



Γράφει ο  
**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ  
ΜΥΡΙΛΛΑΣ**

Μαιευτήρας,  
χειρουργός  
γυναικολόγος  
M.R.C.O.G.

Η ακράτεια ούρων είναι συχνό φαινόμενο, παρότι συχνά αποκρύπτεται λόγω κοινωνικών ή ηθικών αναστολών. Παρατηρείται στο 20-25% του γυναικείου πληθυσμού ηλικίας άνω των 40 ετών, ενώ στον ανδρικό πληθυσμό αγγίζει το 2-5% των ενηλίκων. Στις περισσότερες περιπτώσεις η ακράτεια θεραπεύεται φαρμακευτικά ή χειρουργικά.

# Είναι ακράτεια δεν είναι ...ντροπή

**Η** ακράτεια ούρων αποτελεί μια νοσολογική οντότητα κατά την οποία κλινικά παρουσιάζεται ακούσια απώλεια ούρων στην εκπόνηση των καθημερινών δραστηριοτήτων των ατόμων. Αποτελεί ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο, αν και συχνά αποκρύπτεται λόγω κοινωνικών ή ηθικών αναστολών, και παρατηρείται στο 20-25% του γυναικείου πληθυσμού σε ηλικία άνω των 40 ετών ενώ στον ανδρικό πληθυσμό αγγίζει μόλις το 2-5% των ενηλίκων.

Το ιδιαίτερα ενδιαφέρον κλινικό τμήμα της «απώλειας ούρων» είναι ότι στο 80% περίπου των περιπτώσεων θεραπεύεται χειρουργικά ή φαρμακευτικά, αποτελεί δηλαδή μια «ιάσιμη νόσο» και όχι, όπως πιστευόταν μέχρι πρόσφατα ή ακόμα θεωρείται από μεγάλο μέρος του πληθυσμού, ως σθεράπευτο ή φυσιολογικό παράγοντα ντροπής ή «κοινωνικής απομόνωσης».

Η ακράτεια ούρων υποδιαιρείται σε 3 βασικές μορφές ανάλογα με τα αίτια, τις κλινικές εκδηλώσεις και την κατηγορία του πληθυσμού που απασχολεί:

**1 Ακράτεια Προσπαθείας (Stress Incontinence):** Παρουσιάζεται βασικά στο γυναικείο φύλο, εκδηλώνεται με ακούσια απώλεια μικρής ή μεγαλύτερης ποσότητας ούρων κατά την αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης, η οποία μοιραία

μεταβιβάζεται στο ουρογεννητικό σύστημα. Είναι, κατά τη διάρκεια έντονης σωματικής καταπόνησης ή άσκησης (α' βαθμού), βήχα, φταρνίσματος, άρσης βάρους, σεξ (β' βαθμού) ή ακόμα και ελάχιστης δραστηριότητας, όπως περπάτημα ή οικιακές εργασίες (γ' βαθμού), σημειώνεται απώλεια ούρων λόγω ελλιπούς στήριξης της ουρήθρας και του αυχένα της ουροδόχου κύστης.

Βλάβη της στήριξης, είτε παθητική-ανατομική, λόγω πρόπτωσης της μήτρας-κυστεοκήλης, είτε ενεργητική, λόγω χαλαρού τόνου του ανελκίτρου του πρωκτού ή του ραβδοσφιγκτήρα της ουρήθρας, έχει ως συνέπεια την εμφάνιση ακράτειας προσπαθείας. Προδιαθετικοί παράγοντες για

εμφάνιση αυτής της μορφής ακράτειας είναι η πολυτοκία, οι επιπλεγμένοι τοκετοί (βεντούζα, εμβρουσική), η παχυσαρκία, το κάπνισμα και οι νόσοι του αναπνευστικού, όπως χρόνια βρογχίτιδα, με το βήχα που προκαλούν, ο σακχαρώδης διαβήτης (πολυουρία-πολυδιψία) και η χειρωνακτική εργασία.

Η βασική θεραπεία της μορφής αυτής της ακράτειας είναι χειρουργική, με την αποκοπή της ανατομικής στήριξης του ουροποικτικού με πληθώρα επεμβάσεων και διαφόρου βαθμού αποτελεσματικότητας αυτών, όπως πρόσθια κοιλιορραφία (60-70%), κοίλοσάνερση κατά Burch (85%), εχειρήσεις αγκύλης (sling operations 80-85%) ή κοιλιακό ράμμα ελευθέρου τύπου (TVT 80-90%), το οποίο πρόσφατα φαίνεται να κερδίζει έδαφος στις χειρουργικές επιλογές. Η θεραπεία των συμπαρομαρτούντων παθολογικών παραγόντων βελτιώνει κατά 40% περίπου την ακράτεια.

**2 Επιτακτική Ακράτεια (Detrusor Instability):** Παρουσιάζεται εξίσου στα δύο φύλα ή με αυξημένη συχνότητα στο γυναικείο, και εμφανίζεται με έλλειψη εγκράτειας, δηλαδή αυτόματα απώλεια ούρων, χωρίς δυνατότητα αναστολής της ούρησης, όταν η πλήρωση της ουροδόχου κύστης φτάσει σ' ένα συγκεκριμένο σημείο, συνήθως πολύ μικρότερο της φυσιολογικής

**Ο ουροδυναμικός έλεγχος είναι απαραίτητος για την εκτίμηση του μεγέθους της απώλειας ούρων και τη διάγνωση της μορφής της ακράτειας**



κής μέγιστης χωρητικότητας της κύστης, με αποτέλεσμα σε βαριές μορφές το μεσοδιάστημα μεταξύ των ουρήσεων να είναι τόσο μικρό που να απομονώνει κοινωνικά την πάσχουσα.

Οφείλεται, κυρίως, σε νευρολογικής φύσης βλάβες του ουροποιητικού, ενώ παράγοντες που ενοχοποιούνται είναι η γεροντική ηλικία και νευρολογικές νόσοι, δηλαδή όπως σακχαρώδης διαβήτης, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, σκλήρυνση κατά πλάκας, βλάβες νωτιαίου μυελού κ.λπ. Η θεραπεία αυτής της μορφής ακράτειας είναι βασικά φαρμακευτική, με τη χρήση αντιχολινεργικών φαρμάκων, με πολύ καλά έως μέτρια αποτελέσματα.

**3 Απώλεια ούρων εξ υπερηλήρωσης:** Αφορά συχνότερα το ανδρικό φύλο και πολύ λιγότερο το γυναικείο. Οφείλεται σε πλημμελή αποχέτευση των ούρων λόγω απόφραξης της ουρήθρας, συνηθέστατα λόγω διόγκωσης του προστάτη στο ανδρικό φύλο (80-90% του τύπου αυτού ακράτειας) ή εκσεσημασμένης κυστεοκήλης και αναστροφής της ανατομικής θέσης της ουροδόχου κύστης στη γυναίκα.

Η αδυναμία αποχέτευσης της κύστης δημιουργεί παθολογική αύξηση της χωρητικότητας της και στη συνέχεια απώλεια μικρών ποσοτήτων ούρων με την κίνηση ή αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης. Η θεραπεία είναι κατ'εξοχήν χειρουργική, με προστατεκτομή στον άνδρα ή ανάτση της κυστεοκήλης στη γυναίκα, καθώς και υποβοηθητική φαρμακευτική αγωγή προ ή μετεχειρητικά. +

## Ουροδυναμικός έλεγχος

Σ' ένα ποσοστό περίπου 30% μπορεί να συνυπάρχουν οι διάφορες μορφές ακράτειας, γεγονός που καθιστά απαραίτητο τον έλεγχο των ασθενών αυτών με την ειδική εξέταση που καλείται ουροδυναμικός έλεγχος. Η μελέτη αυτή είναι συνελώς απαραίτητη για την εκτίμηση του μεγέθους της απώλειας ούρων, τη διαφοροδιάγνωση μεταξύ των διαφόρων μορφών ακράτειας ή και για την προεγχειρητική ή μετεγχειρητική εκτίμηση των ασθενών.

Ο κλινικός γιατρός (παθολόγος, ουρολόγος, γυναικολόγος, χειρουργός) έχει συχνά ν' αντιμετωπίσει διαφοροδιαγνωστικά διλήμματα, καθώς π.χ. στο 40% γυναικών που παρουσιάζουν συμπτώματα επιτακτικής ακράτειας πάσχουν τελικά από ακράτεια προσπαθείας κι έτσι η φαρμακευτική αγωγή δεν φαίνεται να βελτιώνει καθόλου την ασθενή. Ο ουροδυναμικός έλεγχος περιλαμβάνει συνοπτικά:

**1** Λήψη ιστορικού και καταγραφή επιδερμικών παραγόντων.

**2** Ουροφλοομετρία: Καταγραφή της ταχύτητας και του ποσού ροής των ούρων.

**3** Κυστεομανομετρία: Ταυτόχρονη καταγραφή των πιέσεων της ουροδόχου κύστης, της κοιλίας και του εξωσπύρα μυός της κύστης με τη χρήση ειδικών ακροδεκτών (probes), ενώ με ειδικές κινήσεις (π.χ. θήλας), σε καθορισμένες θέσεις της ασθενούς (ύπτια, όρθια, προσπάθεια έγερσης) μελετάται η διεργασία της ούρησης, μιμούμενη την καθημερινή φυσιολογική δραστηριότητα της γυναίκας.

Πιο ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις, ανάλογα με τις ενδείξεις της ασθενούς, είναι επιγραμμιακά η προφίλομετρία της ουρήθρας, η πλεκτρομυογραφία και η video-κυστομανομετρία της ούρησης που, συνολικά, με απλό και οικονομικό τρόπο, προσφέρουν ξεκάθαρα αποτελέσματα και λύσεις στο θεράποντα ιατρό για τη βελτίωση ή ίαση των συμπτωμάτων της ασθενούς του.

