

GHIDURILE EAU PRIVIND LUTS NON-NEUROGENĂ LA BĂRBAȚI, INCLUSIV OBSTRUCȚIA CAUZATĂ DE HIPERPLAZIA BENIGNĂ DE PROSTATĂ

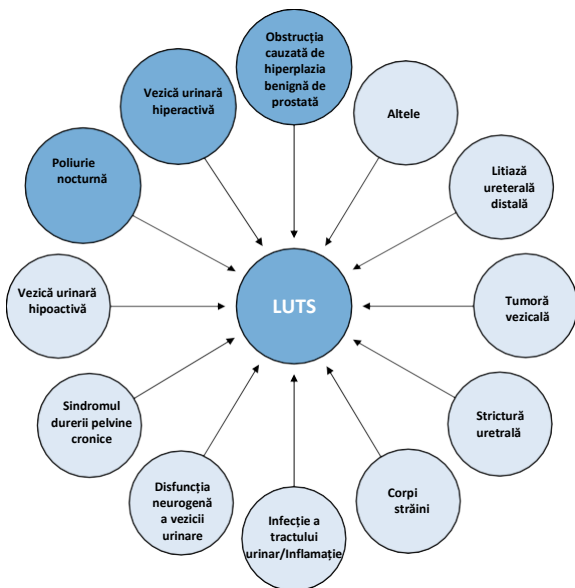
(Actualizare limitată a textului, martie 2023)

J.N. Cornu (Președinte), M. Gacci, H. Hashim, T.R.W. Herrmann,
S. Malde, C. Netsch, M. Rieken, V. Sakalis, M. Tutolo Asociați
ai ghidurilor: M. Baboudjian, N. Bhatt, M. Creta,
M. Karavitakis, L. Moris
Departamentul Ghiduri: N.
Schouten

Introducere

Ghidul EAU privind disfuncția tractului urinar inferior (LUTS) la bărbați este un ghid orientat către simptome, care analizează, în principal, LUTS secundară obstrucției benigne de prostată (BPO), hiperactivității vezicale (VHA) și poliuriei nocturne la bărbații cu vârsta ≥ 40 de ani. Etiologia multifactorială a LUTS este ilustrată în Figura 1.

Figura 1: Cauzele disfuncției tractului urinar inferior (LUTS) la bărbați



Evaluare diagnostică

Prevalența ridicată și fiziopatologia multifactorială care stă la baza LUTS la bărbați face ca o evaluare precisă a LUTS să fie esențială în a oferi cea mai bună îngrijire bazată pe dovezi. Evaluarea clinică a LUTS urmărește să stabilească un diagnostic diferențiat și să definească profilul clinic. A fost elaborat un algoritm practic (Figura 2).

Recomandări privind evaluarea diagnostică a LUTS la bărbați	Nivel de încredere
Se efectuează o anamneză completă în cazul bărbaților cu LUTS.	Ridicat
Se utilizează un chestionar validat pe bază de scor al simptomelor, inclusiv evaluarea disconfortului și a calității vieții, în cadrul evaluării LUTS la bărbați și pentru reevaluare pe durata și/sau după tratament.	Ridicat
Se utilizează un jurnal de simptome ale vezicii urinare în cadrul evaluării bărbaților cu LUTS predominant de stocare sau nicturie.	Ridicat
Se solicită pacientului să țină un jurnal de simptome ale vezicii urinare timp de cel puțin trei zile.	Ridicat
Se efectuează examen obiectiv fizic, inclusiv tușeu rectal, în cadrul evaluării LUTS la bărbați.	Ridicat
Sumarul de urină și antigenul specific prostatic (PSA)	
Se efectuează sumar de urină (prin test de tip dipstick sau microscopie) în cadrul evaluării LUTS la bărbați.	Ridicat
Se măsoară nivelul seric al PSA în cazul în care diagnosticul de cancer de prostată va schimba managementul bolii.	Ridicat
Se măsoară nivelul seric al PSA în cazul în care acesta contribuie la stabilirea tratamentului și/sau la procesul decizional.	Ridicat
Pacienții trebuie consiliați cu privire la testarea PSA și la implicațiile unui nivel ridicat al PSA.	Ridicat
Funcția renală, volumul reziduiului vezical postmictional și	

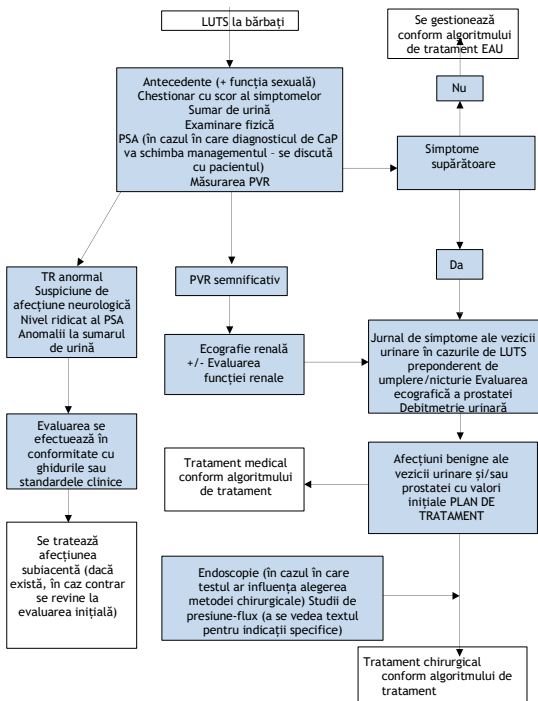
debitmetria urinară	
Se evaluează funcția renală în caz de suspiciune de insuficiență renală pe baza anamnezei și a examenului clinic sau în prezența hidronefrozei sau dacă se ia în considerare tratamentul chirurgical pentru LUTS la bărbați.	Ridicat

Se măsoară volumul reziduiului vezical postmictional în cadrul evaluării LUTS la bărbați.	Scăzut
Se efectuează debitmetrie urinară în cadrul evaluării inițiale a LUTS la bărbați.	Scăzut
Se efectuează debitmetrie urinară înainte de tratamentul medimentos sau invaziv.	Ridicat
Investigații imagistice și uretrocistoscopie	
Se efectuează ecografia tractului urinar superior la bărbații cu LUTS.	Scăzut
Se efectuează investigații imagistice ale prostatei înainte de terapie medicamentoasă pentru LUTS, dacă acestea contribuie la alegerea medicamentului adecvat.	Scăzut
Se efectuează investigații imagistice la nivelul prostatei dacă se ia în considerare tratamentul chirurgical.	Ridicat
Se efectuează uretrocistoscopie la bărbații cu LUTS înainte de tratamentul minim invaziv/chirurgical, dacă rezultatul acestuia poate duce la modificarea tratamentului.	Scăzut
Studii presiune-debit (PFS)	

Se efectuează studii presiune-debit doar în cazul anumitor pacienți, în cazul unor indicații specifice, înainte de tratamentul invaziv sau în cazul în care se justifică o evaluare suplimentară a proceselor fiziopatologice care stau la baza LUTS.	Scăzut
Se efectuează PFS în cazul bărbaților cu tratament invaziv eșuat pentru LUTS.	Scăzut
Se efectuează PFS în cazul bărbaților la care se ia în considerare un tratament invaziv și PVR >150 ml.	Scăzut
Se efectuează PFS în cazul în care se ia în considerare tratamentul chirurgical la bărbații cu LUTS supărător, preponderent de golire și $Q_{\max} > 10$ ml/s.	Scăzut

Se efectuează PFS în cazul în care se ia în considerare tratamentul invaziv la bărbații cu LUTS supărător, preponderent de golire și volum al reziduiului vezical postmictional >300 ml.	Scăzut
Se efectuează PFS în cazul în care se ia în considerare tratamentul invaziv la bărbații cu LUTS supărător, preponderent de golire și vârsta >80 de ani.	Scăzut
Se efectuează PFS în cazul în care se ia în considerare tratamentul invaziv la bărbații cu LUTS supărător, preponderent de golire și vârsta <50 de ani.	Scăzut
Teste neinvazive pentru stabilirea diagnosticului de obstrucția subvezicală	
Nu se efectuează teste neinvazive ca alternativă la testele urodinamice/PFS, pentru stabilirea diagnosticului de obstrucție subvezicală la bărbați.	Ridicat

Figura 2: Algoritm de evaluare a LUTS la bărbați cu vârsta de 40 de ani sau peste



TR = tușeu rectal; FVC = grafic frecvență volum; LUTS = disfuncția tractului urinar inferior; CaP = cancer de prostată; PSA = antigen specific prostatic; PVR = reziduu vezical postmictional; US = ecografie.

Notă: Cititorilor li se recomandă cu insistență să citească textul integral care prezintă în detaliu poziția actuală a fiecărui test.

Managementul bolii

Tratament conservator și farmacologic

Așteptarea vigilentă este adecvată în cazul LUTS ușoară până la moderată și fără complicații. Acesta include instruire, încurajare, recomandări privind stilul de viață și monitorizare periodică.

Recomandări privind managementul conservator și farmacologic al LUTS la bărbați	Nivel de încredere
<i>Management conservator</i>	
Se propune așteptare vigilentă în cazul bărbaților cu simptome ușoare/moderate și disconfort minim din cauza simptomelor	Ridicat
Se oferă bărbaților cu LUTS recomandări privind stilul de viață și informații despre auto-îngrijire, înainte de tratament sau concomitent cu acesta.	Ridicat
<i>Managementul farmacologic</i>	
Se propune administrarea de α 1-blocante bărbaților cu LUTS moderată până la severă.	Ridicat
Se utilizează inhibitori ai 5 α -reductazei (5-ARI) în cazul bărbaților cu LUTS moderată până la severă și risc ridicat de progresie a bolii (de exemplu, volumul prostatei >40 ml).	Ridicat
Pacienții trebuie informați cu privire la apariția lentă a efectului 5-ARI.	Ridicat
Se administrează antagoniști ai receptorilor muscarinici în cazul bărbaților cu LUTS moderată până la severă care prezintă, în principal, simptome de stocare la nivelul vezicii urinare.	Ridicat

Nu se administrează medicamente antimuscarinice pentru vezica urinară hiperactivă în cazul bărbaților cu volumul rezidului vezical postmictional (PVR) >150 ml.	Scăzut
Se administrează agonști beta 3-adrenergici în cazul bărbaților cu LUTS moderată până la severă care prezintă, în principal, simptome de stocare la nivelul vezicii urinare.	Scăzut

Se administrează inhibitori de 5 fosfodiesterază în cazul bărbaților cu LUTS moderată până la severă, cu sau fără disfuncție erectilă.	Ridicat
Se propune administrarea de extract de <i>Serenoa repens</i> în solvent hexan în cazul bărbaților cu LUTS care doresc să evite orice potențiale reacții adverse, în special în ceea ce privește funcția sexuală.	Scăzut
Pacientul trebuie informat cu privire la eficacitatea redusă a acestui tratament.	Ridicat
Se propune administrarea unui tratament combinat incluzând un α 1-blocant și un 5-ARI în cazul bărbaților cu LUTS moderată până la severă și risc ridicat de progresie a bolii (de exemplu, volumul prostatei >40 ml).	Ridicat
Se administrează un tratament combinat incluzând un α 1-blocant și un antagonist al receptorilor muscarinici în cazul pacienților cu LUTS moderată până la severă, dacă ameliorarea simptomelor de stocare a fost insuficientă cu oricare dintre medicamente administrate în monoterapie.	Ridicat
Nu se prescrie tratament combinat în cazul bărbaților cu PVR >150 ml.	Scăzut

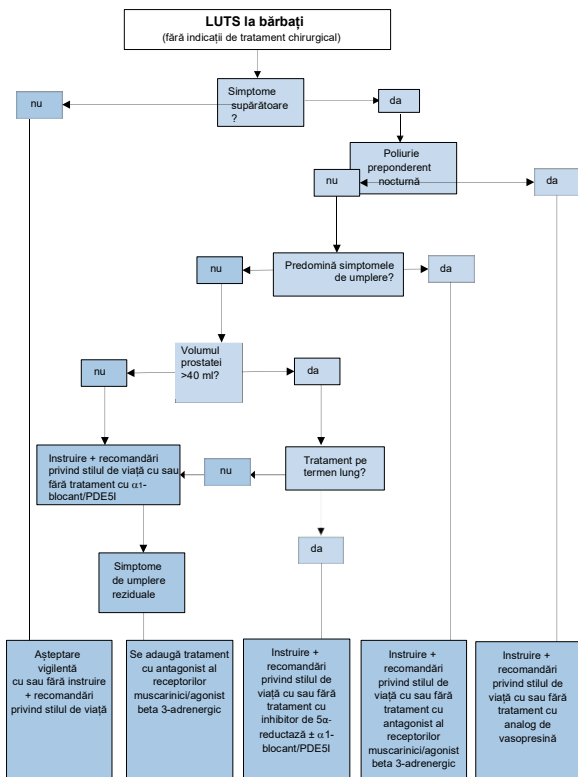
Se administrează tratamentul combinat incluzând un α 1-blocant și mirabegron în cazul pacienților cu LUTS de umplere persistentă după tratamentul cu α 1-blocante în monoterapie.	Scăzut
---	--------

Rezumatul tratamentului conservator și/sau medical

Tratamentul de primă linie este reprezentat de modificarea stilului de viață și dietei, însoțită sau nu de tratament farmacologic. În Figura 3 este prezentată o diagramă de flux care ilustrează opțiunile de tratament conservator și farmacologic în conformitate cu principiile medicinei bazate pe dovezi și profilul pacienților.

Figura 3: Algoritmul de tratament al LUTS la bărbați cu opțiuni de tratament medical și/sau conservator.

Deciziile de tratament depind de rezultatele obținute în cadrul evaluării inițiale. Trebuie avut în vedere faptul că preferințele pacienților pot duce la decizii de tratament diferite.



PDE5I = inhibitor de 5 fosfodiesterază.

Notă: Cititorilor li se recomandă cu insistență să citească textul integral care prezintă în detaliu poziția actuală a fiecărui tratament.

Tratament chirurgical

Intervenția chirurgicală la nivelul prostatei este, de obicei, necesară în cazul în care pacienții au prezentat retenție de urină recurentă sau refractară, incontinență prin prea plin, infecții recurente ale tractului urinar, litiază sau diverticuli vezicali, hematurie macroscopică rebelă la tratament în contextul hiperplaziei benigne de prostată (BPH) sau dilatarea tractului urinar superior în cadrul BPO, cu sau fără insuficiență renală (indicație chirurgicală absolută). Intervenția chirurgicală este, de obicei, necesară în cazurile în care pacienții au prezentat o ameliorare insuficientă a LUTS sau a reziduiului vezical postmicțional în urma tratamentului conservator sau farmacologic (indicație chirurgicală relativă). Managementul chirurgical se împarte, în funcție de abordarea chirurgicală, în: rezecție; enucleere; vaporizare; tehnici alternative de ablație; și tehnici non-ablative.

Recomandări privind tratamentul chirurgical al LUTS la bărbați

Recomandări privind rezecția prostatei	Nivel de încredere
Se propune efectuarea rezecției transuretrale bipolare sau monopolare a prostatei (TURP) ca tratament chirurgical al LUTS moderată până la severă la bărbații cu volum prostatic de 30-80 ml.	Ridicat
Se propune vapo-rezecția cu laser a prostatei cu ajutorul laserului Tm:YAG (ThuVARP), ca alternativă la TURP.	Scăzut

Se propune efectuarea unei incizii transuretrale a prostatei, ca tratament chirurgical al LUTS moderată până la severă la bărbații cu volum prostatic <30 ml și fără lob median.	Ridicat
--	---------

Recomandări pentru enuclearea prostatei	
Se propune efectuarea de adenomectomie transvezicală în absența enucleerii transuretrale bipolare a prostatei sau cu laser Holmium, ca tratament al LUTS moderată până la severă la bărbații cu volum prostatic >80 ml.	Ridicat
Se propune enucleerea transuretrală bipolară (cu plasmă) a prostatei la bărbații cu LUTS moderată până la severă, ca alternativă la TURP.	Scăzut
Se propune enucleerea prostatei cu ajutorul laserului Ho:YAG (HoLEP) în cazul bărbaților cu LUTS moderată până la severă, ca alternativă la TURP sau la adenomectomia clasică.	Ridicat
Se propune enucleerea prostatei cu ajutorul laserului Tm:YAG (ThuLEP, ThuVEP) în cazul bărbaților cu LUTS moderată până la severă, ca alternativă la TURP, cu enucleerea laser cu holmiu sau enucleerea transuretrală bipolară (cu plasmă).	Scăzut
Se propune enucleerea prostatei cu laser Tm:YAG în cazul pacienților care primesc tratament anticoagulant sau antiagregant.	Scăzut

Se propune enucleerea prostatei cu laser cu diode de 120 W la 980 nm, 1318 nm sau 1470 nm, la bărbații cu LUTS moderată până la severă, ca alternativă comparabilă la enucleerea transuretrală bipolară (cu plasmă) sau la TURP bipolară.	Scăzut
---	--------

Recomandări pentru vaporizarea prostatei	
Se propune vaporizare transuretrală bipolară a prostatei, ca alternativă la TURP, ca tratament chirurgical al LUTS moderată până la severă la bărbații cu volumul prostatei de 30-80 ml.	Scăzut
Se propune vaporizarea prostatei cu laser cu fosfat de potasiu și titanil (KTP) de 80 W la 532 nm, la bărbații cu LUTS moderată până la severă și volumul prostatei de 30-80 ml, ca alternativă la TURP.	Ridicat
Se propune vaporizarea prostatei cu laser cu borat de litiu (LBO) de 120 W la 532 nm, la bărbații cu LUTS moderată până la severă și volumul prostatei de 30-80 ml, ca alternativă la TURP.	Ridicat
Se propune vaporizarea prostatei cu laser LBO de 180 W la 532 nm, la bărbații cu LUTS moderată până la severă și volumul prostatei de 30-80 ml, ca alternativă la TURP.	Ridicat
Se propune vaporizarea prostatei cu ajutorul laserului KTP de 80 W sau al laserului LBO de 120 W sau 180 W, în cazul pacienților care primesc tratament antiagregant sau anticoagulant și au un volum al prostatei <80 ml.	Scăzut
Recomandări pentru tehnici ablativă alternative	
Se propune efectuarea procedurii Aquablation* la nivel prostatic la pacienți cu LUTS moderată până la severă și volumul prostatei de 30-80 ml, ca alternativă la TURP.	Scăzut
Pacienții trebuie informați cu privire la riscul de sângerare și la lipsa de date legate de	Ridicat

urmărirea pe termen lung.	
---------------------------	--

Se propune embolizarea arterei prostatice (PAE)* în cazul bărbaților cu LUTS moderată până la severă care doresc să ia în considerare opțiuni de tratament minim invazive și să accepte rezultate mai puțin favorabile în comparație cu TURP.	Scăzut
PAE se efectuează doar în cadrul centrelor în care procedura și urmărirea sunt efectuate de medici urologi care lucrează în colaborare cu medici radiologi intervenționiști specializați în vederea identificării pacienților eligibili pentru PAE.	Ridicat
Recomandări pentru tehnici non-ablative	
Se propune procedura de lifting al uretrei prostatice (Urolift®) în cazul bărbaților cu LUTS interesați de păstrarea funcției ejaculatorii, cu volum prostatic <70 ml și fără lob median.	Ridicat
Nu se propune administrarea de tratament injectabil intraprostatic cu toxină botulinică A la bărbații cu LUTS.	Ridicat

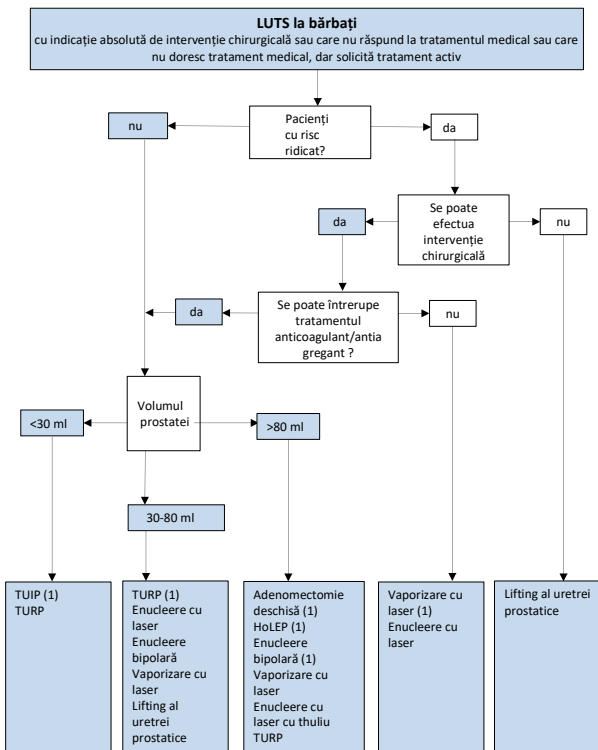
**Metoda este în curs de investigare*

Rezumatul tratamentului chirurgical

Alegerea metodei chirurgicale depinde de dimensiunea prostatei, de comorbidități, de capacitatea de a tolera anestezia, de preferința/disponibilitatea pacientului de a accepta reacțiile adverse asociate intervenției chirurgicale, de accesibilitatea instrumentarului chirurgical și de experiența medicului chirurg. Figura 4 ilustrează opțiunile de tratament chirurgical în funcție de profilul pacientului.

Figura 4: Algoritm de tratament al LUTS supărătoare, refractară la tratament conservator/medical sau în cazul în care există indicație chirurgicală absolută.

Diagrama de flux este stratificată în funcție de capacitatea pacientului de a tolera anestezia, de riscul cardiovascular și de dimensiunea prostatei.



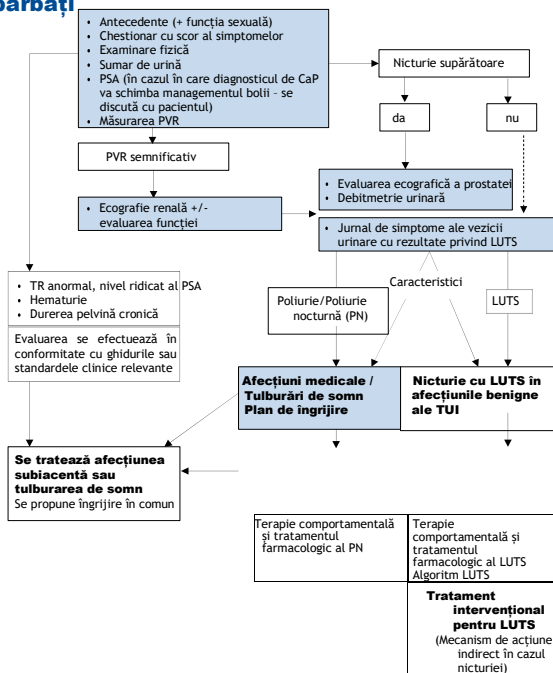
Vaporizarea cu laser include vaporizarea cu laser GreenLight, laser cu thuliu și laser cu diode; enucleerea cu laser include enucleerea cu laser cu holmiu și cu thuliu.

HoLEP = enucleere cu laser cu holmiu; TUIP = incizie transuretrală a prostatei; TURP = rezecție transuretrală a prostatei.

Managementul nicturiei la bărbații cu LUTS

Evaluarea este prezentată în Figura 5.

Figura 5: Evaluarea nicturiei din LUTS non-neurogenă la bărbați



Evaluarea trebuie să stabilească dacă pacientul are poliurie, LUTS, tulburări de somn sau o asociere a acestora. Tratamentul poate fi ghidat de disconfortul pe care îl cauzează, dar nicturia care nu este supărătoare poate justifica evaluarea prin intermediul unui calendar micțional (indicat prin linia punctată), în funcție de anamneză și examenul clinic, deoarece trebuie luată în considerare prezența potențială a unei afecțiuni medicale subiacente grave.

TR = tușeu rectal PN = poliurie nocturnă; MoA = mecanism de acțiune; PVR = reziduu vezical postmicțional; PSA = antigen specific prostatic; US = ecografie; FVC = grafic frecvență volum.

Afecțiuni medicale și tulburări de somn - plan de îngrijire în comun

Tabelul 1: Plan de îngrijire în comun pentru nicturie, subliniind necesitatea gestionării pacienților cu potențial de complicații printr-o abordare de tip expertiză relevantă privind factorii cauzali.

CONTRIBUȚIA UROLOGICĂ	ÎNGRIJIRE ÎN COMUN	CONTRIBUȚIA MEDICALĂ
Diagnosticul de LUTD • Evaluare urologică / a LUTS • Scorul de simptome al nicturiei • Calendar micțional		Diagnosticul afecțiunilor care cauzează PN • Evaluarea afecțiunilor cunoscute ale pacientului • Screening-ul tulburărilor de somn • Screening-ul cauzelor potențiale de poliurie*

Management conservator Terapie comportamentală • Recomandări privind obiceiurile legate de aportul de lichide/somn • Medicamente pentru LUTS de stocare • Medicament e pentru LUTS de golire • Autosondaj • Pierdere în greutate Terapie intervențională • Tratamentul LUTS de umplere refractară • Tratamentul LUTS de golire refractară	Management conservator • Antidiuretic • Diuretice • Medicament e care facilitează somnul	Abordare terapeutică • Inițierea tratamentului pentru un nou diagnostic • Tratamentul optim al afecțiunilor cunoscute * Cauze potențiale de poliurie: AFECȚIUNI NEFROLOGICE • Disfuncție tubulară • Disfuncție renală globală AFECȚIUNI CARDIOVASCULARE • Afecțiune cardiacă • Afecțiunevasculară AFECȚIUNI ENDOCRINE • Diabet insipid/zaharat • Hormoni care influențează diureza/natriureza AFECȚIUNI NEUROLOGICE • Glanda hipofiză și inervația rinichilor • Disfuncția sistemului nervos autonom AFECȚIUNI RESPIRATORII • Apnee obstructivă în somn DEZECHILIBRE BIOCHIMICE • Modificarea presiunii osmotice sangvine
---	--	---

CISC = auto-cateterizare intermitentă curată; LUTD = disfuncția tractului urinar inferior; PN = poliurie nocturnă.

Recomandări privind tratamentul nicturiei	Nivel de încredere
Se tratează cauzele care stau la baza nicturiei, inclusiv tulburări de comportament, afecțiuni sistemice, tulburări de somn, disfuncții ale tractului urinar inferior sau asocieri între acești factori.	Scăzut

Se discută cu pacientul despre modificări comportamentale în vederea reducerii volumului urinar nocturn și a episoadelor de nicturie, precum și a îmbunătățirii calității somnului.	Scăzut
Se propune administrarea de desmopresină pentru a diminua nicturia cauzată de poliuria nocturnă (PN) la bărbații cu vârsta <65 de ani.	Scăzut
Se propune administrarea unei doze mici de desmopresină în cazul bărbaților cu vârsta >65 de ani și cel puțin două episoade de nicturie din cauza NP.	Scăzut
Se efectuează screening pentru hiponatremie la momentul inițial, în a treia și a șaptea zi și la o lună după inițierea tratamentului și ulterior, periodic, pe parcursul tratamentului. În cazul pacienților cu vârsta >65 de ani și al celor cu risc ridicat de hiponatremie se efectuează mai frecvent determinări ale nivelului seric al sodiului.	Ridicat

Se discută cu pacienții despre beneficiul clinic potențial în raport cu riscurile asociate utilizării desmopresinei, în special la bărbații cu vârsta >65 de ani.	Ridicat
Se propune administrarea de antagoniști α 1-adrenergici ca tratament al nicturiei la bărbații cu nicturie asociată cu LUTS.	Scăzut
Se propune administrarea de medicamente antimuscarinice ca tratament al nicturiei la bărbații cu nicturie asociată vezicii urinare hiperactive.	Scăzut
Se propune administrarea de inhibitori ai 5α -reductazei ca tratament al nicturiei la bărbații cu nicturie asociată cu LUTS și volum prostatic crescut (>40 ml).	Scăzut
Nu se indică administrarea de inhibitori ai fosfodiesterazei de tip 5 ca tratament pentru nicturie.	Scăzut

Managementul incontinenței urinare masculine

Incontinența urinară (IU) este definită ca o pierdere involuntară de urină și este raportată ca având o prevalență de 11% la bărbații cu vârsta cuprinsă între 60 și 64 de ani, până la 31% la bărbații cu vârsta ≥ 85 de ani și afectând până la 32% dintre bărbații cu LUTS. Incontinența urinară poate fi clasificată în trei tipuri: incontinența urinară de efort (IUE); incontinența urinară prin imperiozitate (IUI); și incontinența urinară mixtă (IUM).

Tabelul 2: Prezentare generală a epidemiologiei și fiziopatologiei incontinenței urinare la bărbați

Tip	Definiție	Cauze și factori asociați	Fiziopatologii	Prezentare clinică
IU la efort : prevalență <10%	Pierderi de urină în timpul mișcărilor sau efortului sau, în general, în timpul creșterii presiunii intra-abdominale .	• Tratatamentul chirurgical al obstrucției cauzate de hiperplazia benignă de prostată • Afecțiuni neurogenă • Chirurgie pelvină • Prostectomie radicală • Chirurgie uretrală	Deficite sfincteriene	Simptome: IU survenită în timpul efortului fizic, al antrenamentelor, de exemplu în timpul tusei, strănutului, fără scurgeri în timpul somnului, fără enurezis nocturn Calendar micțional /Testul tamponului:

				activitate prezentă
				Testul tusei: scurgerea poate coincide cu tusea

IU de imperiozitate: prevalență 40-80%	Pierderi de urină concomitente sau imediat după un episod de imperiozitate .	• Procesul de îmbătrânire • Disfuncție anorectală / tulburări gastrointestinale • Factori comportamentali (aportul de lichide și consumul de cofeină) • BPOC • Idiopatică • Boli intrinseci ale vezicii urinare (cistită, fibroză, cistită interstițială) • Sindrom metabolic • Afecțiuni neurogene	• Hiperactivitatea mușchilor detrusor (neurogenă sau nu) • Stimulare urotelială • Semnalizare aferentă ridicată • Altele (suprapunerea/încrucișarea impulsurilor nervoase ale organelor pelvine, ischemia peretelui vezicii urinare etc.)	Simptome: imperiozitate micțională, de obicei asociată cu polakiurie și nicturie Calendar micțional: urgentă, frecvență și nicturie
--	--	--	--	---

		• ITU		
IU mixtă: prevalență 10-30%	Orice asociere între IUE și IUI.	Atât cauzele IUE cât și cauzele IUI	Asociere între IUE și IUI.	Simptome : IU la fel de frecventă în cazul unui efort fizic ca și în cazul unei senzații de imperiozitat e Calendar micțional: variabil Test de tuse: poate provoca scurgeri concomitent e cu tusea

*BPO = obstrucția cauzată de hiperplazia benignă de prostată;
GI = gastrointestinal; IUE= incontinența urinară de efort ; IU =
incontinență urinară; ITU = infecție a tractului urinar; IUI =
incontinență urinară de imperiozitate.*

Recomandări privind evaluarea diagnostică a IU la bărbați

Recomandări	Nivel de încredere
În cadrul evaluării bărbaților cu incontinență urinară (IU) se efectuează anamneză completă (inclusiv în ceea ce privește simptomele, comorbiditățile, tratamentul farmacologic) și examinare fizică specifică.	Ridicat
Se utilizează un chestionar validat pe bază de punctaj al simptomelor, un calendar micțional și testul tamponului în cadrul evaluării IU.	Ridicat
Se măsoară volumul rezidului vezical postmicțional în cadrul evaluării IU.	Ridicat
Se efectuează teste de urodinamică pentru IU în cazul în care se ia în considerare un tratament invaziv.	Scăzut

Recomandări privind tratamentul conservator al IU la bărbați

Recomandări privind intervenția clinică simplă	Nivel de încredere
---	---------------------------

Se discută cu pacientul recomandări privind stilul de viață, care pot contribui la ameliorarea incontinenței urinare (IU); cu toate acestea, pacienții trebuie informați în legătură cu lipsa dovezilor referitoare la acest tip de intervenții.	Scăzut
Se analizează orice tratament farmacologic asociat cu apariția sau agravarea IU.	Scăzut

Se utilizează tampoane și/sau dispozitive de tip condom/prezervativ urinar (cateter urinar extern) ca opțiuni de tratament paliativ în cadrul managementului IU.	Scăzut
Recomandări pentru terapii comportamentale și fizice	
La nevoie, se pune în aplicare o procedură de golire programată a vezicii urinare în cazul pacienților cu incontinență urinară (IU).	Ridicat
Se propune antrenarea vezicii urinare ca tratament complementar pentru IU.	Scăzut
Se propune reeducarea musculaturii planșeului pelvin, separat sau în asociere cu biofeedback și/sau electrostimulare, în cazul bărbaților cu prostatectomie radicală, pentru a accelera recuperarea din faza de IU.	Scăzut

Recomandări privind managementul farmacologic al IU la bărbați

Recomandări	Nivel de încredere
-------------	--------------------

Se propune administrarea de tratament cu medicamente antimuscarinice sau mirabegron adulților cu incontinență urinară prin imperiozitate, în cazul cărora tratamentul conservator nu a avut rezultate.	Ridicat
Se propune administrarea de duloxetină bărbaților cu incontinență urinară de efort.	Scăzut
Pacienții trebuie informați cu privire la posibilele reacții adverse ale duloxetinei și la faptul că, în Europa, utilizarea acesteia este în afara indicațiilor terapeutice aprobate pentru această afecțiune.	Ridicat

Recomandări privind managementul chirurgical al IU la bărbați

Recomandări pentru administrarea de agenți de încărcare	Nivel de încredere
Nu se propune administrarea de agenți de injectabili parauretrali în cazul bărbaților cu incontinență urinară post-prostatectomie.	Scăzut

Recomandări pentru efectuarea procedurii de tip sling la bărbați	
Se propune efectuarea de proceduri de tip sling fix, pe cale transobturatorie, în cazul bărbaților cu incontinență ușoară până la moderată* după prostatectomie.	Scăzut
Pacienții trebuie informați cu privire la faptul că incontinența urinară severă sau antecedentele de radioterapie la nivel pelvin sau de intervenție chirurgicală transuretrală pot afecta negativ rezultatul procedurii chirurgicale de tip sling fix la bărbați.	Scăzut
Recomandări pentru dispozitive de compresie	
Se propune implant de sfincter urinar artificial (AUS) în cazul bărbaților cu incontinență urinară de efort moderată până la severă.	Ridicat
Implantul de AUS sau ProACT® la bărbați trebuie efectuat doar în centre specializate.	Scăzut
Pacienții care primesc AUS sau ProACT® trebuie preveniți cu privire la faptul că, deși se pot vindeca, există un risc ridicat de complicații, eșec mecanic și posibilitatea de a fi necesară explantarea dispozitivului.	Ridicat
Nu se propune tratament cu dispozitiv de compresie non-circumferențială (ProACT®) bărbaților cărora li s-a administrat radioterapie pelvină.	Scăzut

* termenii de incontinență post-prostatectomie (IPP) „ușoară” și „moderată” nu au fost încă definiți.

Recomandări privind managementul chirurgical al IUI la bărbați

Recomandări privind administrarea injectabilă de toxină botulinică la nivelul peretelui vezicii urinare	Nivel de încredere
Se propune tratament injectabil cu onabotulinumtoxinA (100 U) la nivelul peretelui vezicii urinare la pacienții cu vezică urinară hiperactivă (OAB)/incontinență urinară prin imperiozitate (IUI) refractară la tratamentul farmacologic.	Scăzut

Pacienții trebuie preveniți cu privire la durată limitată a răspunsului, riscul de infecție a tractului urinar și posibila necesitate pe termen lung de auto-cateterizare intermitentă curată (trebuie ca aceștia să fie dispuși și apti să realizeze această manevră).	Ridicat
Recomandări privind stimularea nervului sacral	
Se propune stimularea nervului sacral pacienților cu IUI refractară la tratamentul medical și care doresc tratament chirurgical.	Scăzut
Recomandări pentru cistoplastie	
Se propune efectuarea de cistoplastie de augmentare pacienților cu OAB/IUI în cazul cărora celelalte opțiuni terapeutice nu au avut rezultate și care sunt dispuși și apti să realizeze manevra de auto-cateterizare.	Scăzut
Pacienții la care se efectuează cistoplastie de augmentare trebuie informați cu privire la riscul ridicat de complicații; riscul de a trebui să efectueze manevra de auto-cateterizare intermitentă curată și necesitatea de supraveghere pe tot parcursul vieții.	Ridicat
Se propune efectuarea de derivație urinară doar pacienților în cazul cărora tratamentul mai puțin invaziv pentru OAB/IUI nu a dat rezultate și care acceptă prezența unei stome urinare.	Scăzut

Urmărire

Strategia de urmărire recomandată:

- Pacienții gestionați prin metoda așteptării vigilente trebuie

reevaluați la șase luni și apoi anual, cu condiția ca simptomele să nu se agraveze sau să survină o indicație absolută de tratament chirurgical. Pacienții care primesc tratament cu α 1-blocante, antagoniști ai receptorilor muscarinici, agonisti beta 3-adrenergici, inhibitori ai fosfodiesterazei 5 sau o asociere a unora dintre aceste medicamente trebuie reevaluați la patru până la șase săptămâni de la inițierea tratamentului. În cazul în care pacienții obțin o ameliorare a simptomatologiei, fără reacții adverse supărătoare, tratamentul farmacologic poate fi continuat. Pacienții trebuie reevaluați la șase luni și apoi anual, cu condiția ca simptomele să nu se agraveze sau să survină o indicație absolută de tratament chirurgical.

- Pacienții care au primit tratament cu inhibitori ai 5 α -reductazei trebuie reevaluați la douăsprezece săptămâni și la șase luni pentru a stabili răspunsul la tratament și reacțiile adverse.
- Pacienți care primesc tratament cu desmopresină: trebuie efectuate măsurători ale nivelului seric al sodiului în a treia și a șaptea zi și la o lună și, ulterior, în cazul în care nivelul seric al sodiului se menține în limite normale, la fiecare trei luni; secvența de urmărire trebuie reluată după creșterea dozei.
- Pacienții în cazul cărora s-a efectuat o intervenție chirurgicală la nivelul prostatei trebuie evaluați la patru-șase săptămâni după îndepărtarea cateterului, pentru a evalua răspunsul la tratament și reacțiile adverse. În cazul în care pacienții prezintă ameliorarea simptomatologiei și nu există reacții adverse, nu este necesară o evaluare suplimentară.

Recomandări privind urmărirea	Nivel de încredere
Toți pacienții care beneficiază de tratament conservator, medical sau chirurgical, trebuie urmăriți.	Scăzut

Intervalele de urmărire și analizele de control trebuie stabilite în funcție de tratamentul specific.	Scăzut
---	--------

Cititorilor li se recomandă cu insistență să citească versiunea integrală a Ghidurilor, în care sunt prezentate eficacitatea, siguranța și considerentele pentru fiecare tratament.

Această scurtă broșură se bazează pe Ghidurile EAU mai cuprinzătoare (ISBN 978-94-92671-19-6), disponibile pe website-ul EAU: <http://www.uroweb.org/guidelines>.