

GHIDURILE EAU PRIVIND SIMPTOMELE NON-NEUROGENE ALE TRACTULUI URINAR INFERIOR LA FEMEI

C.K. Harding (Președinte), M.C. Lapitan (Vicepreședinte), S. Arlandis, K. Bø, H. Cobussen-Boekhorst, E. Costantini, J. Groen, A.K. Nambiar, M.I. Omar, B. Peyronnet, V. Phé, C.H. van der Vaart
Asociați ai ghidurilor: F. Farag, M. Karavitis, M. Manso, S. Monagas, L. Moris, A. Nic an Riogh, E. O'Connor, N. Sihra, L. Tzelves
Reprezentanți ai pacienților în cadrul Ghidurilor: M. de Heide, T. van den Bos, M.L. van Poelgeest-Pomfret
Departamentul Ghiduri: N. Schouten

Introducere

În recenta ediție a ghidurilor s-a înregistrat o extindere semnificativă a domeniului de aplicare, de la „incontinența urinară” - IU la „simptome non-neurogene ale tractului urinar inferior la femei – LUTS (*Lower Urinary Tract Symptoms*)”. Principalul motiv a fost acela de a include o populație semnificativă de femei cu afecțiuni urologice funcționale, care nu sunt neapărat legate de IU și care nu au fost luate în considerare până în prezent în cadrul ghidurilor anterioare. În urma acestor modificări, au fost incluse câteva capitole suplimentare în acest ghid (inclusiv fistulele non-obstetricale, obstrucția de evacuare a vezicii urinare - BOO (Bladder Outlet Obstruction) la femei, vezica urinară hipoactivă – UAB (UnderActive Bladder) și nicturia), iar pe parcursul următoarelor două sau trei ediții este posibil ca domeniul de aplicare să se extindă și mai mult.

DIAGNOSTIC – GENERALITĂȚI

Anamneză și examinare fizică

Efectuarea unei anamneze clinice complete este esențială în cadrul procesului de evaluare clinică. În pofida lipsei dovezilor relevante care

să susțină acest lucru, există un consens unanim asupra faptului că efectuarea anamnezei trebuie să fie primul pas în evaluarea oricărei persoane cu LUTS

Anamneza trebuie să includă o evaluare completă a LUTS (simptome ale fazei de umplere, de golire și post-micționale) și a simptomelor de natură sexuală, gastrointestinală și neurologică. Trebuie oferite detalii și cu privire la episoadele acute, tipul, momentul și severitatea incontinenței urinare, precum și o încercare de cuantificare a simptomelor.

Anamneza trebuie să permită clasificarea LUTS în simptome ale fazei de umplere, de golire și post-micționale, precum și clasificarea incontinenței urinare în IU de efort (IUE), IU prin imperiozitate (IUI), IU mixtă (IUM) sau incontinență prin prea-plin, aceasta din urmă fiind definită ca „prezența IU în contextul simptomatic al unei vezici excesiv de pline (suprapline) (fără o cauză identificată)”.

Recomandare	Nivel de încredere
Se efectuează anamneză completă, inclusiv a simptomelor și a comorbidităților și se efectuează un examen fizic specific în cadrul evaluării pacienților cu LUTS.	Ridicat

Chestionare pentru pacienți

Rezumat al dovezilor	LE
Scorurile validate ale simptomelor specifice afecțiunii contribuie la depistarea și clasificarea LUTS.	3
Scorurile validate ale simptomelor cuantifică severitatea incontinenței urinare și a LUTS.	3
Atât chestionarele privind starea de sănătate în cadrul afecțiunii specifice, cât și cele privind starea generală de sănătate, evaluează starea de sănătate curentă și sunt susceptibile la modificări survenite în urma tratamentului.	3

Chestionarele pentru pacienți nu pot înlocui consultul detaliat al pacientei și trebuie utilizate doar ca parte a unei anamneze complete.

4

Recomandare	Nivel de încredere
Se utilizează un chestionar validat și adecvat ca parte a evaluării inițiale standardizate și a urmăririi LUTS la femei.	Ridicat

Jurnale de simptome ale vezicii urinare

Recomandări	Nivel de încredere
Pacientelor cu LUTS li se solicită să completeze un jurnal de simptome ale vezicii urinare ca parte a evaluării standardizate a LUTS la femei.	Ridicat
Se utilizează un jurnal de simptome ale vezicii urinare cu o durată de ≥ 3 zile.	Ridicat

Examen de urină

Recomandări	Nivel de încredere
Se efectuează examen de urină în cadrul evaluării inițiale a pacientelor cu LUTS.	Ridicat
În cazul unei infecții a tractului urinar, se reevaluează LUTS după tratament.	Ridicat
În mod obișnuit, nu se administrează tratament pentru bacteriurie asimptomatică la pacientele în vârstă cu scopul de a diminua incontinența urinară.	Ridicat

Recomandări	Nivel de încredere
Se măsoară volumul reziduului vezical (RV) la paciențele cu LUTS în cadrul evaluării inițiale.	Ridicat
Se efectuează ecografie pentru a măsura RV.	Ridicat
Se monitorizează RV în cazul paciențelor care primesc tratamente care pot cauza sau agrava disfuncțiile de golire vezicală.	Ridicat
Indicele de eficiență a golirii vezicii urinare este utilizat ca parametru adițional măsurării VR.	Scăzut

Urodynamică

Rezumat al dovezilor	LE
Urodynamică oferă o analiză cuprinzătoare a funcției tractului urinar inferior subiacentă diferitelor afecțiuni clinice.	4
Majoritatea parametrilor urodinamici prezintă variabilitate în cadrul aceleiași ședințe și de-a lungul timpului.	3
Diferitele tehnici de măsurare a funcției uretrale pot prezenta fiabilitate în cadrul procesului de testare-retestare, dar rezultatele nu se corelează constant cu cele ale altor teste de urodynamică sau cu severitatea incontinenței urinare.	3
Pot exista neconcordanțe între datele obținute în urma efectuării anamnezei și rezultatele de urodynamică.	3
Diagnosticul urodynamic al hiperactivității mușchilor detrusor DO (<i>detrusor overactivity</i>) nu influențează rezultatele tratamentului la paciențele cu vezică hiperactivă.	1a
Testele de urodynamică preoperatorie la femeile cu incontinență urinară de efort (IUE) necomplicată, demonstrabilă clinic, nu îmbunătățesc rezultatul intervenției chirurgicale pentru IUE.	1b

Nu există o corelație semnificativă între rezultatele testelor funcționale uretrale și succesul sau eșecul ulterior al intervenției chirurgicale pentru IUE.	3
Nu există dovezi semnificative conform cărora DO preoperatorie se asociază cu eșecul operației pentru incontinență urinară mixtă la femei.	3
Prezența DO preoperatorie se poate asocia cu persistența imperiozității în perioada postoperatorie în cazul femeilor cărora li se efectuează o intervenție chirurgicală pentru IUE.	3

Recomandări	Nivel de încredere
Trebuie respectate standardele de bună practică privind urodynamică descrise de Societatea Internațională de Continență (<i>International Continence Society - ICS</i>) în cazul în care se efectuează teste de urodynamică la paciențele cu LUTS.	Ridicat
Nu se efectuează în mod obișnuit teste de urodynamică în cazul în care se propune tratament pentru incontinența urinară de efort fără complicații.	Ridicat
Nu se efectuează în mod obișnuit teste de urodynamică în cazul în care se propune tratament de prima linie pacienților cu simptome de vezică urinară hiperactivă – VHA / OAB - overactive bladder) fără complicații.	Ridicat
Se efectuează teste de urodynamică în cazul în care rezultatele pot influența alegerea unui tratament invaziv.	Scăzut
Nu se efectuează profilometria uretrală UPP (<i>urethral pressure profile</i>) sau evaluarea presiunii de apariție a incontinenței (ALPP (<i>abdominal leak point pressure</i>) / VLPP (<i>Valsalva leak point pressure</i>) pentru a evalua severitatea IU.	Ridicat

Testul tamponului

Recomandări	Nivel de încredere
Când se efectuează testul tamponului, se utilizează un protocol standardizat din punct de vedere al duratei și al activității.	Ridicat
Testul tamponului este utilizat când este necesară o cuantificare a gradului incontinenței urinare, în special pentru a evalua răspunsul la tratament.	Scăzut

Imagistică

Recomandare	Nivel de încredere
Nu se efectuează în mod obișnuit examinarea imagistică a tractului urinar superior sau inferior ca parte a evaluării LUTS.	Ridicat

Biomarkeri urinari

Recomandare	Nivel de încredere
Nu se efectuează în mod obișnuit analiza biomarkerilor urinari sau estimarea microbiomului urinar în cadrul procedurii de diagnostic și management al afecțiunilor TUI la femei.	Ridicat

MANAGEMENTUL BOLII

Vezica urinară hiperactivă - VHA

Vezica hiperactivă este definită de ICS ca fiind „senzația de nevoie urgentă de urinare, însoțită de obicei de polakiurie (micțiuni frecvente) și nicturie, cu sau fără incontinență urinară acută, în absența unei infecții a tractului urinar (ITU) sau a altor afecțiuni evidente”.

Evaluare diagnostică

Recomandări	Nivel de încredere
Pacientelor li se solicită să completeze un jurnal micțional cu o durată de cel puțin trei zile în cadrul evaluării inițiale pentru vezica hiperactivă (VHA).	Ridicat
Nu se efectuează în mod obișnuit teste de urodinamică la administrarea tratamentului de primă linie pacienților cu simptome de VHA fără complicații.	Ridicat

Management conservator

Abordarea bolii subiacente/tulburării cognitive

Simptomele tractului urinar inferior, în special la pacientele în vârstă, au fost asociate cu multiple comorbidități, inclusiv:

- insuficiența cardiacă;
- insuficiența renală cronică;
- diabetul;
- boala pulmonară obstructivă cronică;
- afecțiunile neurologice
- tulburările cognitive generale;
- tulburările de somn, de exemplu sindromul de apnee în somn;
- depresia;
- sindromul metabolic.

Managementul conservator al vezicii hiperactive

Recomandare	Nivel de încredere
Se efectuează anamneză în ceea ce privește administrarea curentă de medicamente în cazul tuturor pacienților cu vezică urinară hiperactivă.	Ridicat
Se analizează orice medicament nou, asociat cu dezvoltarea sau agravarea simptomelor de vezică urinară hiperactivă.	Ridicat

Recomandări	Nivel de încredere
Femeile cu VHA și/sau persoanele care le îngrijesc trebuie să fie informate cu privire la opțiunile terapeutice disponibile, înainte de a decide exclusiv în favoarea conținutului urinar.	Ridicat
Se oferă tamponuri pentru incontinență și/sau dispozitive de conținut pentru gestionarea VHA asociate cu IUI, fie pentru controlul temporar al simptomelor, fie când alte tratamente nu sunt planificate sau posibile.	Ridicat
Se oferă profilaxie antibiotică pacienților cu infecții recurente ale tractului urinar doar în urma unei discuții cu privire la riscul de creștere a rezistenței la antimicrobiene.	Ridicat

Intervenții privind stilul de viață

Rezumat al dovezilor	LE
Reducerea aportului de cofeină poate ameliora simptomele legate de frecvența și urgența micțiunilor.	2
Reducerea aportului de lichide cu 25% poate contribui la ameliorarea simptomelor de VHA, dar nu și a IUI.	1b
Consilierea personalizată privind aportul de lichide asociată tratamentului farmacologic, nu oferă niciun beneficiu suplimentar pacienților cu VHA.	2
Obezitatea este un factor de risc pentru IU la femei, dar relația acestora cu alte simptome ale VHA rămâne neclară.	1b
Există date limitate conform cărora renunțarea la fumat ameliorează simptomele de VHA.	3

Recomandări	Nivel de încredere
Pacientele adulte cu VHA trebuie informate cu privire la faptul că reducerea aportului de cofeină poate ameliora simptomele privind urgența și frecvența micțiunilor, dar nu și IU.	Ridicat
Se evaluează tipul și cantitatea de lichide consumate de către pacientele cu VHA.	Scăzut
Pacientele adulte supraponderale și cele cu obezitate care prezintă VHA/IU trebuie încurajate să scadă în greutate și să mențină această reducere a greutatei corporale.	Ridicat
Se propun strategii de renunțare la fumat pacientelor fumătoare cu VHA.	Ridicat

Terapii comportamentale și fizice

Rezumat al dovezilor	LE
Stimularea golirii vezicii, fie separat, fie ca parte a unui program de modificare a comportamentului, îmbunătățește continența în cazul persoanelor în vârstă, dependente de îngrijire, pe termen scurt.	1b
Reeducarea vezicii urinare este eficientă în ceea ce privește ameliorarea IUI la femei, dar eficacitatea acesteia pare mai mică decât cea a tratamentului farmacologic.	1b
Antrenarea musculaturii planșeului pelvin poate ameliora simptomele legate de frecvența micțiunilor prezente în cazul VHA la femei.	1b
Stimularea electrică poate ameliora simptomele de VHA în cazul anumitor femei, dar tipul și modul de administrare sunt diferite și slab standardizate.	1a
Stimularea nervului tibial posterior PTNS (<i>posterior tibial nerve stimulation</i>) este mai eficientă decât administrarea de antimuscarinice în ceea ce privește reducerea episoadelor de IUI, dar nu există nicio	1a

diferență în ceea ce privește ameliorarea altor simptome de VHA.	
Un program de întreținere cu efectuarea de P-PTNS (<i>percutaneous PTNS</i>) s-a dovedit eficient timp de până la 3 ani.	2a
PTNS transcutanată pare a fi eficientă în ceea ce privește ameliorarea simptomelor VHA în comparație cu un placebo.	1a
PTNS transcutanată nu este inferioară în comparație cu P-PTNS în ceea ce privește îmbunătățirea scorurilor de imperiozitate, polachiurie și de calitate a vieții.	1a

Recomandări	Nivel de încredere
Oferiți un program de micțiuni programate în cazul pacientelor adulte cu VHA și tulburări cognitive.	Ridicat
Propuneți reeducarea vezicii urinare ca tratament de primă linie în cazul pacientelor adulte cu VHA/ IUI.	Ridicat
Programele de antrenare a musculaturii planșeului pelvin trebuie să fie cât mai intensive posibil.	Ridicat
Se ia în considerare PTNS ca o opțiune terapeutică pentru ameliorarea simptomatologiei VHA/IUI.	Ridicat

Managementul farmacologic

Medicamente anticolinergice

Rezumat al dovezilor	LE
Medicamentele anticolinergice sunt eficiente în ceea ce privește ameliorarea VHA, reducerea episoadelor de IUI, reducerea episoadelor zilnice de imperiozitate și frecvență a micțiunilor și creșterea volumului urinar mediu, în comparație cu placebo.	1a
Tratamentul cu medicamentele anticolinergice are un număr mai mare de reacții adverse în comparație cu placebo, inclusiv xerostomie, tulburări cognitive și	1a

constipație.	
Preparatele cu eliberare prelungită și administrare o dată pe zi se asociază cu rate mai mici de reacții adverse în comparație cu preparatele cu eliberare imediată.	1b
Administrarea de oxibutinină pe cale transdermică se asociază cu rate mai mici de xerostomie decât medicamentele anticolinergice cu administrare orală, dar are o rată ridicată de întrerupere a tratamentului din cauza reacțiilor adverse la nivel cutanat.	1b
Tratamentul cu medicamente anticolinergice în doze crescute este mai eficient în ceea ce privește ameliorarea simptomelor VHA, dar prezintă un risc ridicat de reacții adverse.	1a
Niciun medicament anticolinergic nu este în mod clar superior altuia în ceea ce privește remiterea sau ameliorarea VHA/IUI.	1a
Asocierea tratamentului cu antimuscarinice cu un alt tip de tratament a fost mai eficientă în comparație cu tratamentul cu antimuscarinice în monoterapie în ceea ce privește ameliorarea VHA.	1a
Aderența la tratamentul anticolinergic este scăzută și scade de-a lungul timpului din cauza lipsei de eficacitate, a reacțiilor adverse și/sau a costurilor.	2a
Majoritatea pacienților vor întrerupe tratamentul cu agenți anticolinergici în primele trei luni.	2a

Recomandări	Nivel de încredere
Oferiți administrarea de tratament cu medicamente anticolinergice în cazul femeilor cu VHA la care tratamentul conservator nu are rezultate.	Ridicat
Se iau în considerare formele cu eliberare	Ridicat

prelungită ale medicamentelor anticolinergice ori de câte ori este posibil.	
Dacă un tratament anticolinergic se dovedește ineficient, se ia în considerare creșterea progresivă a dozei, administrarea unui alt agent anticolinergic sau administrarea de mirabegron (în monoterapie sau în asociere cu un medicament anticolinergic).	Ridicat
Se încurajează evaluarea precoce (a eficacității și a reacțiilor adverse) a pacienților cu tratament anticolinergic pentru VHA.	Ridicat

Agoniști ai receptorilor beta 3-adrenergici

Mirabegron

Rezumat al dovezilor	LE
Mirabegron și vibegron sunt mai eficiente decât placebo în ceea ce privește ameliorarea simptomelor din cadrul VHA)/ IUI.	1a
Ratele de reacții adverse ale mirabegron și vibegron sunt similare cu cele ale placebo.	1a
Tratamentul cu agoniști ai receptorilor beta 3-adrenergici este la fel de eficient ca și cel cu antimuscarinice în managementul VHA, dar cu rate mai reduse de xerostomie.	1a
Pacientele tratate insuficient cu solifenacin 5 mg pot prezenta beneficii suplimentare în urma asocierii de mirabegron la tratament decât dacă s-ar crește doza de solifenacin.	1b

Recomandări	Nivel de încredere
Oferiți administrarea de agoniști ai receptorilor beta 3-adrenergici ca alternativă la medicamentele anticolinergice în cazul femeilor cu VHA la care tratamentul conservator nu are rezultate.	Ridicat

Oferiți administrarea de mirabegron ca tratament suplimentar în cazul pacienților cu ameliorate insuficient cu solifenacin 5 mg.	Scăzut
--	--------

Medicamentele anticolinergice și agoniștii receptorilor beta 3-adrenergici: persoanele în vârstă și procesele cognitive

Recomandări	Nivel de încredere
Tratamentul anticolinergic pe termen lung trebuie administrat cu prudență la femeile în vârstă, în special la cele care prezintă risc de tulburări cognitive sau care au tulburări cognitive preexistente.	Ridicat
Evaluati efectele asociate tratamentului anticolinergic în raport cu comorbiditățile în cazul femeilor la care se ia în considerare un tratament anticolinergic pentru VHA.	Scăzut

Estrogeni

Recomandare	Nivel de încredere
Oferiți tratament topic vaginal cu estrogeni la femeile cu LUTS și simptome asociate sindromului genito-urinar de menopauză.	Scăzut

Management chirurgical

Injectarea de onabotulinumtoxinA la nivelul peretelui vezicii urinare

Rezumat al dovezilor	LE
O singură doză de tratament cu onabotulinumtoxina A (onabotA) (100 U) administrată prin injectare la nivelul peretelui vezicii urinare este mai eficientă decât placebo în ceea ce privește vindecarea și ameliorarea IUI/ simptomelor VHA și îmbunătățirea calității vieții.	1a

Nu există dovezi că injectarea repetată de onabotA are eficacitate redusă, dar ratele de întrerupere a tratamentului sunt ridicate.	2a
Există un risc de disfuncție micțională, de creștere a volumul reziduuului postmicțional și de infecție a tractului urinar în cazul administrării injectabile de onabotA.	1a
Riscul de bacteriurie după injectarea de onabotA (100 U) este ridicat, dar semnificația clinică a acesteia rămâne incertă.	1b
Tratamentul cu onabotA este mai eficient în ceea ce privește vindecarea IUI, dar la fel de eficient în ceea ce privește reducerea medie a episoadelor de IUI în comparație cu tratamentul cu antimuscarinice.	1a
Tratamentul cu onabotA se asociază cu rate mai mari de disfuncție micțională decât tratamentul cu antimuscarinice.	1a

Recomandări	Nivel de încredere
Oferiți tratament injectabil cu onabotA (100 U) la nivelul peretelui vezicii urinare la paciențele cu VHA/IUI refractară la tratamentul conservator sau la tratamentul farmacologic.	Ridicat
Paciențele trebuie atenționate cu privire la durata limitată a răspunsului terapeutic, riscul de infecție a tractului urinar și posibila necesitate de auto-cateterizare intermitentă curată înainte de a li se propune administrarea tratamentului cu onabotA.	Ridicat

Stimularea nervului sacral (neuromodulație sacrală)

Rezumat al dovezilor	LE
Stimularea nervului sacral SNS (<i>sacral nerve stimulation</i>) este mai eficientă decât continuarea unui tratament conservator care nu a dat rezultate în cazul VHA / IUI, dar nu au fost efectuate studii placebo controlate.	1b

SNS este la fel de eficientă la 24 de luni ca și administrarea injectabilă de onabotulinumtoxinA 200 U la nivel detrusorian.	1b
În cazul pacientelor cărora li s-a efectuat un implant, ameliorarea cu 50% a IUI se menține la $\geq 50\%$ dintre acestea, iar 15% sunt vindecate complet la 4 ani.	3

Recomandare	Nivel de încredere
Se poate propune SNS pentru pacientele cu VHA/IUI refractară la tratament anticolinergic.	Ridicat

Tratament cu laser

Rezumat al dovezilor	LE
Tratamentul vaginal cu laser prezintă o ameliorare minimă a simptomelor VHA, pe termen scurt, cu foarte puține complicații. Cu toate acestea, lipsesc datele privind eficacitatea și siguranța pe termen lung.	3

Recomandare	Nivel de încredere
Nu oferiți terapia cu laser la nivel vaginal ca tratament al simptomelor VHA în afara participării în cadrul unui studiu de cercetare clinică bine definit.	Ridicat

Cistoplastie/deviație urinară

Recomandări	Nivel de încredere
Personal medical specializat trebuie să ofere pacientei consiliere și sprijin pe tot parcursul vieții, atât înainte, cât și după intervenția chirurgicală majoră ca tratament pentru vezica urinară hiperactivă (VHA).	Ridicat

Se propune efectuarea cistoplastiei de augmentare la pacientele cu VHA/IUI în cazul cărora celelalte opțiuni terapeutice nu au avut rezultate și care au fost informate cu privire la toate posibilele complicații.	Scăzut
Pacientele la care se efectuează cistoplastie de augmentare trebuie informate cu privire la riscul ridicat de auto-cateterizare intermitentă curată (trebuie ca acestea să fie dispuse și apte să realizeze această manevră) și la faptul că vor avea nevoie de supraveghere pe tot parcursul vieții.	Ridicat
Nu oferiți efectuarea miomectomiei mușchiului detrusor ca tratament pentru IUI.	Scăzut
Oferiți efectuarea unei deviații urinare exclusiv pacientelor la care tratamente mai puțin invazive pentru VHA/IUI nu au avut rezultate, care acceptă o stomă și care au fost atenționate cu privire la un posibil risc, scăzut, de transformare neoplazică.	Scăzut

Urmărire

Urmărirea femeilor cu VHA este determinată de tipul de tratament instituit și de nivelul serviciilor de asistență medicală la nivel local. Prin urmare, standardizarea procesului de urmărire poate fi dificilă. Grupul de experți oferă recomandări pe baza celor mai bune practici și standardelor din studiile clinice.

Recomandări	Nivel de încredere
Se propune urmărirea precoce a femeilor care au început tratament cu medicamente anticolinergice sau cu agoniști beta 3-adrenergici.	Ridicat

Se propune administrarea de injecții repetate cu onabotulinumtoxinA, în funcție de necesități, femeilor în cazul cărora acest tip de tratament a fost eficient (a se consulta recomandările producătorului cu privire la intervalul minim de timp între injecțiile repetate).	Ridicat
Se propune supravegherea pe tot parcursul vieții a femeilor cu implant de dispozitiv de stimulare a nervului sacral, pentru a monitoriza deplasarea electrodului, funcționarea necorespunzătoare și uzura bateriei.	Ridicat
Se propune supraveghere cistoscopică în cazul femeilor cu cistoplastie de augmentare din cauza existenței unui risc, redus, de malignizare.	Scăzut

Incontinența urinară de efort

Clasificare

Pacientele cu incontinență urinară de efort (IUE) pot fi clasificate ca fiind „fără complicații” și „cu complicații”. Grupul de experți a ajuns la un consens în ceea ce privește definiția care va fi utilizată pe parcursul acestui ghid:

- Femei cu IUE fără complicații: fără antecedente de intervenții chirurgicale pentru IUE, fără intervenții chirurgicale pelvine extinse anterioare, fără radioterapie pelvină anterioară, fără disfuncție neurogenă a TUI, fără prolaps genito-urinar semnificativ clinic, fără simptome legate de micțiune și fără afecțiuni medicale la nivelul tractului urinar inferior. În cazul în care sunt prezente simptome suplimentare semnificative de acumulare, în special VHA, se ia în considerare un posibil diagnostic de IUM.
- Femei cu IUE cu complicații: femei cu intervenții chirurgicale anterioare pentru incontinență sau intervenții chirurgicale pelvine extinse anterioare, femei cu antecedente de radioterapie pelvină, prezența prolapsului anterior sau apical al organelor pelvine, prezența simptomelor legate de micțiune sau prezența disfuncției neurogene a tractului urinar inferior și femei cu

Evaluare diagnostică*Anamneză și examinare fizică*

Recomandare	Nivel de încredere
Se efectuează anamneză completă și examinare fizică amănunțită, inclusiv un test standardizat de tuse, în cazul tuturor femeilor care prezintă IUE.	Ridicat

Chestionare pentru pacienți

Recomandare	Nivel de încredere
Se utilizează un chestionar validat și adecvat ca parte a evaluării standardizate a pacienților cu IUE.	Ridicat

Volumul reziduului vezical postmictional

Recomandări	Nivel de încredere
Se măsoară volumul reziduului vezical postmictional (VR), în special în cadrul evaluării pacienților cu simptome la micțiune sau incontinență urinară de efort (IUE) cu complicații.	Ridicat
Măsurarea VR se efectuează, de preferință, prin intermediul ecografiei, nu al cateterizării (sondării) vezicale.	Ridicat
Se monitorizează VR la pacientele programate pentru administrarea unui tratament care poate cauza sau agrava disfuncția mictională, inclusiv intervenția chirurgicală pentru IUE.	Ridicat

Urodynamică

Rezumat al dovezilor	LE
Testele de urodinamică preoperatorie la femeile cu IUE fără complicații, demonstrabilă clinic, nu îmbunătățește rezultatul intervenției chirurgicale pentru IUE.	1b
Nu există o corelație constantă între rezultatele testelor pentru funcția uretrală și succesul sau eșecul ulterior al intervenției chirurgicale pentru IUE.	3
Nu există nicio dovadă semnificativă conform căreia hiperactivitatea preoperatorie a mușchiului detrusor se asociază cu eșecul chirurgical al procedurii de tip sling medio-uretral MUS (<i>mid-urethral sling</i> – bandeletă) la femei.	3

Recomandări	Nivel de încredere
Se efectuează teste urodinamice preoperatorii în cazurile de IUE cu simptome de stocare asociate; cazurile în care tipul de incontinență nu este clar; cazurile în care se suspectează o disfuncție micțională; și cazurile asociate de prolaps de organe pelvine sau intervenții chirurgicale anterioare pentru IUE.	Scăzut
Se efectuează teste de urodinamică în cazul în care rezultatele pot influența alegerea unui tratament invaziv.	Scăzut
Nu se utilizează UPP sau ALPP/VLPP pentru a evalua gravitatea incontinenței, deoarece acestea sunt, în primul rând, teste funcționale uretrale.	Ridicat

Recomandare	Nivel de încredere
Nu se efectuează investigații imagistice ale tractului urinar superior sau inferior ca parte a evaluării de rutină a IUE.	Ridicat

Managementul bolii

Management conservator

Obezitatea și scăderea în greutate

Recomandare	Nivel de încredere
Femeile supraponderale și cele cu obezitate care prezintă LUTS/IUE trebuie încurajate să scadă în greutate și să mențină această reducere a greutatei corporale.	Ridicat

Antrenarea musculaturii planșeului pelvin

Recomandări	Nivel de încredere
Se propune antrenarea intensivă a musculaturii planșeului pelvin <i>PFMT</i> (<i>pelvic floor muscle training</i>) sub supraveghere, pe o durată de cel puțin trei luni, ca tratament de primă linie pentru toate femeile cu IUE sau IUM (inclusiv pentru femeile în vârstă și pentru cele aflate în perioada pre- și postnatală).	Ridicat
Programele de PFMT trebuie să fie cât mai intensive posibil.	Ridicat
Se pun în balanță eficacitatea și lipsa reacțiilor adverse ale PFMT cu efectul anticipat și complicațiile unei intervenții chirurgicale invazive pentru IUE.	Ridicat

Se ia în considerare stimularea electrică în tratamentul IUE sau ca instrument suplimentar în efectuarea PFMT.	Scăzut
--	--------

Managementul farmacologic

Estrogeni

Recomandare	Nivel de încredere
Se propune administrarea de tratament vaginal cu estrogeni în cazul femeilor aflate la menopauză cu IUE și simptome de atrofie vulvo-vaginală.	Ridicat
În cazul femeilor cu tratament cu estrogen conjugat cu administrare orală ca tratament de substituție hormonală (TSH) care dezvoltă sau prezintă o agravare a IUE, se va lua în discuție un tratament TSH alternativ.	Ridicat

Duloxetină

Rezumat al dovezilor	LE
Administrarea de duloxetină reduce IUE la femei, dar șansele de vindecare sunt scăzute.	1a
Duloxetina poate provoca reacții adverse semnificative la nivelul sistemului gastrointestinal și al sistemului nervos central, ceea ce duce la o rată ridicată de întrerupere a tratamentului, deși aceste simptome pot apărea doar în primele săptămâni de tratament.	1a

Recomandări	Nivel de încredere

Se propune administrarea de duloxetină (acolo unde este autorizată) pacientelor selectate cu IUE care nu răspund la alte tratamente conservatoare și care doresc să evite tratamentul invaziv, oferind consiliere amănunțită cu privire la riscul de reacții adverse.	Ridicat
Tratamentul cu duloxetină trebuie inițiat și încheiat prin intermediul procedurii de titrare a dozei, din cauza riscului ridicat de reacții adverse.	Ridicat

Management chirurgical

Considerente generale

Utilizarea unei plase chirurgicale de polipropilenă pentru efectuarea unui sling medio-uretral (MUS) sintetic pentru tratamentul IUE a fost recent analizată cu atenție ca urmare a preocupărilor legate de complicațiile pe termen lung. În unele țări europene, cum ar fi Marea Britanie, procedura utilizând MUS sintetic a fost suspendată.

O analiză parlamentară britanică din anul 2020 a concluzionat că „În cazul multor femei, intervenția chirurgicală cu inserție de plasă chirurgicală nu prezintă probleme și duce la ameliorarea afecțiunii lor. Totuși, acest lucru nu este valabil în cazul tuturor femeilor. Nu există informații certe cu privire la numărul real de femei care au suferit complicații. Chiar dacă aceste cazuri reprezintă o minoritate, acest fapt nu reduce cu nimic aspectul traumatizant al suferinței lor și nici importanța oferirii de sprijin și obținerii de învățăminte din experiențele acestora”.

Managementul chirurgical al IUE fără complicații

Recomandări	Nivel de încredere
Se propune pacientelor care au luat sau nu în considerare opțiunile de tratament conservator să aleagă între diferite tipuri de intervenții chirurgicale, dacă este cazul, și se discută avantajele și dezavantajele fiecărui tip de	Ridicat

intervenție.	
Se utilizează dispozitive noi pentru tratamentul IUE exclusiv în cadrul unui program de cercetare bine definit. Rezultatele acestora trebuie monitorizate în cadrul unui registru sau al unui studiu de cercetare bine definit.	Ridicat
Se are în vedere luarea în comun a deciziilor când se decide asupra tratamentului adecvat pentru IUE.	Ridicat

Intervenția de colposuspensie clasică și laparoscopică

Recomandare	Nivel de încredere
Se propune efectuarea unei intervenții de colposuspensie (clasică sau laparoscopică) în cazul femeilor care doresc un tratament chirurgical pentru IUE, în urma unei discuții amănunțite privind riscurile și beneficiile în comparație cu alte metode chirurgicale.	Ridicat

Procedură de tip sling autolog

Rezumat al dovezilor	LE
Procedura de tip sling autolog pentru tratamentul IUE este corelată cu rate ridicate de vindecare.	1a
Sling-ul autolog este mai eficient din punct de vedere al ratei de vindecare decât colposuspensia.	1a
Procedura de tip sling autolog prezintă o rată similară de reacții adverse în comparație cu colposuspensia clasică, cu rate mai mari de disfuncție micțională și infecție postoperatorie a tractului urinar, dar cu rate mai scăzute de prolaps de organe pelvine și de perforație a vezicii urinare sau a uretrei.	1a

Recomandare	Nivel de încredere
Se propune procedura de tip sling autolog în cazul femeilor care doresc un tratament chirurgical IUE, în urma unei discuții amănunțite privind riscurile și beneficiile în comparație cu alte metode chirurgicale.	Ridicat

Injectarea agenților volumetrici

Rezumat al dovezilor	LE
<i>Agente volumetrici</i> pot oferi ameliorare pe termen scurt și vindecare în cazul femeilor cu incontinență urinară de efort (IUE).	1b
<i>Agente volumetrici</i> sunt mai puțin eficienți decât slingul medio-uretral (MUS), colposuspensia sau slingul autolog în ceea ce privește vindecarea IUE și ar putea fi necesare injectări repetate pentru a obține beneficii susținute.	1b
Utilizarea țesutului adipos autolog și a acidului hialuronic ca agenți volumetrici prezintă un risc ridicat de reacții adverse.	1a
Ratele de reacții adverse ale agenților volumetrici sunt mai reduse în comparație cu intervenția chirurgicală clasică.	2a
Nu există dovezi conform cărora un anumit tip de agent volumetric ar fi mai bun decât altul.	1b
Administrarea injectabilă la nivel periuretral a agenților volumetrici se poate asocia cu un risc ridicat de retenție urinară în comparație cu injectarea transuretrală.	2b

Recomandări	Nivel de încredere
Se propune administrarea de agenți volumetrici uretrali pacienților care optează pentru tratament chirurgical pentru IUE, după o discuție amănunțită privind riscurile și beneficiile în comparație cu alte metode chirurgicale.	Ridicat
Se propune administrarea de agenți volumetrici uretrali la femeile cu IUE care aleg o procedură cu risc scăzut, înțelegând că eficacitatea este redusă în comparație cu alte tipuri de intervenții chirurgicale, că este probabilă repetarea injectării, iar durabilitatea și siguranța pe termen lung nu sunt demonstrate.	Ridicat
Nu se propune utilizarea de țesut adipos autolog și acid hialuronic ca agenți volumetrici uretrali din cauza riscului ridicat de reacții adverse.	Ridicat

Tratament cu laser

Recomandare	Nivel de încredere
Nu se propune administrarea de terapie cu laser la nivel vaginal ca tratament al simptomelor de IUE în afara participării în cadrul unui studiu de cercetare clinică bine definit.	Ridicat

Procedura de tip sling medio-uretral (MUS)

Rezumat al dovezilor	LE
Procedura de tip sling medio-uretral retropubian (MUS - mid-urethral sling – bandă suburetrală) pare să fie un tratament bun în ceea ce privește rezultatele subiective (raportate de pacienți) și obiective privind remisia IUE în comparație cu colposuspensia retropubiană.	1 a

Procedura de tip MUS sintetic efectuată pe cale transobturatorie TVT-O (Tension-free Vaginal Tape – Obturator) / TOT (<i>Transobturator Tension-free Vaginal Tape</i> sau retropubiană TVT (<i>Bottom-up Tension-free Vaginal Tape</i>) prezintă rezultate similare raportate de paciente, la un an.	1 a
Procedura de tip MUS sintetic efectuată pe cale retropubiană prezintă rate ridicate de vindecare, raportate de paciente, pe termen lung.	1 b
Analiza pe termen lung a cohortelor cu procedură de tip MUS a arătat menținerea răspunsului la tratament după zece ani.	2b
Calea retropubiană de inserție, în comparație cu cea transobturatorie, se asociază cu un risc intraoperator ridicat de perforare a vezicii urinare și cu o rată ridicată de disfuncție micțională.	1a
Calea de inserție transobturatorie se asociază cu un risc ridicat de durere inghinală în comparație cu cea retropubiană.	1a
Analiza pe termen lung a MUS nu a arătat nicio diferență în ceea ce privește eficacitatea privind direcția de inserție (dinspre exterior spre interior / <i>outside-in</i>) în comparație cu cea de tip interior spre exterior / <i>inside-out</i>), pe o perioadă de până la nouă ani.	2a
Direcția de sus în jos (dinspre interior spre exterior) în cadrul abordului retropubian este asociată cu un risc ridicat de disfuncție micțională postoperatorie.	1b
Eficacitatea procedurii de tip sling cu o singură incizie Ajust® și Altis® în comparație cu procedurile de tip MUS convenționale nu este inferioară la 15 și 36 de luni.	1b
Timpul operator în cazul procedurilor de tip MUS cu o singură incizie este mai scăzut decât în cazul procedurilor de tip sling retropubian standard.	1b
Sângerarea și durerea postoperatorie imediată sunt reduse în cazul procedurii de tip sling cu o singură incizie în comparație cu procedurile de tip MUS convenționale.	1b

Rata expunerii plasei chirurgicale, a intervențiilor chirurgicale repetate pentru IUE și a dispăruiniei la trei ani este ridicată în cazul procedurilor de tip sling cu o singură incizie (Ajust® și Altis®) în comparație cu procedurile de tip MUS convenționale.	1b
Nu există dovezi în ceea ce privește apariția mai mult sau mai puțin probabilă a altor reacții adverse în urma intervenției chirurgicale de tip inserție sling cu o singură incizie în comparație cu procedura de tip MUS convențional.	1b
În cazul femeilor la care se efectuează tratament chirurgical pentru IUE, este posibil ca incontinența coitală să se amelioreze.	3
În general, există dovezi contradictorii în ceea ce privește funcția sexuală după intervenția chirurgicală pentru IUE.	1a

Recomandări	Nivel de încredere
Se propune o procedură de tip sling la nivel medio-uretral (MUS) în cazul femeilor care aleg tratamentul chirurgical pentru IUE, după o discuție amănunțită privind riscurile și beneficiile în comparație cu alte metode chirurgicale.	Ridicat
Femeile trebuie informate cu privire la faptul că rezultatele pe termen lung ale procedurii de tip MUS de tip TVT sunt superioare în comparație cu ale celor de tip TOT.	Ridicat
Femeile trebuie informate cu privire la complicațiile asociate procedurilor de tip MUS și trebuie discutate toate variantele de tratament, având în vedere publicitatea recentă din jurul inserției de plase chirurgicale.	Ridicat

Femeile în cazul cărora se propune procedura de tip sling cu o singură incizie (Ajust® și Altis®) trebuie informate despre faptul că eficacitatea pe termen scurt pare a fi similară cu cea a procedurii de tip MUS convențional.	Ridicat
Femeile cărora li se propune procedura de tip sling cu o singură incizie trebuie informate cu privire la faptul că eficacitatea pe termen lung rămâne incertă.	Ridicat

Alte tratamente ale incontinenței urinare de efort fără complicații

Recomandări	Nivel de încredere
Se propun dispozitive mecanice femeilor cu IUE ușoară până la moderată, în cazul cărora tratamentele conservatoare nu au dat rezultate, doar în cadrul unui studiu de cercetare bine definit.	Ridicat
Femeile la care se practica inserție de sfincter urinar artificial AUR (<i>Artificial Urinary Sphincter</i> / sfincter urinar artificial) sau dispozitiv de compresie reglabil ACT® (Adjustable Compression Device) trebuie informate că, deși vindecarea este posibilă, există un risc ridicat de complicații, de eșec mecanic sau de necesitate a explantării dispozitivului, chiar și în cadrul centrelor specializate.	Ridicat

Managementul incontinenței urinare de efort cu complicații

Recomandări	Nivel de încredere
Tratamentul IUE cu complicații trebuie efectuat doar în centre cu experiență adecvată.	Ridicat

Intervenția chirurgicală pentru IUE recurentă se alege pe baza unei evaluări atente, incluzând caracteristicile individuale ale pacientei și luând în considerare efectuarea de investigații suplimentare, cum ar fi cistoscopie, teste de urodinamică multicanal, după caz.	Ridicat
Femeile cu IUE recurentă trebuie informate cu privire la faptul că rezultatul unei intervenții chirurgicale, în cazul în care se efectuează ca tratament de linia a doua, este, în general, inferior în comparație cu efectuarea acesteia ca tratament de primă linie, atât în ceea ce privește eficacitatea redusă, cât și riscul crescut de complicații.	Scăzut

Se propune procedura de tip sling medio-uretral ajustabil exclusiv ca tratament chirurgical primar pentru IUE în cadrul unui studiu de cercetare bine definit.	Ridicat
Se iau în considerare o a doua procedură de tip MUS sintetic, injectarea de agenți volumetrici, colposuspensia retropubiană, sling-ul autolog sau sfincterul urinar artificial (AUR) ca opțiuni terapeutice pentru femeile cu IUE cu complicații.	Scăzut
Femeile la care se implantează un dispozitiv de tip AUR sau ACT® trebuie informate cu privire la faptul că, deși vindecarea este posibilă, există un risc ridicat de complicații, de eșec mecanic sau de necesitate a explantării dispozitivului, chiar și în cadrul centrelor specializate.	Ridicat

Recomandări	Nivel de încredere
Femeile cu obezitate și IUE trebuie informate cu privire la riscul crescut asociat intervenției chirurgicale și la probabilitatea redusă de a obține beneficii.	Scăzut
Femeile în vârstă cu IUE trebuie informate în ceea ce privește riscul crescut asociat intervenției chirurgicale, dar și probabilitatea de a avea o șansă redusă în ceea ce privește beneficiile.	Scăzut

Urmărire

Urmărirea pacienților cu IUE depinde de tratamentul administrat. În cazul tratamentelor conservatoare și al fizioterapiei, trebuie acordat suficient timp pentru demonstrarea efectului tratamentului. În cazul tratamentului farmacologic se recomandă urmărire precoce. În cazul majorității intervențiilor chirurgicale, trebuie asigurată o monitorizare pe termen scurt pentru a evalua eficacitatea și a identifica orice eventuale complicații chirurgicale în faza postoperatorie timpurie.

Incontinența urinară mixtă

Termenul „incontinență urinară mixtă” este extrem de larg, deoarece se poate referi la simptome care apar în mod egal la efort și prin imperiozitate, la simptome predominant de efort, la simptome predominant prin imperiozitate, la incontinența urinară de efort demonstrată urodinamic - USI (*urodynamic stress incontinence*) însoțită de hiperactivitate detrusoriană (DO) sau la USI cu imperiozitate, dar fără DO.

Evaluare diagnostică

Rezumat al dovezilor	LE
Nu există dovezi conform cărora urodinamica afectează rezultatele tratamentului pentru incontinență urinară mixtă.	3

Recomandări	Nivel de încredere
Se efectuează anamneză și examen clinic amănunțite, ca parte a evaluării incontinenței urinare mixte (IUM).	Ridicat
Se caracterizează IUM ca fiind predominant de efort sau predominant prin imperiozitate, dacă este posibil.	Scăzut
Se utilizează un jurnal de simptome ale vezicii urinare și teste de urodinamică în cadrul evaluării multimodale a IUM, pentru a contribui la stabilirea celei mai adecvate strategii terapeutice.	Ridicat

Managementul bolii

Managementul conservator în incontinența urinară mixtă

Rezumat al dovezilor	LE
PFMT pare mai puțin eficientă în cazul IUM decât în cazul IUE.	2
PFMT este mai eficientă în comparație cu lipsa oricărui tratament în ceea ce privește ameliorarea IU și a calității vieții la femeile cu IUM.	1a
Antrenarea vezicii urinare în asocieră cu PFMT poate aduce beneficii în tratamentul IUM.	1b

Recomandări	Nivel de încredere
Se tratează întâi simptomul cel mai supărător în cazul pacienților cu incontinență urinară mixtă (IUM).	Scăzut
Se propune antrenarea vezicii urinare ca tratament de prima linie în cazul pacienților adulți cu IUM.	Ridicat
Se propune PFMT intensiv sub supraveghere, cu o durată de cel puțin trei luni, ca tratament de primă linie pentru toate femeile cu IUM (inclusiv femeile în vârstă și cele aflate în perioadă postnatală).	Ridicat

Managementul farmacologic al incontinenței urinare mixte

Recomandări	Nivel de încredere
Se tratează întâi simptomul cel mai supărător în cazul pacienților cu incontinență urinară mixtă (IUM).	Scăzut
Se propune administrarea de tratament cu medicamente anticolinergice sau agonști ai receptorilor beta 3-adrenergici pacienților cu IUM predominant prin imperiozitate.	Ridicat
Se propune administrarea de duloxetină (acolo unde este autorizată) pacienților cu IUM predominant de efort care nu răspund la alte tratamente conservatoare și care doresc să evite tratamentul invaziv, oferind consiliere amănunțită cu privire la riscul de reacții adverse.	Scăzut

Recomandări	Nivel de încredere
Se tratează întâi simptomul cel mai supărător în cazul pacienților cu incontinență urinară mixtă (IUM).	Scăzut
Femeile trebuie atenționate că intervenția chirurgicală pentru IUM are mai puține șanse de succes decât intervenția chirurgicală efectuată exclusiv pentru IUE.	Ridicat
Femeile cu IUM trebuie informate că este posibil ca un singur tratament să nu vindece incontinența urinară; poate fi necesară intervenția terapeutică și în cazul altor componente ale incontinenței, precum și al celui mai supărător simptom.	Ridicat

Vezica urinară hipoactivă

Vezica urinară hipoactivă UAB (*Under Active Bladder*) este definită de ICS ca fiind „un complex de simptome caracterizat de prezența unui jet urinar slab, ezitare (*hesitancy*) și efort la micțiune (*straining*), cu sau fără senzația de golire incompletă a vezicii urinare, uneori cu simptome de stocare”.

Managementul vezicii urinare hipoactive

Recomandări	Nivel de încredere
Se încurajează micțiunea în doi timpi (<i>double voiding</i>) în cazul acelor femei care nu reușesc să își golească complet vezica urinară.	Scăzut
Femeile cu vezică urinară hipoactivă (UAB), care folosesc creșterea presiunii abdominale pentru a îmbunătăți golirea vezicii urinare, trebuie avertizate	Scăzut

cu privire la riscul de POP.	
Se poate propune auto-cateterizarea intermitentă curată CIC (Clean Intermittent Catheterization ca tratament standard la pacientele care nu își pot goli vezica urinară.	Ridicat
Pacientele trebuie informate amănunțit cu privire la tehnica și riscurile CIC.	Ridicat
Se poate propune montarea unui cateter transuretral permanent și cistostomie suprapubiană doar în cazul în care alte metode de drenaj urinar au eșuat sau nu sunt adecvate.	Scăzut
Nu se recomandă în mod obișnuit stimularea electrică intravezicală la femeile cu UAB.	Scăzut
Nu se recomandă în mod obișnuit administrarea de parasimpaticomimetice pentru tratamentul femeilor cu UAB.	Ridicat
Se poate propune administrarea de medicamente alfa-blocante înainte de utilizarea unor metode mai invazive.	Scăzut
Se poate propune administrarea intravezicală de prostaglandine femeilor cu retenție urinară după o intervenție chirurgicală doar în cadrul unor studii clinice bine definite.	Scăzut
Se poate propune administrarea de injecții cu onabotulinumtoxinA la nivelul sfincterului extern înainte de utilizarea unor tehnici mai invazive, atâta timp cât pacientele sunt informate cu privire la faptul că dovezile care susțin acest tratament sunt de restrânse.	Scăzut
Se poate propune SNS în cazul femeilor cu UAB refractară la tratament conservator.	Ridicat
Nu se propune în mod obișnuit mioplastia mușchiului detrusor ca tratament pentru hipoactivitatea detrusoriana.	Scăzut

Urmărire

Evoluția naturală a bolii și evoluția clinică în cadrul urmăririi pe termen lung a femeilor cu hipoactivitate detrusoriană nu este bine cunoscută. Intervalul dintre vizitele de urmărire va depinde de caracteristicile pacientului, de tratamentele administrate și de frecvența complicațiilor urinare.

Obstrucția evacuării vezicii urinare la femei

Obstrucția evacuării vezicii urinare BOO (Bladder Outlet Obstruction) este definită de ICS ca fiind „*obstrucția survenită pe parcursul micțiunii, caracterizată prin creșterea presiunii mușchiului detrusor și scăderea debitului urinar*”.

Clasificarea tipurilor de BOO la femei

Recomandare	Nivel de încredere
Se utilizează o clasificare standardizată a BOO la femei (anatomică sau funcțională) iar populațiile de studiu trebuie definite în totalitate cu ajutorul unei astfel de clasificări.	Ridicat

Diagnosticul BOO la femei

Recomandări	Nivel de încredere
Se efectuează o anamneză completă și un examen clinic amănunțit în cazul femeilor cu BOO.	Ridicat
Nu vă bazați doar pe valorile uroflowmetriei pentru a stabili diagnosticul de BOO la femei.	Ridicat
Se efectuează uretrocistoscopie la femeile cu suspiciune de BOO anatomică.	Ridicat
Se efectuează o evaluare urodinamică la femeile cu suspiciune de BOO.	Ridicat

Tratamentul conservator al BOO la femei

Recomandări	Nivel de încredere
Se propune femeilor BOO antrenarea musculaturii planșeului pelvin (PFMT) având ca scop relaxarea musculaturii planșeului pelvin.	Scăzut
Se va acorda prioritate studiilor care vor explora și vor contribui la o mai bună înțelegere a mecanismelor și impactului PTMF asupra relaxării coordonate a planșeului pelvin în timpul micțiunii.	Ridicat
Se propune utilizarea unui pesar vaginal în cazul femeilor cu cistocel de gradul 3 sau 4 și BOO care nu sunt eligibile/nu doresc alte opțiuni terapeutice.	Scăzut
Se propune utilizarea dispozitivelor de contenție urinară în cazul femeilor cu BOO pentru a remedia problema pierderilor de urină ca urmare a BOO, dar nu ca tratament de corecție a afecțiunii.	Scăzut
Se propune efectuarea de CIC în cazul femeilor cu stricturi uretrale sau care au suferit o intervenție chirurgicală pentru incontinența urinară din BOO.	Scăzut
Nu se propune utilizarea unui dispozitiv intrauretral în cazul femeilor cu BOO.	Ridicat

Tratamentul farmacologic al BOO la femei

Recomandări	Nivel de încredere
Se propune administrarea de alfa-blocante uroselective, ca opțiune în afara indicațiilor terapeutice aprobate, în cazul femeilor cu BOO de tip funcțional, în urma unei discuții privind potențialele beneficii și reacții adverse.	Scăzut
Se propune administrarea de baclofen pe cale orală în cazul femeilor cu BOO, în special al celor care prezintă creșterea activității electromiografice și contracția susținută a mușchiului detrusor în timpul micțiunii.	Scăzut

Se propune administrarea de sildenafil femeilor cu BOO doar în cadrul unui studiu clinic bine definit.	Ridicat
Nu se propune administrarea de hormon eliberator de tiotropină femeilor cu BOO.	Ridicat

Tratamentul chirurgical al BOO la femeie

Recomandări	Nivel de încredere
Se propune administrarea de injecții intra-sfincteriene cu onabotulinumtoxinA în cazul femeilor cu BOO funcțională.	Scăzut
Se propune neuromodulație sacrală în cazul femeilor cu BOO funcțională.	Scăzut
Femeile cu simptome de golire asociate cu prolapsul organelor pelvine trebuie informate cu privire la faptul că simptomele se pot ameliora postoperator.	Scăzut
Se propune efectuarea unei dilatări la nivel uretral în cazul femeilor cu strictură uretrală care cauzează BOO, dar pacientele trebuie informate cu privire la posibilitatea de a avea nevoie de intervenții repetate.	Scăzut
Se propune efectuarea de uretrotomie internă cu auto-dilatare uretrală postoperatorie în cazul femeilor cu BOO din cauza unei stricturi uretrale, dar se recomandă informarea pacientelor cu privire la ameliorarea redusă pe termen lung și la riscul de incontinență urinară (IU) postoperatorie.	Scăzut
Nu se propune efectuarea dilatării uretrei sau a uretrotomiei ca tratament pentru BOO la femeile în cazul cărora s-a efectuat anterior o procedură de MUS, din cauza riscului teoretic de a provoca extrudarea benzii sintetice uretrale.	Scăzut

Femeile trebuie informate cu privire la ameliorarea redusă pe termen lung (doar în ceea ce privește volumul reziduului vezical și calitatea vieții) după uretrotomia internă.	Scăzut
Se propune efectuarea unei incizii la nivelul colului vezicii urinare la femeile cu BOO secundară obstrucției primare a colului vezical PBNO (<i>primary bladder neck obstruction</i>).	Scăzut
Femeile în cazul cărora se efectuează incizia colului vezicii urinare trebuie informate cu privire la riscul redus de apariție a IUE, a unei fistule vezico-vaginale sau a unei stricturi uretrale postoperatorii.	Ridicat
Se propune efectuarea uretroplastiei în cazul femeilor cu BOO din cauza unei stricturi uretrale recurente, după eșecul tratamentului primar.	Scăzut
Femeile trebuie atenționate cu privire la posibila reapariție a stricturilor pe parcursul perioadei de urmărire pe termen lung după uretroplastie.	Scăzut
Se propune efectuarea de uretroliză în cazul femeilor cu dificultăți la micțiune survenite după intervenția chirurgicală pentru IU.	Scăzut
Se propune o intervenție de modificare a sling-ului (eliberare, incizie, excizie parțială sau excizie) în cazul femeilor cu retenție urinară sau dificultăți semnificative la micțiune survenite după intervenția chirurgicală cu inserție de sling pentru IU.	Ridicat
Femeile trebuie informate cu privire la riscul de IUE recurentă și la necesitatea reintervenției chirurgicale sau a unei intervenții chirurgicale concomitente pentru IU după modificarea sling-ului.	Ridicat

Urmărire

Femeile cu BOO trebuie urmărite și monitorizate cu regularitate din cauza riscului de deteriorare suplimentară a funcției de evacuare sau a funcției renale în caz de persistență și progresie a obstrucției. Paciente care au fost tratate pentru BOO trebuie monitorizate pentru reapariția acesteia. În mod deosebit, femeile în cazul cărora

s-a efectuat o intervenție de dilatare uretrală, uretrotomie sau uretroplastie pentru o strictură uretrală trebuie monitorizate pentru depistarea recurenței stricturii.

Nicturia

Nicturia a fost definită de ICS în 2002 ca fiind „neajunsul conform căruia persoana trebuie să se trezească noaptea o dată sau de mai multe ori pentru a urina” și cuantificată într-un document actualizat în 2019 ca fiind „numărul de urinări ale persoanei pe durata perioadei principale de somn, de la momentul în care a adormit până la intenția de a se trezi din această perioadă”.

Diagnosticul de nicturie

Recomandări	Nivel de încredere
Efectuați o anamneză completă în cazul femeilor cu nicturie, inclusiv screeningul tulburărilor de somn.	Ridicat
Utilizați un chestionar validat pentru evaluarea femeilor cu nicturie și pentru reevaluarea pe parcursul tratamentului și/sau după acesta.	Scăzut
Utilizați un calendar micțional de trei zile pentru a evalua nicturia la femei.	Ridicat
Nu utilizați doar jurnalul micțional nocturn pentru evaluarea nicturiei la femei.	Scăzut
Se ia în considerare screeningul tulburărilor de somn și efectuarea de analize de sânge pentru funcția renală, funcția tiroidiană, valoarea HbA1c și nivelul de calciu în cadrul bilanțului inițial al femeilor care prezintă nicturie ca simptom principal.	Ridicat

Managementul conservator al nicturiei

Recomandări	Nivel de încredere
Recomandați modificări ale stilului de viață în cazul femeilor cu LUTS înainte sau simultan cu administrarea tratamentului.	Ridicat
Propuneți PFMT în cazurile de nicturie (fie individual, fie în cadrul unui grup) în cazul femeilor cu incontinență urinară sau alte LUTS de umplere.	Ridicat
Propuneți femeilor cu nicturie și antecedente care sugerează apnee obstructivă în somn un consult în cadrul unei clinici de somnologie pentru a evalua oportunitatea administrării unui tratament cu presiune pozitivă continuă în căile aeriene.	Ridicat

Managementul farmacologic al nicturiei

Recomandări	Nivel de încredere
Propuneți administrarea de tratament cu desmopresină pentru nicturie secundară poliuriei nocturne în cazul femeilor, în urma unei consilieri adecvate privind beneficiile potențiale și riscurile asociate (inclusiv hiponatremia).	Ridicat
Monitorizați cu atenție nivelul seric de sodiu în cazul pacientelor vârstnice cărora li se administrează desmopresină. Se evită administrarea desmopresinei la pacientele cu un nivel seric inițial de sodiu sub limita inferioară a intervalului de valori normale.	Ridicat

Propuneți administrarea de tratament anticolinergic pentru nicturie în cazul femeilor cu LUI sau alte LUTS, în urma efectuării unei consilieri adecvate cu privire la beneficiile potențiale și riscurile asociate.	Ridicat
Informați femeile cu nicturie cu privire la faptul că este puțin probabil ca asocierea terapiei comportamentale cu tratamentul anticolinergic să ofere o eficacitate ridicată în comparație cu oricare dintre aceste opțiuni terapeutice luate separat.	Scăzut
Propuneți administrarea unei asocieri de tratament anticolinergic și desmopresină în cazul femeilor cu VHA și nicturie secundară poliuriei nocturne, în urma efectuării unei consilieri adecvate cu privire la beneficiile potențiale și riscurile asociate.	Scăzut
Propuneți efectuarea de tratament vaginal cu estrogeni în cazul femeilor cu nicturie, în urma efectuării unei consilieri adecvate cu privire la beneficiile potențiale și riscurile asociate.	Scăzut
Propuneți administrarea de tratament diuretic eșalonat în cazul femeilor cu nicturie secundară poliuriei, în urma efectuării unei consilieri adecvate cu privire la beneficiile potențiale și riscurile asociate.	Scăzut

Urmărire

Urmărirea pacientelor cu nicturie depinde atât de etiologia subiacentă acestui simptom, cât și de tratamentul administrat.

Prolapsul organelor pelvine și LUTS

Depistarea incontinenței urinare de efort la femeile cu prolaps al organelor pelvine

Recomandare	Nivel de încredere
Efectuați testul de reducere a prolapsului organelor pelvine (POP) la femeile cu incontinență urinară pentru a le identifica pe cele cu incontinență urinară de efort ocultă și pentru a le consilia cu privire la avantajele și dezavantajele unei intervenții chirurgicale suplimentare pentru incontinență în momentul intervenției chirurgicale pentru POP.	Ridicat

Tratamentul conservator al prolapsului organelor pelvine și al LUTS

Recomandări	Nivel de încredere
Femeile cu prolaps al organelor pelvine (POP) care nu au nevoie de pesar vaginal sau de intervenție chirurgicală, trebuie informate cu privire la potențiala ameliorare a LUTS prin PFMT.	Ridicat
Nu recomandați / propuneți PFMT preoperator cu scopul de a ameliora LUTS în cazul pacienților cu POP la care sunt recomandate inserția de pesar sau intervenția chirurgicală.	Ridicat

Tratamentul chirurgical al prolapsului organelor pelvine semnificativ clinic

Recomandări privind femeile care necesită intervenție chirurgicală pentru prolapsul organelor pelvine (POP) și care prezintă incontinență urinară de efort (IUE) simptomatică sau ocultă	Nivel de încredere
Propuneți efectuarea unei intervenții chirurgicale simultane pentru POP și IUE doar după prezentarea detaliată a riscurilor și beneficiilor potențiale ale unei intervenții chirurgicale mixte în comparație cu efectuarea unei intervenții chirurgicale exclusiv pentru POP.	Ridicat
Informați femeile cu privire la riscul crescut de reacții adverse în cazul unei intervenții chirurgicale mixte, pentru prolaps și pentru incontinență urinară, în comparație cu intervenția chirurgicală exclusiv pentru prolaps.	Ridicat
Recomandări privind femeile care necesită o intervenție chirurgicală pentru POP și care nu prezintă IUE simptomatică sau ocultă	
Informați femeile că există un risc de apariție a unei IUE <i>de novo</i> după efectuarea unei intervenții chirurgicale pentru prolaps.	Ridicat
Nu propuneți efectuarea simultană a unei intervenții chirurgicale anti-incontinență concomitent cu intervenția chirurgicală pentru prolaps abdominal.	Ridicat

Fistula urinară

Epidemiologia, etiologia și fiziopatologia fistulei urinare

Rezumat al dovezilor	LE
Riscul de lezare a tractului urinar și de formare ulterioară a unei fistule este mai ridicat la femeile cu afecțiuni maligne la care se efectuează o intervenție chirurgicală radicală decât la femeile cu afecțiuni benigne la care se efectuează intervenții chirurgicale simple.	2
Rata de formare a fistulelor în urma radioterapiei cu fascicule externe pentru cancerul din sfera ginecologică pare a fi similară cu cea înregistrată în urma tratamentului chirurgical.	4

Adaptare după clasificarea OMS a fistulelor*

Fistulă simplă cu prognostic bun	Fistulă complexă cu prognostic incert
• Fistulă unică cu diametru <4 cm • Fistulă vezico-vaginală • Mecanismul de închidere nu este afectat • Fără defecte tisulare pe circumferință • Pierdere tisulară minimă • Fără afectare ureterală • Prima tentativă chirurgicală de închidere	• Fistulă cu diametru >4 cm • Fistule multiple • Fistulă mixtă recto-vaginală, fistulă la nivelul colului uterin • Mecanismul de închidere este afectat • Țesut fibros • Defecte tisulare pe circumferință • Pierdere tisulară semnificativă • Uretere intravaginale • Tentativă de închidere eșuată în antecedente • Fistulă post-iradiere

**Deși această clasificare a fost elaborată inițial pentru fistulele obstetricale, ea ar putea fi utilă și pentru fistulele iatrogene.*

Clasificarea fistulelor urinare

Recomandare	Nivel de încredere
Utilizați un sistem de clasificare a fistulelor tractului urinar în încercarea de a standardiza terminologia în acest domeniu.	Ridicat

Evaluarea diagnostică a fistulei urinare

Recomandări	Nivel de încredere
Efectuați o anamneză completă și examen fizic specific, inclusiv o inspecție vizuală directă pentru evaluarea femeilor cu suspiciune de fistulă urinară.	Ridicat
Efectuați cistoscopie și cistografie prin umplerea retrogradă a vezicii urinare cu albastru de metilen pentru a confirma diagnosticul de fistulă urinară.	Scăzut
Tomografia computerizată cu administrare de substanță de contrast cu fază de excreție întârziată și imagistica prin rezonanță magnetică pot fi utilizate în cazul în care diagnosticul de fistulă urinară este dificil de stabilit sau pentru a oferi informații suplimentare.	Scăzut

Managementul fistulei urinare

Recomandări	Nivel de încredere
General	
Când raportează rezultatele după intervenția de închidere a fistulei, autorii trebuie să facă o distincție clară între ratele de închidere a fistulei și ratele de incontinență urinară postoperatorie și perioada în care s-a efectuat urmărirea.	Ridicat

Nu utilizați de rutină stenturi ureterale ca profilaxie a leziunilor în cadrul intervențiilor chirurgicale ginecologice de rutină.	Ridicat
Suspectați o leziune sau o fistulă la nivelul ureterului în cazul pacientelor la care s-a efectuat o intervenție chirurgicală la nivel pelvin, în cazul în care apare o scurgere de lichid sau o dilatare pielocaliceală postoperatorie sau dacă lichidul de drenaj conține niveluri ridicate de creatinină.	Ridicat
Utilizați tehnici de imagistică tridimensională pentru a identifica și localiza fistulele urinare, în special în cazurile în care inspecția vizuală directă sau cistoscopia sunt negative.	Scăzut
Tratați fistulele de la nivelul tractului urinar superior inițial prin intervenție conservatoare sau endoluminală, în cazul în care există experiența și facilitățile respective.	Scăzut
Principiile intervenției chirurgicale	
Medicii chirurghi care efectuează intervenții chirurgicale de închidere a fistulelor trebuie să aibă pregătirea, competențele și experiența necesare pentru a alege procedura adecvată în cazul fiecărui pacient.	Scăzut
Trebuie acordată atenție, îngrijirii pielii, alimentației, reabilitării, consilierii și sprijinului înainte și după închiderea fistulei.	Scăzut
Momentul închiderii fistulei trebuie stabilit în funcție de necesitățile individuale ale pacientului și ale medicului chirurg, odată ce edemul, inflamația, necroza tisulară sau infecția s-au remis.	Scăzut
Vezica urinară trebuie golită în mod continuu după închiderea fistulei până la confirmarea vindecării (opinia experților sugerează: între 10-14 zile în cazul fistulelor simple și/sau post-operatorii; între 14-21 de zile în cazul fistulelor complexe și/sau post-iradiere).	Scăzut

În cazul în care sunt necesare derivații urinare și/sau intestinale, trebuie evitată utilizarea țesuturilor iradiate pentru reconstrucție.	Scăzut
Utilizați o grefă de interpoziție în cazul în care se efectuează închiderea fistulelor post-iradiere.	Scăzut
Închiderea fistulelor urogenitale persistente se efectuează prin abord abdominal, prin intermediul unei intervenții chirurgicale clasice (cu deschiderea abdomenului), laparoscopice sau robotice, în funcție de disponibilitățile tehnice și nivelul de competență.	Scăzut
Fistulele uretro-vaginale trebuie închise de preferință prin abord vaginal.	Scăzut

Diverticulul uretral

La femei, diverticulul uretral este o excrescență saciformă, alcătuită din întregul perete uretral sau doar din mucoasă uretrală, situată între țesuturile periuretrale și peretele vaginal anterior.

Clasificare*

Localizare	Medio-uretral Distal Proximal Pe întreaga lungime
Aspect	Unic Multiloculat În formă de șa
Comunicare	Medio-uretrală Fără comunicare vizibilă Distală Proximală
Continență	Incontinență urinară de efort Continent Dribling postmictional Incontinență mixtă

*Clasificare limitată LNS C3 a diverticulului uretral.

Managementul diverticulului uretral

Recomandări	Nivel de încredere
Efectuați o investigație imagistică prin rezonanță magnetică pentru identificarea și descrierea diverticulilor uretrali, împreună cu uretroscopie, cistouretrografie micțională și ecografie, dacă este necesar.	Scăzut
Propuneți excizia chirurgicală a diverticulului uretral simptomatic.	Scăzut
Dacă se optează pentru tratament conservator, pacientele trebuie atenționate cu privire la riscul redus (1-6%) de a dezvolta un proces neoplazic intradiverticular.	Scăzut
Pacientele trebuie să fie atent chestionate și investigate cu privire la disfuncțiile micționale și incontinența urinară concomitente.	Ridicat
În urma unei consilieri adecvate, se poate trata incontinența urinară de efort semnificativă clinic (deranjantă) în momentul efectuării exciziei diverticulului uretral printr-o procedură concomitentă de tip sling non-sintetic.	Scăzut
Pacientele trebuie informate cu privire la posibilitatea apariției <i>de novo</i> a LUTS sau a persistenței acestora, inclusiv a IU, în pofida efectuării cu succes, din punct de vedere tehnic, a exciziei diverticulului uretral.	Ridicat

Conținutul din această scurtă broșură se bazează pe Ghidurile EAU mai cuprinzătoare referitoare la LUTS la femei (978-94-92671-19-6), disponibile pe website-ul EAU, <http://www.uroweb.org/guidelines>.