

LUDT kongres Wien september 2016

Læs her Heidi Kleis og Laila Breums referat fra LUTD kongres i Wien september 2016

Global Congress on Lower Urinary Tract Dysfunction – LUTD

22-23 September 2016 i Wien. <http://lutd.org>

Kongressen blev afholdt icentrum af Wien i meget smukke rammer på Liechtenstein Garden Palace.

TORSDAG.

Should slings and meshes be gone? What will be next in clinic- stem cells and tissue engineering for reconstruction? Prof Karl- Dietrich Sievert

Risici ved anvendelse af mesh: skade på blære / tarm, recto-vaginal fistel, abscesser, intens smerte, infektioner,- også UVI, neuro- muskulære problemer og øget udflåd.

Mesh materialet er ikke lige godt til alle. Når der skal afprøves nye materialer, skal der ses på elasticitet, stabilitet og porøsitet for at opnå optimal sikkerhed og komfort for patienten. Det er altså vigtigt at vurdere, ikke bare hvornår der skal sætte ind med mesh, men også med hvilket materiale og hvilke patienter, der vil kunne have glæde af det.

Stamceller defineres af deres evne til :

- 1) At kunne forny sig selv
- 2) At kunne klonе fra en enkelt celle
- 3) At kunne differentiere til forskellige celletyper.

Forskellige stamceller kan anvendes. Der skal ses på det terapeutiske potentiale af brugen af stamceller ved akut skade, ved lokal genopbygning af funktion m.m. Og der skal forskes mere for at se den langtidsvirkende effekt – der skal ses på cellens evne til at differentiere til en anden celletype, hvordan reparationseffekten er og på cellernes virkningsmekanismer ift vaskularisering, muskulatur og innervation. Desuden skal sikkerheden vurderes ift potentielle tumor gener.

Levator ani skader post partum: 6-10% efter spontan vaginal fødsel, 17-33% efter vakuum / kop udvidelse og 67-71% efter instrumentel forløsning.

Prævalensen for urin inkontinens (UI): vaginal fødsel 40,3% versus kejsersnit 28,8%

Prævalensen for UI >10 år: vaginal fødsel 10.1% versus kejsersnit 3.9%. Det er kun 1 ud af 9 kejsersnit, der undgår UI.

Prævalensen for at udvikle POP ved vaginal fødsel: 14,6% versus kejsersnit 6,3%. POP er en risikofaktor for at udvikle UI. Når der ses på risikoen for at udvikle POP, er det kun 1 ud af 12, der har fået kejsersnit, der undgår POP. 1 ud af 8 undgår POP i kombination med inkontinens.

Women in Pain – how can we help?, Prof. Arndt van Ophoven

45 % viser asymptomatiske fund i blæren (glomerulations = blødning fra bristede vener), identiske med de fund, der ses hos IC patienter. 20 % af mænd med LUTS viste blærefund (glomerulations) ved distension før TURP.

Hunners læsion: Under blærefyldning opstår bristninger / blødning fra blærens mukosa.

Behandlingen kan inddeles i 4 grupper:

- 1) Oral (medicin),
- 2) Intravesical medicin (skylninger / botox),
- 3) Fysisk (blæretræning, TNS, akupunktur, yoga m.m.)
- 4) Operation (SNM, cystoplasty / cystectomy.

Der bør startes med konservativ behandling, og først når alt er afprøvet kan operation komme på tale. Flere samtidige behandlinger kan overvejes, hvis det er i den bedste interesse for patienten.

Pelvic pain mapping er et godt redskab. Påvirkning / behandling af triggerpunkter er set at virke smertedæpende hos nogle patienter. Vigtigt at flere faggrupper er med i behandlingen af disse patienter. Fysioterapi anbefales J

AUA- guidelines (American Urological Association) anbefales, da de er praktisk orienteret.

Chronic obstipation, obesity and diabetes, should we get worried for our patients with OAB? Dr. Mike Kirby

Kronisk forstoppelse kan føre til problemer med blæren. En stor del af mænd med LUTS har rectale problemer. Blæren og endetarmen har en fælles embryologiske oprindelse i kloakken og har ens nerveforsyning.

OBS på fedme og diæt. Der er studier, der viser at fedme, diabetes, fastende højt insulin niveau, lavt HDL-kolesterol og arteriel hyper tension er risikofaktorer for prostatas vækst.

OAB er aldrig blevet defineret præcist. Botox viser ikke bedre resultat end antimuskerin medicin. Ved høje doser botox (200 enheder) ses højere effekt - bedre end SNM (= Sacral Nerve Modulation), men også flere bivirkninger, som besvær med at tømme blæren. Oftest gives 100 enheder. Behandlingen skal gentages.

Don't forget how we can manage incontinence in dementia, Dr. Jalesh Panicker

Ved behandling af inkontinens hos demente er det vigtigt være opmærksom på brugen af antimuskerin medicin, da patienten risikerer ikke at få tømt sin blære, hvilket har negativ indflydelse på patientens demens. Anvendelse af antimuskerin er forbundet med en øget risiko for kognitiv svækkelse, atrofiske ændringer i hjernen, nedsat funktionel ydeevne og øget dødelighed.

Open forum:

Der ses

ingen forskel mellem botox behandlinger og medicinskbehandling i forhold til antal lækager. De, der responderer bedst på SNM, er dem, der har afprøvet 1 eller flere antimuskerin mediciner. 46 % oplever

total effekt ved SNM. 20 % af dem, der har fået indopereret en SNM, oplever, at den flytter sig væk fra operationsområdet. 4% får SNM fjernet igen. Mange oplever smerte i operationsområdet. Operatøren skal være mere opmærksom på patientens favorit sovestilling / side.

Sphincters for urinary and faecal incontinence – how do we close up? Prof. Klaus Matzel

Forekomst af dobbelt inkontinens:

Ca. 40% af kvinder med fækal inkontinens har også urininkontinens. Ca. 25% af kvinder med symptomer på urininkontinens har også fækalinkontinens. Kvinder, der søger behandling for urge urininkontinens, har en forekomst af fækal inkontinens på 18%.

Behandling af dobbelt inkontinens:

- SNM er ikke anbefalet til stress urininkontinens
- SNM anses ikke for ideelle valg til patienter med soiling eller rectal prolaps
- Patienter med blandings-inkontinens (stress / urge) er succesraten ved operation lille.

Hvis årsagen til blandingsinkontinensen er den samme for begge typer inkontinens, og der er sandsynlighed for, at hver af formerne vil reagere positivt på SNM, - ja så vil behandling med SNM være et brugbart valg.

Uanset behandling er der brug for mere forskning af behandlingsmetoder.

Work the pelvic floor for improving SUI – true or false? Prof. Siv Mørkved

Ved SUI og PFMT er succesraten på 44-75%. Den store variation i effekten,

kan i.flg. Siv Mørkved, skyldes, at lægerne er for dårlige til at "sælge"

PFMT. Det er vigtigt overfor patienterne at fremhæve det naturlige i at

skulle vedligeholde bækkenbundstræningen, da den langsigtede effekt ellers udebliver.

Hvordan skal der trænes: Udfør styrketræning over tid for at opbygge

"stivhed" og strukturel støtte fra bækkenbunden, lær bevidst kontraktion

før og under en abdominal trykstigning for at støtte urinrøret og forhindre

nedsynkning. PFMT bør være 1. valg ved SUI.

FREDAG.

Wake up nocturia, Dr. Marie-Astrid Denys

Den officielle definition på nocturia er 1 til flere gange natlig vandladning. I praksis regnes der med 2 til flere natlige vandladninger.

Nocturia kan blandt andet skyldes: nedsat blærekapacitet pga lille blære, nedsat blærekapacitet pga.

BPH (= Beging Prostatic Hyperplasia), ødemer og diabetes (øget urin-produktion). Ofte ses OAB ved nocturia. Ligesom natlig polyuri (øget vand og / eller natrium diurese) ofte er forekommende.

Blæren har forskellig kapacitet dag og nat pga. det antideuretiske hormon. Dette hormon aftager med alderen. Typisk vågner patienten efter 2-3 timer i den periode, der kaldes slow wave sleep. Dette medfører forstyrrelser i de metaboliske processer - f.eks. manglende blodtryksfald (normalt ses blodtryksfald på mindst 10%) og kardiovaskulære symptomer. Undersøgelser har vist, at nocturia medfører nedsat aktivitet generelt og på arbejde samt øget risiko for fraktur, pga. fald – alt sammen fordi patienten er træt.

Medicinsk behandling af nocturia: Desmopressin / minirin (nedsætter nyrernes urinproduktion). Behandling med antimuskariner har vist positiv effekt på søvnen hos de patienter, der samtidig har OAB, men ikke på patienter med polyuri.

Botulinum toxin: what happens to the failures, Prof Frank Van der Aa

Hvornår skal der gives botox behandling ved OAB?

- 1) Livsstilsændringer / blæretræning
- 2) Medicin, f.eks. Antimuskarin eller β 3 agonists
- 3) Botox
- 4) SNM (Sacral Nerve Modulation)
- 5) Operation: cystoplasty (operation hvor blæren gøres større)

Virker botox ikke ved 1. forsøg eller er bivirkningerne for store med residualurin forsøges med kateter. 3 måneder efter 1. behandling kan igen gives injektioner med botox. Hvis det heller ikke virker, kan der efter 6 måneder forsøges med SNM. Den allersidste mulighed er cystoplasty.

PVR and urinary retention – how much PVR can we tolerate? Dr. Kevin Rademakers

Post Void Residualurin, PVR. Der er ingen gyldig standard for residualurin mængden. Der er store variationer for hvor store residual mængder, der accepteres.

Behandling:

Non kirurgi: fysioterapi, farmakologisk behandling, CISC = Clean Intermittende Self Catheterization.

Kirurgisk: TURP, laser, BNI / Bladder Neck Incesion (blærehals indsnit ved obstruktion af området), SNM, Blæreduktion

Round table: How should we manage incontinence after radical prostatectomy?

Inkontinens efter radikal prostatectomy: Robotoperation er ikke bedre end åben operation.

Urinrøret bliver stift ved arvævet efter total prostatektomi, medfører dårligere lukkefunktion. Alderen, under / over 60 år, har betydning for, om patienten bliver tæt. Inkontinensen øges 10 år efter operation. Duloxetine og PFMT har ingen virkning.

Graden af utæthed efter prostatectomi, målt i forhold til antal brugte bleer pr. døgn, er ikke noget godt mål for mængden af lækket urin. Det siger heller ikke noget om, hvor meget det generer patienten.

Hvordan skal vi behandle inkontinens efter radical prostatectomi?

AUS: Artificial Urinary Sphincter

Sling: Fix sling retro-urethral slynge / adjustable slynge (justerbar slynge)

ProAct balloner

Prof. Frank Van der Aa mener, at AUS er golden standard til behandling af inkontinens efter radikal prostatectomi. Også selvom der er mange komplikationer forbundet med operationen og mange reoperationer.

Han blev udfordret af Dr. Ricarda Bauer, der fortalte om Slings og af Dr. John Heesakkers, der fortalte om Proact Balloons.

Hvis mænd selv kan bestemme, hvilken operation de ønsker, vil 90 % vælge slynge og 10% AUS.

Den ideelle patient til behandling med fixeret slynge er: stressinkontinens, har ingen natlig vandladninger, har ikke modtaget stråleterapi, har en normal sphincter funktion og et mobilt posterior urethra. Komplikationerne er få, hvis patienten opfylder disse krav.

Ved brug af justerbar slynger ses flere komplikationer i form af infektioner og smerter.

Pro Act Balloner: lille indgreb, nem at fjerne igen, justerbar volumen af ballonerne, stor succesrate ved let til moderat inkontinens. Et problem med ballonerne kan være, at de kan flytte sig, og at de ikke er gode til de svært inkontinente patienter.

How can sexuality be preserved after TURP? Prof. Stefan De Wachter

Prostata kirurgi kan påvirke seksualiteten: forbigående på den erektil funktion, og langsigtet på ejakulationen. Nogle studier viser, at operation af en lille forstørrelse af prostata kan give større risiko for rejsningsproblemer end ved fjernelse af en større prostata.

Seksuel funktion efter TURP:

Nedsat erektil funktion ses hos 4-40%

27% oplever fuldstændig tab af erektion

Dette sker på baggrund af termisk eller kemisk skade på nerver opstået

ifm TURP-operationen, men også psykologiske påvirkninger som følge af

kirurgien og langvarig ophør af seksuel aktivitet post-operativt, er

medvirkende årsager.

Mulige præoperative konsekvenser kan være: Prostatas størrelse, graden af LUTS, tidligere nedsat seksuel aktivitet og den kirurgiske teknik der anvendes.

Vigtigt at vi som fysioterapeuter husker at tale med vores patienter om alle de overstående mulige årsager til erektilproblemer.

Dette er de budskaber, som Heidi Kleis og Laila Breum fik med hjem fra en interessant og velrettet lille kongres i Wien er heller ikke ringe endda!