηριακού μηχανισμού, την ηλεκτρική νευροδιέγερση ή νευροτροποποίηση του κατώτερου ουροποιητικού (neuromodulation) και, σε εξαιρετικά ανθιστάμενες περιπτώσεις, τη χειρουργική μεγέθυνση της ουροδόχου κύστης (bladder augmentation). Ο στόχος των προσπαθειών αυτών είναι να βελτιωθεί η λειτουργία πλήρωσης, επιτρέποντας την κύστη να αποθηκεύει ούρα σε ασφαλή επίπεδα πιέσεων. Ουσιαστικά, η θεραπευτική αντιμετώπιση των υψηλών τιμών DLPP δεν αλληλάζει τη τιμή πίεσης διαφυγής ούρων (LPP), αλλά τους όγκους στους οποίους αυτή επισυμβαίνει. Με άλλα λόγια, αποσκοπεί στο να κάνει τη σχέση πίεσης/όγκου (compliance) ασφαλέστερη για το ανώτερο ουροποιητικό. Για παράδειγμα, οι διαλείποντες καθετηριασμοί ελαττώνουν τη λειτουργική χωρητικότητα της κύστης σε όγκους όπου οι ενδοκυστικές πιέσεις δε φθάνουν σε επίπεδα που εξαντλείται η διατασιμότητα του οργάνου². Πάντως, η DLPP αδυνατεί να μας δώσει πληροφορίες σχετικά με τη διάρκεια των παρατηρούμενων υψηλών πιέσεων του εξωστήρα (>40cmH₂O) κατά τη φάση πλήρωσης της κύστης. Ως γνωστόν, και η μεγάλη διάρκεια των υψηλών ενδοκυστικών πιέσεων συμβάλλει σε περαιτέρω δυσμενή επίπτωση στο ανώτερο ουροποιητικό. Επίσης, να σημειώσουμε, ότι η DLPP δε μας δείχνει πάντα, ιδιαίτερα σε ασθενείς με νευρογενή κύστη, επάρκεια ή ανεπάρκεια του σφιγκτηριακού μηχανισμού. Για το λόγο αυτό, η μελέτη της DLPP δε μπορεί να αντικαταστήσει την κυστεομανομέτρηση, ιδιαίτερα όταν αυτή τελείται με σκιαγραφικό μέσο (videourodynamic), όπου τυχόν κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση διαγιγνώσκεται και παράλληλα καταγράφεται λειτουργικά και απεικονιστικά⁷.

Abdominal Leak Point Pressure (ALPP)

Οι πρώτες αναφορές στη σημασία των πιέσεων αυτών έγιναν και πάλι από τον McGuire και τους συνεργάτες του⁸,

αλλά λίγο αργότερα, στις αρχές της δεκαετίας του 1990. Σκοπός τους ήταν να δημιουργήσουν μια μέθοδο εύκολη σε εφαρμογή, αξιόπιστη που τα αποτελέσματά της να αναπαράγονται εύκολα και να δείχνει το βαθμό αντίστασης της ουρήθρας στη διαφυγή ούρων στις εκάστοτε αυξήσεις των ενδοκοιλιακών πιέσεων. Το κύριο δίλημμα παραμένει ως προς το ποια χειρουργική τεχνική αντιμετώπισης της ακράτειας από προσπάθεια είναι η καλύτερη για τον καθένα από τους τρεις τύπους ακράτειας των ούρων.

Οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν, ότι ασθενείς με ακράτεια από προσπάθεια τύπου I (υπερκιντική ουρήθρα – urethral hypermobility) ωφελούνται περισσότερο με επεμβάσεις ανάρτησης, ενώ ασθενείς με ακράτεια από προσπάθεια τύπου III (σφιγκτηριακή ανεπάρκεια – intrinsic sphincteric deficiency – ISD) αντιμετωπίζονται καλύτερα με χρήση ταινιών ανάρτησης, περιουρηθρικές εγχύσεις υπό μορφή ενέσεων δυσαπορρόφητων ουσιών που μάλλον δημιουργούν κάποιου βαθμού απόφραξη στον ουρηθρικό αυλό ή με εμφύτευση τεχνητού σφιγκτήρα (καταληκτική ήυση αντιμετώπισης της ακράτειας των ούρων)⁹.

Να σημειώσουμε ότι η ουρηθρική προφίλομετρία (UPP) πολλές φορές δίνει ασαφή ή μη αναπαραγώγιμα αποτελέσματα και ότι η μέγιστη πίεση σύγκλισης της ουρήθρας (maximum urethral closure pressure–MUCP) δεν αντανακλά πάντα την επάρκεια του σφιγκτηριακού μηχανισμού. Αυτό, γιατί η MUCP δε μας δίνει πλήρεις και σαφείς πληροφορίες για τη λειτουργικότητα του κυστικού αυχένα (ιδίως επί κυστεοκήλης ή πρόπτωσης άλλων ενδοπυελικών οργάνων), ούτε η τιμή της (που αντανακλά τον τόνο του έξω γραμμωτού σφιγκτήρα) έχει πάντοτε αποτελεσματικότητα σε ανελαστικές ουρήθρες (υπερήλικα άτομα)².

Σήμερα, ως ALPP ορίζεται η χαμηλότερη ενδοκυστική πίεση κατά την οποία παρατηρείται έξοδος ούρων κατόπιν αύξησης της ενδοκοιλιακής πίεσης, επί απουσίας όμως σύσπασης του εξωστήρα¹.

Η ALPP μετράται κατά τη διάρκεια της κλασικής κυστεομανομετρίας και είναι χρήσιμο να εκτιμάται με την ασθενή σε όρθια θέση. Οι χρησιμοποιούμενοι ουροδυναμικοί καθετήρες πρέπει να είναι μεγέθους 6-8Fr¹⁰. Οι δοκιμασίες Valsalva ή προκλήτου βήχα πρέπει να εκτελούνται μετά από την πλήρωση της κύστης με 200ml υγρού¹. Άλλοι συγγραφείς συστήνουν ποσότητες 250-300ml, τονίζοντας ότι έτσι γίνεται καλύτερη η video-ουροδυναμική απεικόνιση της συγκεκριμένης εξέτασης¹¹.

Πάντως, γρήγορος ρυθμός πλήρωσης της κύστης, ευμεγέθεις καθετήρες, μικρός όγκος πλήρωσης, χαμηλή ευενδοτότητα (low compliance), πρόπτωση πυελικών οργάνων κ.λπ., μπορούν να επηρεάσουν τόσο την καταγραφή, όσο και την αξιολόγηση της τιμής της ALPP. Ιδιαίτερα, η πυελική πρόπτωση μπορεί να δώσει ψευδώς αυξημένες τιμές ALPP⁹. Να μη λησμονούμε, ασθενείς με μεγάλο βαθμού πρόπτωση δυνατό να μη παραπονούνται για ακράτεια από προσπάθεια, λόγω γωνίωσης (kinking) της ουρήθρας. Αν σκοπός μιας επέμβασης είναι η διόρθωση της πρόπτωσης, πρέπει να

έχουμε υπόψη την πιθανή εμφάνιση ακράτειας από προσπάθεια μετεχειρητικά. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει η ALPP να εκτιμάται μετά από προσωρινή ανάταξη της πρόπτωσης, είτε με κοιλιακούς πεσσοί, είτε με ενδοκοιλιακή τοποθέτηση γάζας ή ακόμη και με το χέρι της ίδιας της ασθενούς¹². Οι McGuire και συν. (1993) βρήκαν ότι 76% των γυναικών με ALPP <60cmH₂O είχαν ακράτεια τύπου III. Ασθενείς με ALPP >90cmH₂O είχαν ακράτεια τύπου I. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα μελετών και άλλων ερευνητών¹³.

Η Διεθνής Εταιρεία για την Εγκράτεια (ICS) δεν έχει «σταντάρι» επίσημα τις τιμές ALPP και τα αντίστοιχα «χειρουργικά όρια» (cut off). Άλλωστε, πολλοί ερευνητές σήμερα πιστεύουν, ότι όλο το φάσμα των τιμών ALPP αντιμετωπίζονται με παρόμοια επιτυχία με κάποιο από τα πολλήπληδη είδη επεμβάσεων με ταινίες ελεύθερες τάσεως, πράγμα που ίσως μειώνει στην πράξη την αξία της ALPP. Η άποψη του γράφοντος είναι, ότι το μέγιστο της αποτελεσματικότητας μιας από τις επεμβάσεις θα εξαρτηθεί από την ακριβή διαβάθμιση-κατάταξη του τύπου της ακράτειας από προσπάθεια. Άλλωστε, η αναγκαιότητα σύγχρονης τοποθέτησης ή όχι ταινίας ελεύθερης τάσης κατά τη διάρκεια επέμβασης ανάταξης προσπίπτου πνευλικού οργάνου, θα εξαρτηθεί από τη λεπτομερέστερη προεχειρητική προσέγγιση του προβλήματος. Υπό την έννοια αυτή, η αξιολόγηση της ALPP (με τις προϋποθέσεις και προδιαγραφές που προαναφέρθηκαν) κρίνεται απαραίτητη, μαζί με τον υπόλοιπο ουροδυναμικό έλεγχο, στην προσπάθεια ελαχιστοποίησης δυσάρεστων μετεχειρητικών εκπλήξεων.

Βιβλιογραφία

1. Abrams P., Cardozo L., Fall M., et al. Standardisation of terminology of lower urinary tract function: A report from the Standardisation Sub-Committee of the ICS. *Neurourol and Urodyn*, 21:167-178, 2002.
2. Lane T.M. and Shah P.J.R. Leak point pressures. *BJU Inter*, 86:942-949, 2000.
3. McGuire E.J., Woodside J.R., Borden T.A. and Weiss R.M. Prognostic value of urodynamic testing in myelodysplastic patients. *J Urol*, 126:205-209, 1981.
4. McGuire E.J., Woodside J.R. and Borden T.A. Upper urinary tract deterioration in patients with myelodysplasia and detrusor hypertonia: A follow-up study. *J Urol*, 129:823-826, 1983.
5. Stohrer M., Goepel M., Kondo A. et al. The standardization of terminology in neurogenic lower urinary tract dysfunction with suggestion for diagnostic procedures. ICS Standardization Committee. *Neurourol and Urodyn*, 18:139-158, 1999.
6. McGuire E.J., Cespedes R.D. and O'Connell H.E. Leak-point pressures. *Urol Clin North Am*, 23:253-262, 1996.
7. Linsenmeyer T.A., Bagaria S.P. and Gendron B. The impact of urodynamic parameters in the upper tracts of spinal cord injured men who void reflexly. *J Spinal Cord Med*, 21:15-20, 1998.
8. McGuire E.J., Fitzpatrick C.C., Wan J. et al. Clinical assessment of urethral sphincter function. *J Urol*, 150:1452-1454, 1993.
9. O'Connell H.E. and McGuire E.J. Leak point pressures. In: P. O'Donnell (Ed.). *Urinary Incontinence*. St. Louis, Mosby, pp.93-98, 1997.
10. Decter R.M. and Harster L. Pitfalls in the determination of leak point pressures. *J Urol*, 152:1574, 1992.
11. Faerber G.J. and Vashi A.R. Variations in abdominal leak point pressures with increasing vesical volume. *J Urol*, 159: 1901-1911, 1998.
12. Gardy M., Kozminski M., DeLancey J.O., et al. Stress incontinence and cystoceles. *J Urol*, 145:1211-1213, 1991.
13. Nitti V. and Combs A.J. Correlation of Valsalva leak point pressure with subjective degree of stress urinary incontinence in women. *J Urol*, 155:281-285, 1996. 