

Αρχική αντιμετώπιση της οξείας επίσχεσης ούρων

Ι. ΣΑΛΜΑΣ¹, Γ. ΚΟΛΛΑΪΤΗΣ²

¹Ειδικευόμενος Ουρολόγος, Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

²Επιμελητής Β' Ε.Σ.Υ., Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

Ως οξεία επίσχεση ούρων ορίζεται η ξαφνική αδυναμία εκούσιας αποβολής ούρων που συνοδεύεται από πόνο¹. Όπως προκύπτει από δύο μεγάλες μελέτες κούρτης στις ΗΠΑ, η ετήσια επίπτωσή της σε ηλικίες μεταξύ 40-83 ετών κυμαίνεται από 4.5 έως 6.8 ανά 1.000 άνδρες. Η επίπτωση αυξάνει δραματικά με την αύξηση της ηλικίας^{2,3}. Η οξεία επίσχεση αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές επιπλοκές της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη.

Αιτιολογία

Η οξεία επίσχεση ούρων μπορεί να προκύψει με αφορμή κάποιον εκλυτικό παράγοντα ή και χωρίς την παρουσία αυτού. Ως εκλυτικοί παράγοντες μπορεί να δράσουν οι χειρουργικές επεμβάσεις με γενική ή περιοχική αναισθησία, η χορήγηση συμπαθομιμικών, αντιχολινεργικών φαρμάκων, οι ουρολοιμώξεις, η κατανάλωση αλκοόλ και η υπερβολική κατανάλωση υγρών. Ο διαχωρισμός αυτός όσον αφορά την αιτιολογία έχει κλινική σημασία, καθότι έχει βρεθεί ότι η οξεία επίσχεση ούρων χωρίς ύπαρξη εκλυτικού παράγοντα οδηγεί σε χειρουργείο το 75% των ασθενών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό όταν η επίσχεση πυροδοτείται από κάποιον εκλυτικό παράγοντα κατέρχεται σε 26%⁴.

Αντιμετώπιση

Η οξεία επίσχεση ούρων αποτελεί επείγον ουρολογικό πρόβλημα, το οποίο απαιτεί άμεση παρέμβαση. Διάφορα ερωτήματα αναφορικά με την αρχική αντιμετώπιση της χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης και ανάληψης, όπως ποιος είναι ο κατάλληλος τρόπος εκκένωσης της ουροδόχου κύστεως, ποια είναι η χρησιμότητα της φαρμακευτικής αγωγής, ποια είναι η κατάλληλη διάρκεια καθετηριασμού και ποια είναι η πιο κατάλληλη θεραπευτική τακτική μετά από αυτόν.

Είδος καθετηριασμού

Η τοποθέτηση ουρηθρικού καθετήρα αποτελεί την καθιερωμένη πρακτική στην οξεία επίσχεση ούρων. Σε περίπτωση αδυναμίας τοποθετείται υπερηβικός καθετήρας. Ο τελευταίος όμως συνοδεύεται από υψηλότερα ποσοστά μακροσκοπικής αιματουρίας και μεγαλύτερο χρόνο νοσηλείας, λόγω επιπλοκών, σε σχέση με τον καθετηριασμό της ουρήθρας. Η αιματουρία, η υπόταση και η αυξημένη διούρηση μετά την άρση της απόφραξης αναφέρονται ως επιπλοκές, μετά την ταχεία αποσυμπίεση της αποφραγμένης ουροδόχου κύστεως. Ωστόσο, δεν έχει βρεθεί ότι η σταδιακή εκκένωσή της μειώνει το ποσοστό αυτών των επιπλοκών και γι' αυτό η άμεση και πλήρης παροχέτευση των ούρων είναι η συνιστώμενη τακτική⁵.

Δοκιμασία αφαίρεσης καθετήρα

Η δοκιμασία ούρησης μετά από αφαίρεση του καθετήρα συνιστάται σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις οξείας επίσχεσης ούρων. Η Αμερικανική Ουρολογική Εταιρεία (AUA) συστήνει μία τουλάχιστον δοκιμασία αφαίρεσης του καθετήρα, πριν αποφασιστεί κάποιου είδους χειρουργική παρέμβαση για καλοήγη υπερπλασία του προστάτη⁶. Ακριβείς προγνωστικοί παράγοντες για την επιτυχή ή μη έκβαση αυτής της δοκιμασίας δεν υπάρχουν.



Εικόνα 1. Υπερηχογραφική απεικόνιση διατεταμένης ουροδόχου κύστεως.

Η οξεία επίσχεση ούρων αποτελεί σημαντικό ουρολογικό πρόβλημα, στο οποίο εμπλέκονται πολλοί παράγοντες. Παρόλο που δεν έχει προσδιοριστεί πλήρως η καταλληλότερη αρχική αντιμετώπιση, τα έως τώρα δεδομένα επιβάλλουν τη δοκιμασία ούρησης μετά από μικρή περίοδο χρήσης καθετήρα και λήψη α-αδρενεργικών αποκλειστών

Σε προοπτική μελέτη 40 ασθενών με οξεία επίσχεση ούρων διαπιστώθηκε, ότι οι βασικές διαφορές μεταξύ αυτών που ήταν σε θέση να ουρήσουν μετά την αφαίρεση του καθετήρα σε σχέση με αυτούς που αδυνατούσαν ήταν ο όγκος του προστάτη και το ποσό των παροχευθέντων ούρων⁷. Σε πρόσφατη μελέτη 72 ασθενών με οξεία επίσχεση και μέσο χρόνο παρακολούθησης 6 μήνες, διαπιστώθηκαν 3 προγνωστικοί παράγοντες για την έκβαση αυτών των ασθενών. Κατά τους συγγραφείς, οι ασθενείς με PSA<3ng/ml, μικρό ή μέτριο προστάτη στη δακτυλική εξέταση και όγκο παροχευθέντων ούρων μικρότερο από 1000ml μπορεί να ανταποκριθούν καλά σε συντηρητική θεραπεία⁸.

Χρησιμότητα της φαρμακευτικής αγωγής

Σε ποσοστό έως και 70% των ασθενών με επιτυχή δοκιμασία αφαίρεσης καθετήρα εμφανίζεται ξανά επίσχεση ούρων μέσα σε μία εβδομάδα. Για το λόγο αυτό, διάφορες μελέτες έχουν διενεργηθεί, με σκοπό τη διερεύνηση της χρησιμότητας των α-αδρενεργικών αποκλειστών στην έκβαση της δοκιμασίας αφαίρεσης του καθετήρα. Σε παλαιότερη μικρή ελεγχόμενη μελέτη 30 ασθενών με οξεία επίσχεση, το 80% αυτών που έλαβαν τεραζοσίνη είχαν επιτυχή δοκιμασία ούρησης, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην ομάδα του placebo ήταν 15%⁹. Σύμφωνα με ελεγχόμενη μελέτη 67 ασθενών των Tiong και συν. η χορήγηση 10mg αλφουζοσίνης μία φορά την

ημέρα για δύο ημέρες αυξάνει τις πιθανότητες ούρησης μετά την αφαίρεση του καθετήρα σε ασθενείς με οξεία επίσχεση ούρων λόγω καλοήθους υπερπλασίας προστάτη¹⁰. Οι Manikandan και συν. αναφέρουν ότι η χορήγηση α-αδρενεργικών αποκλειστών πριν την αφαίρεση του καθετήρα αποτελεί την καθιερωμένη σήμερα θεραπευτική προσέγγιση στη Βρετανία¹¹.

Ποια είναι η κατάλληλη διάρκεια καθετηριασμού;

Δεν υπάρχει σήμερα ομοφωνία αναφορικά με την καταλληλότερη διάρκεια καθετηριασμού. Οι Djavan και συν. τυχαίοποίησαν 114 ασθενείς σε τρεις ομάδες. Η πρώτη υποβλήθηκε σε εκκενωτικό καθετηριασμό μόνο, στη δεύτερη ο καθετήρας παρέμεινε για 2 ημέρες, ενώ στην τρίτη παρέμεινε για 7 ημέρες πριν τη δοκιμασία ούρησης. Επιτυχής ούρηση επιτεύχθηκε στο 44% της πρώτης ομάδας, στο 51% της δεύτερης και στο 62% της τρίτης ομάδας¹². Καθετηριασμός πάνω από 3 ημέρες σχετίζεται με μεγαλύτερα ποσοστά επιπλοκών, όπως μακροσκοπικής αιματουρίας, ασυμπτωματικής βακτηριουρίας ή ουρολοιμώξεων. Με βάση τα παραπάνω και άλλα παρόμοια δεδομένα πολλοί προτείνουν ως καταλληλότερο μέσο χρόνο καθετηριασμού τις 3 ημέρες¹³.

Αντιμετώπιση μετά από μια αποτυχημένη δοκιμασία αφαίρεσης καθετήρα

Σε περίπτωση αποτυχίας της δοκιμασί-

ας και προκειμένου να αποφασιστεί η πιο κατάλληλη περαιτέρω αντιμετώπιση, οι ουρολόγοι πρέπει να έχουν υπόψη ότι μια δεύτερη προσπάθεια ούρησης μετά από παραμονή του καθετήρα για 7 ημέρες και λήψη α-αδρενεργικών αποκλειστών έχει ποσοστά επιτυχίας περίπου 30%¹³.

Συμπεράσματα

Η οξεία επίσχεση ούρων αποτελεί σημαντικό ουρολογικό πρόβλημα, στο οποίο εμπλέκονται πολλοί παράγοντες. Παρόλο που δεν έχει προσδιοριστεί πλήρως η καταλληλότερη αρχική αντιμετώπιση, τα έως τώρα δεδομένα επιβάλλουν τη δοκιμασία ούρησης μετά από μικρή περίοδο χρήσης καθετήρα και λήψη α-αδρενεργικών αποκλειστών.

Η οριστική θεραπεία ωστόσο πρέπει να εξατομικεύεται.

Δεδομένης επίσης της νοσηρότητας που συνοδεύει τις επεμβάσεις σε ασθενείς με ιστορικό οξείας επίσχεσης ούρων πρέπει να δίνεται έμφαση στην πρόληψη της επίσχεσης και την αντιμετώπιση του υποκείμενου προβλήματος.

Βιβλιογραφία

- Rosenstein D, McAninch JW. Urologic emergencies. Med Clin North Am. 2004; 88(2):495-518.
- Meigs JB, Barry MJ, Giovannucci E, Rimm EB, Stampfer MJ, Kawachi I. Incidence rates and risk factors for acute urinary retention: the health professionals follow up study. J Urol. 1999; 162(2):376-382.
- Jacobsen SJ, Jacobson DJ, Girman CJ et al. Natural history of prostatic: risk factors for acute urinary retention. J Urol. 1997; 158(2):481-487.
- Roehrborn CG, Bruskewitz R, Nickel GC et al. Urinary retention in patients with BPH treated with finasteride or placebo over 4 years. Characterization of patients and ultimate outcomes. The PLESS Study Group. Eur Urol. 2000; 37:528-536.
- Nyman MA, Schwenk NM, Silverstein MD. Management of urinary retention: rapid versus gradual decompression and risk of complications. Mayo Clin Proc. 1997; 72(10):951-956.
- AUA Practice Guidelines Committee. AUA guidelines on management of benign prostatic hyperplasia (2003). Chapter 1: Diagnosis and treatment recommendations. J Urol. 2003; 170:530-547.
- Kumar V, Marr C, Bhuvangiri A, Irwin P. A prospective study of conservatively managed acute urinary retention: prostate size matters. BJU Int. 2000; 86:816-819.
- Daly P, Connolly S, Rogers E, Sweeney P. Management outcome of acute urinary retention: model of prediction. Urol Int. 2009; 83(1):39-43.
- Chan P, Wong W, Chan L, Cheng C. Can terazosin relieve acute urinary retention and obviate the need for an indwelling urethral catheter? Br J Urol. 1996; 77:7.
- Tiong HY, Tibung MJ, Macalalag M, Li MK, Consigliere D. Alfuzosin 10mg once daily increases the chances of successful trial without catheter after acute urinary retention secondary to benign prostate hyperplasia. Urol Int. 2009; 83(1):44-48.
- Manikandan R, Srirangam SJ, O'Reilly PH, Collins GN. Management of acute urinary retention secondary to benign prostatic hyperplasia in the UK: a national survey. BJU Int. 2004; 93:84-88.
- Djavan B, Shahrokh S, Musbah O et al. Does prolonged catheter drainage improve the chance of recovering voluntary voiding after acute urinary retention (AUR)? Eur Urol. 1998; 33(1):110.
- Emberton M, Fitzpatrick JM. The Reten-World survey of the management of acute urinary retention: preliminary results. BJU Int. 2008; 101(3):27-32.