



MATHIEU MEZZADRI

Bác sĩ

Phẫu thuật viên Phụ khoa cao cấp - Bệnh viện Lariboisiere
Bộ phận Hỗ trợ cộng đồng - Bệnh viện Paris - Pháp

HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA
 VIỆT - PHÁP - CHÂU Á - THÁI BÌNH DƯƠNG
 TP. Hồ Chí Minh, 14 & 15/5/2015

15

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TIỂU KHÔNG KIỂM SOÁT KHI GẮNG SỨC

Matthieu Mezzadri, Jeremy Sroussi,
 Yann Delpech, J.L. Benifla

Khoa Phụ Sản
 Bệnh viện Lariboisière

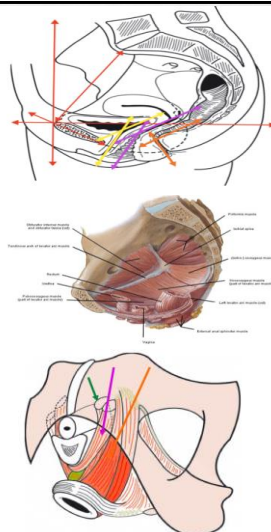




2

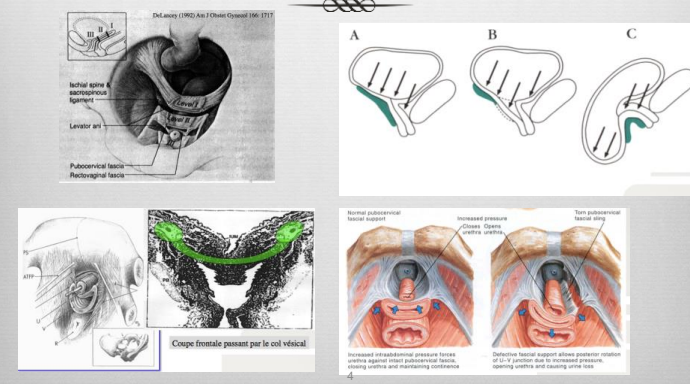
TIỂU CỐ KIỂM SOÁT

- Sự co thắt của bó cơ mu trực tràng giúp nâng đỡ, giữ và đóng cổ bàng quang.
- Sự co thắt của các cơ nâng gắn với cung cân góp phần làm vững chắc hệ thống nâng đỡ sàn chậu (hamac)



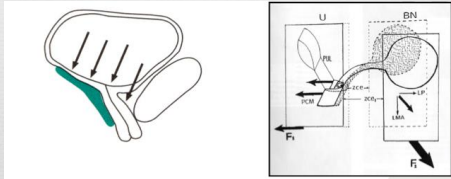
3

Giả thuyết De Lancey : Sự di động quá mức của niệu đạo (mức III)



4

Lý thuyết về tính toàn vẹn d'Ulmsten et Petros



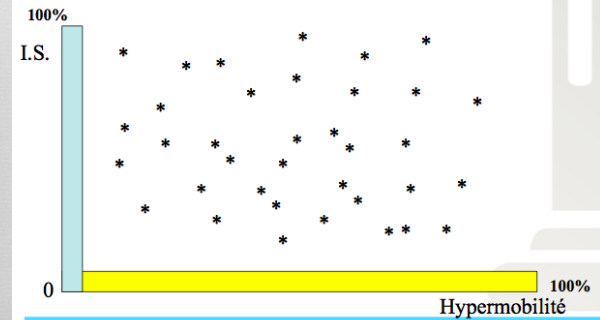
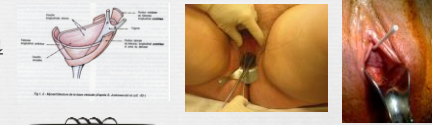
Le hamac de De Lancy => La théorie intégrale d'Ulmsten et Pétros (93)

- Description d'une obstruction dynamique de l'urètre par allongement
- Traction de l'urètre vers l'avant par les ligaments périnéaux

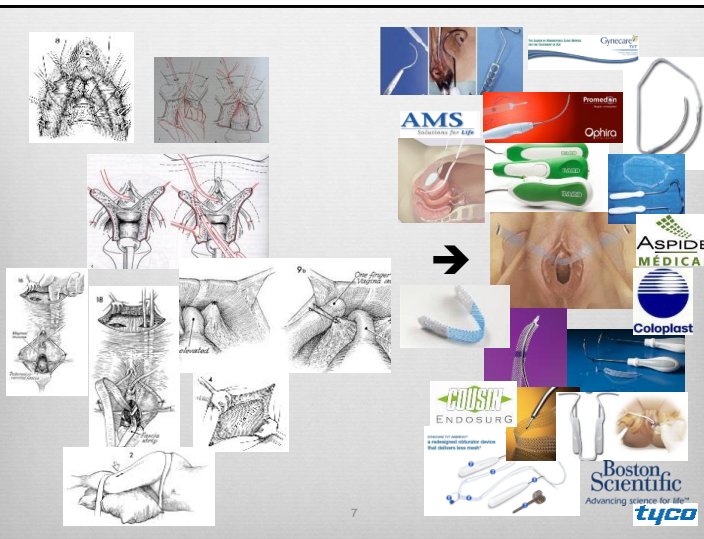
Cấu trúc nâng đỡ (lý thuyết võng) của De Lancy => giả thuyết về tính toàn vẹn của Ulmsten và Pétros
 - Mô tả sự tắc nghẽn về mặt động học dọc theo chiều dài của niệu quản
 - Sự co thắt về phía trước của niệu quản do các dây chằng vùng đáy chậu

5

IUE : sự di động quá mức /IS

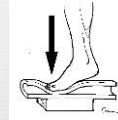


Fleischmann N et al. Sphincteric urinary incontinence: relationships of vesical leak point pressure, urethral hypermobility and severity of incontinence. J Urol, March 2003.

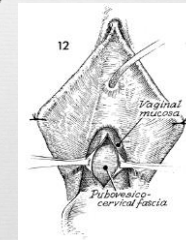


7

Nâng đỡ niệu đạo theo lý thuyết của Ulmsten




- ☞ Marion-Kelly
- ☞ Goebell-Stoeckel
- ☞ Ingelman-Sundberg
- ☞ Raz
- ☞ Bologna
- ☞ Stamey
- ☞ Marshall-Marchetti-Krantz
- ☞ Burch



➔ BSU RP/TO et ISU

8

TVT™ (rétropubien: sau xương mu) [Ulmsten 1996]




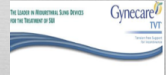
Long-Term Results With Tension-Free Vaginal Tape on Mixed and Stress Urinary Incontinence

Uppsala University, Uppsala, Sweden.

Corinne Holmgren, MD, Staffan Nilsson, MD, PhD, Lars Lanner, MD, and Dan Hellberg, MD, PhD

OBSTETRICS & GYNECOLOGY VOL. 106, NO. 1, JULY 2005



Surgeon No.	No. of TVTs	Cure Rate (%)
1	250	217 (86.8)
2	81	69 (85.2)
3	103	81 (78.6)
4	18	13 (72.2)
5	57	49 (86.0)
6	11	10 (90.9)
7	40	34 (85.0)
8	15	13 (86.7)

TVT, tension-free vaginal tape procedures.

Burch vs TVT?

[Ward et al, BJOG, 2007]

⊗ Hiệu quả TVT = Burch

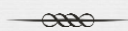
	TVT		Colposuspension		P
	Before surgery (n = 170)	5 years (n = 72)	Before surgery (n = 157)	5 years (n = 48)	
1-hour perineal pad test					
Pad weight change (g)	18 [6-30]	0 [0-0]	16 [6-30]	0 [0-0]	0.93*
Weight change of <-1 g	4 (2%)	58 (81%)	5 (3%)	44 (90%)	0.21**

*Wilcoxon rank sum test, [95% CI for difference -7.0 to 6.8]
**Fisher's exact test, comparing proportion of negative pad tests at 5 years in each group.



⊗ Tỷ lệ mắc bệnh của TVT < Burch

	5 years postoperatively (including patients who have had surgery for prolapse)						
	TVT (n = 81)	%	Colposuspension (n = 59)	%	P value*	Difference (%)	95% CI for difference
Cystocele/cystourethrocele or anterior colporrhaphy**	33(10)	41	22(3)	37	0.73	3.5	-13.2 to 20.2%
Vault or cervical prolapse/enterocele or vaginal hysterectomy for prolapse/vault support procedure***	19(9)	23	25(7)	42	0.026	21.4	3.8 to 39%
Rectocele or rectocele repair****	26(4)	32	31(5)	49	0.023	20.6	4.0 to 37.3%



Đường ngang qua hố bịt, TOT, 2003



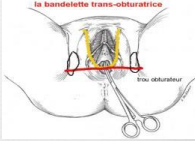
MONARC™ « out-in »

TVT-O™ « in-out »

Sau xương mu (TVT) hay ngang qua hố bịt (TOT)?





⊗ Sự hài lòng : RP = TO [Wai et al, Obstet Gynecol, 2013]

⊗ TO in-out = TO out-in [Latthe et al, BJU Int, 2010] [Abdel Fattah et al, Eur Urol, 2013]

⊗ Nghiên cứu phân tích gộp [Novara et al, Eur Urol, 2010], [Richter et al, NEJM, 2010]:

- ⊗ RP : hiệu quả khách quan tốt hơn
- ⊗ TO : hiệu quả chủ quan tương đương
- ⊗ TO : ít biến chứng hơn
 - ⊗ Tồn thương bàng quang (OR: 2.5; CI: 1.75-3.57; p < 0.0001)
 - ⊗ Hématome (OR: 2.62; CI: 1.35-5.08; p = 0.005)
 - ⊗ Tiêu khó và tồn lưu (OR: 1.35; CI: 1.05-1.72; p = 0.02)
 - ⊗ Thũng âm đạo (0 à 10% TO vs 0 à 1.5% RP) và đau

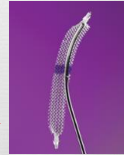
Hiệu quả của mini-bandelettes (Single Incision Slings) :

- ☞ **Phân tích gộp (9 nghiên cứu ngẫu nhiên, 758 bệnh nhân) :**
 - ☞ Ít đau hơn nhưng tỉ lệ phải can thiệp lại cao trong nhóm đặt mini-sling. [Abdel Fatah, Eur Urol, 2011]
- ☞ **TVT so với TVT-Secur [Hamer, IUIJ, 2013]**
 - ☞ Thất bại hay tái phát trong vòng 3 năm: 6% (TVT) so với 29% (TVT-Secur), $p=0,01$
 - ☞ **Hiệu quả chủ quan** trong 1 năm: 98% (TVT) so với 80% (TVT-Secur), $p=0.03$
- ☞ **TVT-O so với TVT-Secur : thất bại khách quan :**
 - ☞ $n=154$, 5 năm, 32% (TVT-Secur) so với 18% (TVT-O), $p=0.31$ [Tommaselli, Eur J Obstet Reprod Biol, 2015]
 - ☞ $n=87$, 2 năm, 31% (TVT-Secur) so với 8% (TVT-O), $p=0.01$ [Masata, IUIJ, 2012]
 - ☞ $n=87$, 1 năm, 52% (TVT-Secur) so với 9% (TVT-O), $p=0.01$ [Hota, Female Pelvic Med Reconstr Surg, 2012]
 - ☞ $n=122$, 1 năm, 16% (TVT-Secur) so với 13% (TVT-O), $p=0.75$ [Bianchi-Ferraro, IUIJ, 2013]



HIỆU QUẢ CỦA MINI-BANDELETTES :

- ☞ **Lợi thế TVT™ so với Mini-ARC™ : thất bại hay tái phát trong 3 năm**
 - ☞ 52% Mini-ARC
 - ☞ 9% TVT
 - ☞ [Basu, IUIJ, 2013]
- ☞ **TOT Monarc™ so với Mini-ARC™ : hiệu quả trong 1 năm.**
 - ☞ 225 trường hợp tiểu không kiểm soát do sự di động quá mức của **niệu quản (không có tiêu không kiểm soát mức độ nặng)**
 - ☞ Hiệu quả chủ quan : 92.2% (Mini-ARC) so với 94.2% (Monarc), $p=0.78$
 - ☞ Hiệu quả khách quan : 94.4% (Mini-ARC) so với 96.7% (Monarc), $p=0.5$
 - ☞ [Lee et al., Am J Obstet Gynecol, 2015]
- ☞ **TVT-O™ so với Ajust™ : đánh giá trong 1 năm, $n=137$**
 - ☞ Ít đau hậu phẫu hơn
 - ☞ Tái phát : 5/69 (7%) so với 3/68 (4%), $p=0.73$
 - ☞ [Mostafa et al., Urology, 2013]



14

KẾT LUẬN VỀ MINI-SLINGS : CÒN ĐANG CHỜ ĐỢI...

- ☞ 31 nghiên cứu, 3290 bệnh nhân nữ
- ☞ Chủ yếu được phẫu thuật TVT-Secur™, lấy ra được qua ngã bụng
- ☞ **TVT-Secur thấp hơn TVT RP**
- ☞ **Không đủ dữ liệu về các mini- bandelettes khác.**
 - ☞ [Nambiar et al, Cochrane 2014]
- ☞ Các đánh giá khác...
 - ☞ Altis™, hiệu quả khách quan trong vòng 12 tháng khoảng 90%
 - ☞ [Dias, Int Urogynecol J, 2014], [Kocjancic, J Urol, 2014]



15

SUY CƠ THẤT

- ☞ Nghiên cứu ngẫu nhiên ($n = 164$)
- ☞ Áp lực đóng niệu quản (PCUM) < 20 cmH2O và/hoặc áp lực bàng quang lúc són tiểu (VLPP) < 60 cmH2O
- ☞ Phải can thiệp lại 15/75 (20%) nhóm TO
01/72 (1%) nhóm RP
- ☞ RR 15; CI 95% 2-113; $p < 0,001$
- ☞ **RP có hiệu quả hơn đối với phụ nữ tiểu không kiểm soát nặng**

[Schierlitz et al, Obstet Gynecol, 2012]



16

Tiểu không kiểm soát hỗn hợp

BJOG

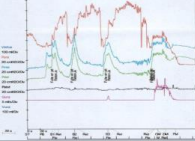
- Phân tích tổng hợp (6 nghiên cứu ngẫu nhiên)
- Tỷ lệ thành công chung điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức (IUE): 85-97%.
- Tỷ lệ thành công chung điều trị tiểu gấp không kiểm soát (IUU): 30-85%
 - **Composante d'effort liée à une IS elle-même responsable de l'HAV (la fuite précède l'urgence)**
- IUM sans HAD : RP = TP
- IUM avec HAD : RP < TO

[Jain et al, IJU, 2011]


Nghiên cứu đoàn hệ (phân tích đa biến)

- L'HAD niệu động học gia tăng nguy cơ tồn tại triệu chứng tăng động bàng quang sau phẫu thuật. **OR 2.04**, 95% CI 1.39-3.01
- Cách đặt TOT làm giảm nguy cơ tồn tại triệu chứng tiểu gấp **OR 0.61**, 95% CI 0.39-0.94

[Lee et al, BJOG, 2011]



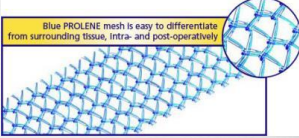
CÁC LOẠI MẢNH GHÉP



- Mersilène ++ *[Williams, 1962]*
- Silicone ++ *[Stanton, BJOG, 1985]*
- Polypropylène đơn sợi 1-2%** *[Abdel-Fattah, 2006]*
 - TVT, TVT-O, Monarc
- Polypropylène đa sợi 10-15% *[Balakrishnan, 2007]*
 - IVS, UraTape, ObTape
- Polyester + collagène 10-20% *[Kobashi, J Urol, 1999]*


POLYPROPYLENE ĐƠN SỢI, LỖ LỚN

Blue PROLENE mesh is easy to differentiate from surrounding tissue. Intra- and post-operatively.

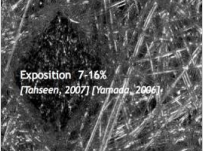


- « Polypropylene lỗ lớn là vật liệu được lựa chọn cho suburethral sling », *[Feifer, Int Urogynecol J, 2007]*
- Kích thước các lỗ rất quan trọng :

Monarc™ Fibres 150µ Pores 1000µ	Obtape™ Fibres 29µ Pores 50µ
--	---





Exposition 1-23 *[Abdel-Fattah, 2006]*




Exposition 7-163 *[Fahseen, 2007] [Parsons, 2006]*

LỖ MẢNH GHÉP VÀO BÀNG QUANG

- Vết thương bàng quang không được phát hiện hay bị che lấp.
- Thủng bàng quang trong mổ : 0.2% TO so với 3.5% RP *[Sung, Am J Obstet Gynecol, 2007]*
- Soi bàng quang thường quy khi RP
- Cắt lọc bàng nhiều ngã, bảo tồn chức năng đi tiểu
- Chẩn đoán trong vòng 4-11 tháng sau mổ: tiểu không kiểm soát tái phát, sỏi, HAV, tiểu máu.** *[Clemens, 2000], [Tsuji, 2004]*
- TVT (đơn sợi) 0,7% trong 5 năm (1/127)
- IVS (đa sợi) 14% trong 5 năm (6/42) *[Glavind et al, 2004]*



LỘ MẢNH GHEP VÀO NIỆU ĐẠO




- ☞ Hiếm gặp, 0.07 đến 1.5%, [Clemens 2000], [Clavina 2004]
- ☞ Đi qua lớp dưới niêm mạc mà không phát hiện hoặc mảnh ghép được siết quá chặt
- ☞ Nguy cơ dò niệu đạo - âm đạo.
- ☞ Cắt lọc, khâu và dẫn lưu +/- **Martius**
- ☞ Dò nước tiểu tái phát: 66% [Clemens 2000], [Wai, 2004]






21

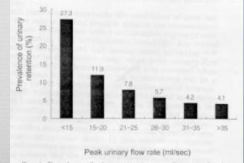
BÀNG QUANG TĂNG HOẠT

- ☞ Mới xuất hiện, cải thiện hoặc nặng hơn [Sergent, 2003]
 - ☞ **Tiểu gấp mới xuất hiện khoảng 10 đến 13%** [Abouassaly, 2004], [Karram, 2003]
 - ☞ IUU 1.5% [Sergent 2003], [Nilsson, 2001]
 - ☞ TVT = Burch [Ward, 2004], [Wang, 2003]
 - ☞ RP = TO [Delorme, 2001], [De Tayrac, 2004]
 - ☞ TPTNT (nhiễm trùng), soi bàng quang (xói mòn), đo áp lực bàng quang (HAD), niệu dòng đồ (tiểu khó, mảnh ghép siết chặt)
 - ☞ Thường không tìm thấy nguyên nhân!
- 22

TẮC NGHẼN :

- ☞ **Bí tiểu hoàn toàn, tiểu khó, tiểu tồn lưu nhiều, tiểu gấp**
 - ☞ Có thể do mảnh ghép được siết quá chặt hoặc qua gần cổ bàng quang
 - ☞ Tỷ lệ thay đổi tùy theo định nghĩa, 6 - 45%
 - ☞ [De Tayrac 2004], [Mishra 2004], [Abouassaly 2004], [Sergent 2003], [Ulmsten 1999]
 - ☞ 68% trường hợp tự khỏi trong vòng 48 giờ
 - ☞ [Abouassaly 2004]
 - ☞ 4% thông tiểu ngắt quãng trong 7 ngày
 - ☞ [Debodinace 2002]
 - ☞ TVT = treo âm đạo theo kỹ thuật Burch
 - ☞ [Debodinace 2002]
 - ☞ **Voie TO ne protège pas**
 - ☞ [De Tayrac 2004]
- 
- 23

TẮC NGHẼN:

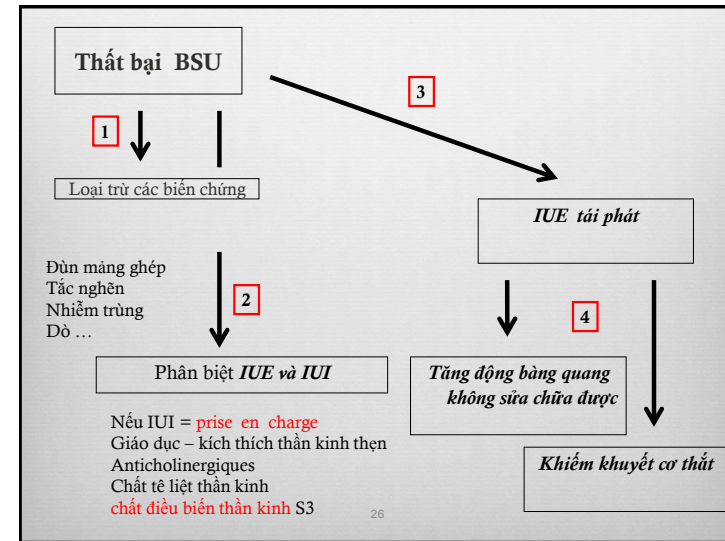
- ☞ Triệu chứng tiểu khó :
 - ☞ Cảm giác muộn đi tiểu, tiểu nhiều tia, tia nước tiểu yếu, cần ấn bụng, cảm giác tiểu không hết = 4-78%. [Nilsson 2001], [Debodinace 2002], [De Tayrac 2002]
 - ☞ Kinh nghiệm của phẫu thuật viên: bí tiểu
 - ☞ 50 trường hợp đầu tiên đặt TVT 5%
 - ☞ 50 trường hợp tiếp theo 1.5%
 - ☞ [Lahet 2001]
 - ☞ Yếu tố dự báo:
 - ☞ Sự co thắt quá mức của cơ chóp bàng quang (cơ Detrusor) (khó phát hiện ngay cả khi đo niệu động học)
 - ☞ Tắc nghẽn (kèm với sa tạng chậu)
 - ☞ Qmax yếu [Hong 2003]
 - ☞ Sự thay đổi niệu động học sau phẫu thuật TVT :
 - ☞ Qmax giảm có ý nghĩa [Frid 2004], [Mazoni 2004]
 - ☞ Qmax < 15 ml/s 7-39% [Jacquin 2000]
 - ☞ Qmax < 10 ml/s 10% [Lahet 2001]
 - ☞ Giảm 12 ml/s ở 34% phụ nữ [Mazoni 2004]
- 
- 24

TẮC NGHẼN:

- ↻ Bí tiểu hoàn toàn > 48 giờ = phẫu thuật lại [Abouassaly 2004], [Lebret 2001]
- ↻ Đè ép
- ↻ Rạch đường giữa hoặc đường bên [Debodinance 2003]
- ↻ Tháo ra/đặt lại
- ↻ Cắt ra + nối dài [Koelle 2001]
- ↻ Tiểu không kiểm soát tái phát sau mổ lại = 30% [Abouassaly 2004], [Hong 2003]
- ↻ Hội chứng tắc nghẽn không hoàn toàn (RPM và/hoặc tiểu khó)
 - ↻ Đặt thông tiểu gián đoạn theo lịch đi tiểu.
 - ↻ Ngưng khi nước tiểu tồn lưu < 100 ml
 - ↻ Phẫu thuật lại khi triệu chứng còn kéo dài.
- ↻ Tỷ lệ tái phát 2.2% (1.4-4) [Abouassaly 2004], [Debodinance 2002]



25



Risk factors associated with failure 1 year after retropubic or transobturator midurethral slings

Matthew D. Barber, MD, MHS; Steven Kleeman, MD; Mickey M. Karram, MD;
Marie Fidela R. Paraiso, MD; Mark Ellerkmann, MD; Sandip Vasavada, MD; Mark D. Walters, MD



FIGURE
Relationship between age and treatment failure

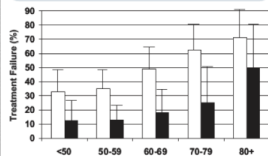


TABLE 2
Multivariable logistic regression analysis of risk factors for the development of any urinary incontinence 1 year after surgery

Variable	Adjusted odds ratio	95% CI
Treatment group (TVT vs TOT)	1.1	0.5-2.5
Age (per decade)	1.3	0.5-2.7
Current smoking	0.4	0.10-1.3
Preoperative anticholinergic medication use	6.7	1.6-22
Functional capacity (METs)	2.4	0.4-15
Concurrent POP surgery	2.7	1.1-6.7
Number of vaginal deliveries	0.3	0.03-2.4

MEt, metabolic unit; POP, pelvic organ prolapse.
Barber. Risk factors for failure after retropubic or transobturator midurethral slings. Am J Obstet Gynecol 2008.

27

CAN THIỆP LẠI KHI TÁI PHÁT HAY THẤT BẠI:

Không có nghiên cứu ngẫu nhiên, nghiên cứu so sánh

• Cơ hội thành công thấp sau 2° BSU

- N = 799
- Tỷ lệ thành công : 71% BSU1 vs 54% BSU2 (p < 0.001)
- Parden et al, *Obstet Gynecol*, 2013

• Phân tích gộp (350 ca 10 ECR)

- Không khác biệt giữa 2 phương pháp RP và TO
- Agur et al, *Eur Urol*, 2013

• Nghiên cứu đoàn hệ, n = 431

- Thành công 2° BSU RP 79% / TO 65%, p = 0.002
- Thubert et al, *Prog Urol*, 2013



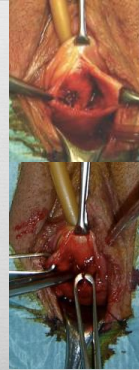
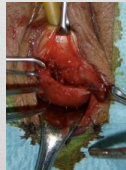
28

Treatment for Unsuccessful Tension-Free Vaginal Tape Operation by Shortening Pre-Implanted Tape

Tsia-Shu Lo, Alex C. Wang,* Ching-Chung Liang, Cheng-Yu Long and Shu-Jane Lee

From the Division of Urogynecology, Department of Obstetrics and Gynecology, Chang Gung Memorial Hospital, Linkou Medical Center and Department of Obstetrics and Gynecology, Kaohsiung Municipal Hsiao-Kang Hospital, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan, Republic of China.

- ↻ 14 trường hợp tái phát sau TVT trong đó 6 ca tiêu không kiểm soát nặng
- ↻ Intervalle TVT-Plicature : 4 tháng
- ↻ 10 thành công (71,4%)
- ↻ 4 thất bại (28,6%)
 - ↻ 2 tiêu không kiểm soát nặng
 - ↻ 2 ca niệu đạo bị cố định



29

Int Urogynecol J (2008) 19:681–685
DOI 10.1007/s00192-007-0506-6

ORIGINAL ARTICLE

Laparoscopic Burch colposuspension after failed sub-urethral tape procedures: a retrospective audit

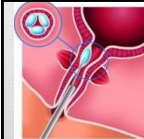
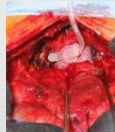
Eva M. De Cuyper · Rozhan Ismail · Christopher E. Maher

- ↻ 16 bệnh nhân thất bại sau BSU
- ↻ Phẫu thuật lần 1 :
 - ↻ TVT : 8 (50%)
 - ↻ TVT-O : 2 (12,5%)
 - ↻ IVS : 6 (37,5%)
- ↻ Thời gian đánh giá 24,5 tháng
- ↻ Tỷ lệ thành công :
 - ↻ Khách quan : 54,5%
 - ↻ Chủ quan : 92,9%

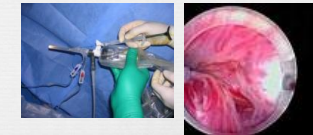
30

Khiếm khuyết cơ thắt: PCUM < 20 hoặc 30 cmH2O
kèm với niệu đạo cứng, không di động, TVT test -, rỉ nước tiểu khi ấn bụng...[Shah et al, Nat Rev Urol 2012]

- ↻ Đôi khi chỉ định thực hiện phẫu thuật khác
- ↻ Hoặc khi thất bại dù đã thực hiện tốt BSU
- ↻ **Ghép cơ thắt nhân tạo**
- ↻ **Adjustable Continence therapy (ACT)**
- ↻ **Tiêm dưới niệu đạo**



TIÊM DƯỚI NIỆU ĐẠO



- **Tiêm dưới niêm mạc niệu đạo cải thiện khả năng giữ nước tiểu và làm mạnh hơn cơ thắt.**
 - Can thiệp đầu tiên trong trường hợp tiêu không kiểm soát nặng với TVT test -, cố định niệu đạo
 - Thực hiện thay thế BSU
 - Sau thất bại BSU
- **AMM tại Pháp năm 2011:**
 - **Contigen®:** test thực hiện 1 tháng trước phẫu thuật. Nghiệm cảm thực hiện tại Pháp trong thời gian cố dịch bệnh nào (bệnh bò điên)
 - **Macroplastique®** (polyméthyl-siloxan) : hệ thống tiêm truyền không kiểm soát bằng mắt.
 - **Bulkamid®** (polyacrylamide hydrogel) ³²

• 1938_Murless: Sodium morrhuate (tác nhân gây xơ). Nhiều biến chứng.

• **Những năm 70:** Berg, Politano: PTFE, Teflon®. Nguy cơ ảnh hưởng các cơ quan khác (gan, não ...).

• 1989: Mỡ tự thân. Nguy cơ thuyên tắc phổi.

• 1993: Collagen có nguồn gốc từ bò, Contigen®. Nguy cơ mất cam.

• **Những năm 90-2000:** Polyméthyl-siloxan (macroplastique®), carbon-coated zirconium (durasphère®), éthylène vinyl alcohol (uryx®, tegress®), gel NASHA/Dx (zuidex®), granulomes, infections, gel de polyacrylamide (bulkamid®)

Keegan et al. Cochrane Database Syst Rev 2007
*Liệu pháp tiêm quanh niệu đạo để điều trị són tiểu ở
 phụ nữ.*



« Giải pháp hữu ích nhằm cải thiện lâm sàng trong thời gian ngắn ở các bệnh nhân được chọn lọc có tình trạng bàng quang tăng động »

Phẫu thuật sau tiêm vào niệu đạo: không có ảnh hưởng đến phẫu thuật BSU sau khi ISU. [Koski et al, Female Urology 2010]

IUE hoặc IUM kèm với:

- ☞ Béo phì
- ☞ Phình tĩnh mạch chậu quá mức.
- ☞ CI vô cảm toàn thân hoặc vô cảm vùng
- ☞ Quá lớn tuổi.
- ☞ ATCD xạ trị vùng chậu.
- ☞ Mong có thai (?)
- ☞ Mong muốn điều trị ít xâm lấn
- ☞ Thất bại với dải nâng dưới niệu đạo.

33

ĐÁNH GIÁ POLYACRYLAMIDE HYDROGEL



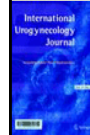
IUE hoặc IUM có hoặc không IS

☞ [Lose et al, 2010]

☞ 67 IUE và 68 IUM

☞ Kết quả trong 12 tháng:

- ☞ **Đáp ứng chủ quan 66%** (bệnh nhân khô hoặc có cải thiện theo đánh giá của họ)
- ☞ Giảm số lần són tiểu/ 24h từ 3 xuống 0,7 (p<0,0001)
- ☞ Giảm lượng nước tiểu sốn g/24h từ 29 xuống 4 (p<0,0001)



IS « pure »

☞ [Costa et al., 2014]

☞ 80 bệnh nhân

☞ P động < 30 cm H2O sans hypermobilité et TVT test-

☞ **60% cải thiện điểm PGI-I trong 1 năm**

34