

Studiu observațional asupra tratamentului incontinenței urinare de efort la pacientele din ambulator

Dr. Andrei Manu-Marin, medic primar urologie
Gnosis-EvoMed, str. Suvenir, nr. 10, sect. 2, București

Rezumat

Incontinența Urinară (IU) este definită ca orice pierdere involuntară a urinei. IU face parte din categoria de simptome ale tractului urinar inferior (prescurtat: Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS)) care includ dificultăți atât legate de stocarea urinei cât și de eliminarea ei, IU fiind în categoria simptome de stocare. Tratamentul aplicat acestor pacienți îmbunătățește semnificativ toate valorile urmărite, atât pe cele subiective cât și pe cele obiective, reduce cu 87% ($\approx 2\sigma$) numărul de episoade de incontinență și mărește cu 50% ($\approx 2\sigma$) forța musculaturii perineale. Aceste efecte sunt robuste indiferent dacă pacienții suferă de Incontinența Urinară de Efort (IUE) sau Incontinența Urinară prin Imperiozitate (IUI).

1 Introducere

IU este definită ca orice pierdere involuntară a urinei. IU face parte din categoria de simptome ale tractului urinar inferior (prescurtat, LUTS) care includ dificultăți atât legate de stocarea urinei cât și de eliminarea ei, IU fiind în categoria simptome de stocare. IU poate fi caracterizată în plus prin datele obținute în urma anamnezei și a contextului simptomelor descrise de pacient.

IUI se definește ca pierderea de urină precedată de senzația intensă de a urina, numită imperiozitate. IUE se definește ca eliminarea involuntară de urină asociată cu anumite activități fizice (de ex. strănut și tuse). Incontinența Urinară Mixtă (IUM) include caracteristici atât ale IUI cât și ale IUE.

2 Metode

2.1 Protocolul clinic

Studiul este unul observațional care evaluează răspunsul unui grup de pacienți tratat ambulatoriu pe o perioadă de 12 săptămâni de tratament. Au fost înrolați 50 pacienți de ambele sexe (F=31, M=19) pe o perioadă de 8 săptămâni (± 4 săptămâni). Criteriile de includere au fost:

- Incontinență urinară timp de cel puțin trei luni
- Bărbați și femei adulți tratați în ambulator
- Mai mult de 1 episod de IU pe zi conform jurnalului micțiunilor de 2 zile
- IU dovedită în timpul testelor urodinamice

Criteriile de excludere au fost:

- Pierdere continuă de urină.
- Sarcină sau planificare a unei sarcini în interval de 1 an.
- Infecție activă a tractului urinar.
- Retenție urinară.
- Antecedente de tumori ale vezicii urinare, intervenție chirurgicală împotriva cancerului la nivel pelvin (amputație de rect, histerectomie radicală)
- Iradiere pelvină
- Sub medicație curentă pentru incontinență.
- Condiție neurologică care afectează funcția vezicii urinare.
- Deficiență mintală
- Intervenție chirurgicală anterioară pentru IU
- Intervenție chirurgicală anterioară pentru patologia prostatei

Pacienții incluși au efectuat proceduri de recuperare și stimulare periferică timp de 8 săptămâni constând în 3 sesiuni de Stimulare Electrică Periferică (SEP) pe săptămâna pentru 8 săptămâni și 3 sesiuni de fizioterapie pe săptămâna pentru 4 săptămâni începând din săptămâna 5. Ulterior, pacienții au fost instruiți să facă exerciții fizice acasă, fără supraveghere timp de 4 săptămâni. O vizită de evaluare și urmărire a fost efectuată la 6 luni de la includerea în studiu.

Pacienților le-au fost administrate la începutul și sfârșitul tratamentului 4 chestionare care cuprind evaluări subiective folosind o scală psihometrică Likert:

- Chestionar de Evaluare a Impactului Incontinenței (CEII) – sunt enumerate 7 activități uzuale și se cere pacienților să evalueze pe o scară discretă de la 0 la 3 (valori mai mari indică impact negativ mai important), care este impactul pierderilor de urină. Este înregistrată suma evaluărilor.
- Calitatea Vieții datorată Simptomelor Urinare (CVDSU) – evaluează pe o scară discretă de la 0 la 7, impresia asupra calității vieții viitoare condiționată de prezența pierderilor de urină. Valori mai mari reprezintă o calitate a vieții inferioară.
- Scala Vizual Analogică pentru evaluarea gradului de îmbunătățire a calității vieții (VAS) – evaluează pe o scară discretă de la 0 la 10, impresia asupra calității vieții actuale condiționată de prezența pierderilor de urină. Valori mai mari reprezintă o calitate a vieții inferioară.
- Impresia Globală a Pacientului de Îmbunătățire (IGPI) – evaluează pe o scară discretă de la 0 la 7, impresia pacienților asupra efectului tratamentului. 1 reprezintă efect pozitiv maxim, 4 reprezintă nici un efect, 7 reprezintă efect negativ maxim.

De asemenea, următorii parametri obiectivi au fost înregistrați folosind chestionare administrate la începutul și sfârșitul tratamentului pentru a putea urmări eficacitatea acestuia:

- I2D – înregistrează numărul de episoade de incontinență din ultimele 2 zile premergătoare completării chestionarului.

- Fisa de Evaluare a Forței Musculaturii Perineale (FEFMP) – înregistrează calitatea contracției musculaturii pelvine pe o scara discreta de la 1 la 5 cu valori mai mari reprezentând o contracție puternică.
- Utilizarea Serviciilor De Sănătate (USS) – înregistrează numărul de vizite la medicul de familie și medicul specialist urolog/ginecolog în ultimele 3 luni anterioare administrării chestionarului, legate de prezenta pierderilor de urină.

2.2 Metode statistice

Pentru a analiza datele au fost folosite mai multe metode matematice bazate atât pe abordarea așa zisă frecvenționistă cât și pe cea bayesiană. Datele au fost analizate folosind mediul de dezvoltare numit R (<http://www.r-project.org/>). Mai jos sunt prezentate pe scurt câteva dintre metode împreună cu referințe bibliografice pentru mai multe detalii.

2.2.1 Testul Wilcoxon

Testul Wilcoxon este un test non-parametric pentru a testa ipoteza statistică de egalitate a primului moment pentru două populații care se folosește atunci când distribuția celor 2 populații nu este normală (alternativa pentru populații normale este Testul Student t, sau Testul Z). Populațiile trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- Datele examinate provin din aceeași populație
- Datele sunt aleatoare, independente și identic distribuite
- Datele sunt reprezentate prin numere întregi sau reale
- Distribuția este simetrică în jurul valorii mediei.

Testul împerechează datele din cele 2 populații $(x_{2,i}, x_{1,i})$, elimină perechile de valori identice, și le sortează în ordinea crescătoare a diferenței absolute $|x_{2,i} - x_{1,i}|$ cu $R_i = 1, \dots, N_r$ semnificând rangul perechii $(x_{2,i}, x_{1,i})$ după ordonare. Ulterior se calculează statistica $W = |\sum_{i=1}^{N_r} [sgn(x_{2,i} - x_{1,i}) \cdot R_i]|$ și un scor $p = \frac{W-0.5}{\sigma_W}$, $\sigma_W = \sqrt{\frac{N_r(N_r+1)(2N_r+1)}{6}}$. Dacă scorul este mai mare decât un prag convențional ales 0.05 atunci ipoteza H_0 de egalitate a primului moment este rejectată. Pentru detalii vezi (Wilcoxon, 1945; Siegel, 1956).

2.2.2 Testul Fisher

Testul Fisher este un test exact în sensul că poate calcula exact deviația de la ipoteza nulă pentru că ia în calcul toate posibilitățile de combinare a factorilor, care se folosește pentru tabelele de contingență ale datelor categorice în cazul în care numărul de categorii este mic (pentru multe categorii calculul este complicat pentru că apar probleme numerice legate de lucru cu valori foarte mari generate de distribuția hipergeometrică și funcția Γ). Statistica

folosită este $p = \frac{\binom{a+b}{a} \binom{c+d}{c}}{\binom{n}{a+c}} = \frac{(a+b)! (c+d)! (a+c)! (b+d)!}{a! b! c! d! n!}$ care reprezintă probabilitatea de a

obține un tabel de contingență cu valorile $a, b, c, d, n = a + b + c + d$ din setul tuturor tabelelor posibile. Alternativa testului Fisher este testul χ^2 (chi pătrat). Pentru detalii vezi (Fisher, 1922).

2.2.3 Testul Kolmogorov–Smirnov

Testul Kolmogorov–Smirnov este un test non-parametric pentru ipoteza statistică de proveniență din aceeași distribuție continuă și unidimensională pentru doua eșantioane care se folosește atunci când distribuția nu este normală (teste mai puternice pentru a determina normalitatea datelor sunt Shapiro–Wilk sau Anderson–Darling (Stephens, 1974)). Plecând de la distribuția empirică descrisă de funcția $F_n(x) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n I_{X_i \leq x}$ unde X_i sunt variabile independente și identic distribuite iar $I_{X_i \leq x}$ este funcția indicator egală cu 1 dacă $X_i \leq x$ și cu 0 în rest, se calculează statistica Kolmogorov–Smirnov $D_{n,n'} = \sup_x |F_{1,n}(x) - F_{2,n'}(x)|$ pentru o fiecare distribuție empirică $F_{i,n}(x)$ data. Teorema lui Kolmogorov arată că ipoteza nulă este rejectată cu o probabilitate p dacă $D_{n,n'} \sqrt{\frac{nn'}{n+n'}} > K_\alpha$ unde K_α este obținut din $Pr(K \leq K_\alpha) = 1 - \alpha$ cu $Pr(K \leq x)$ fiind distribuția cumulativă de probabilitate data de $Pr(K \leq x) = 1 - 2 \sum_{k=1}^{\infty} (-1)^{k-1} e^{-2k^2 x^2} = \frac{\sqrt{2\pi}}{x} \sum_{k=1}^{\infty} e^{-(2k-1)^2 \pi^2 / (8x^2)}$. Pentru detalii vezi (Alan Stuart, 1999).

2.2.4 Testul Student t

Testul Student t sau **testul t** este un test parametric pentru ipoteza statistică nulă de egalitate a mediei între 2 eșantioane (X_1, X_2) sau între media unui eșantion și o valoare specificată. Statistica testată este $t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{S_{X_1 X_2} \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}}$ cu $S_{X_1 X_2} = \sqrt{\frac{(n_1-1)S_{X_1}^2 + (n_2-1)S_{X_2}^2}{n_1 + n_2 - 2}}$. și S_{X_1}, S_{X_2} sunt deviațiile standard iar \bar{X}_1, \bar{X}_2 sunt mediile ale eșantioanelor X_1, X_2 . Eșantioanele trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- Provin din aceeași populație cu o distribuție normală
- Datele sunt aleatoare, independente și identic distribuite
- Deviația standard S^2 a eșantioanelor are o distribuție de tipul χ^2 (chi pătrat)

Testul t este robust la variațiile datelor de la normalitate dar se vor urmări câteva recomandări înainte de aplicarea lui:

- Să se verifice folosind metoda grafică dacă datele urmăresc o distribuție de tip “cocoașă”
- Dacă dispersia $var(x)$ celor 2 eșantioane nu este egală (testabilă folosind testul F, Levene, Bartlett sau cu un grafic Q-Q) trebuie aplicată corecția Welch care modifică statistica t în $t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{s_{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}}$ cu $s_{\bar{X}_1 - \bar{X}_2} = \sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}$
- Comparat cu testul Wilcoxon, testul t este potrivit pentru analiza datelor colectate folosind scale Likert deoarece are rezultate comparabile cu acesta în cazurile uzuale și chiar superioare dacă premisele testului Wilcoxon nu sunt îndeplinite: distribuția este multimodală sau puternic deplasată spre extreme. Vezi (Clason, 1994; de Winter, 2012).

Pentru detalii vezi (WELCH, 1947).

3 Rezultate

3.1 Populația

Un număr de 50 de pacienți au fost observați. Dintre aceștia 62% (N=31) sunt de sex feminin iar 38% (N=19) sunt de sex masculin (proporția sexelor în grupa populației urbane cu vârste

cuprinse între 27 și 83 ani la nivel național conform (Statistica, 2011) este de 47% M și 53% F). 25 dintre aceștia suferă de IUE și 25 de IUI. Vârsta pacienților de sex feminin este distribuită normal în jurul mediei de 50 de ani și 7 luni ($\sigma = 14.3, \min = 27, \max = 77$) iar cea a pacienților de sex masculin este o combinație de distribuții normale centrate în jurul mediilor de 46 respectiv 75 ani ($\sigma_1 = 12.3, \sigma_2 = 9.2, \min = 30, \max = 83$). Pentru a evalua reprezentativitatea eșantionului relativ la distribuția vârstelor în cadrul populației din România am apelat la datele oficiale din (Statistica, 2011) care detaliază numărul de cetățeni romani pe sexe și categorie urban/rural pentru fiecare vârstă la data de 1 iulie 2010. Analiza statistică s-a efectuat folosind testul Wilcoxon iar concluzia este că atât eșantionul de sex feminin ($p = 0.9964$) cât și cel de sex masculin ($p = 0.9967$) corespund cu distribuția generală în populația urbana a României.

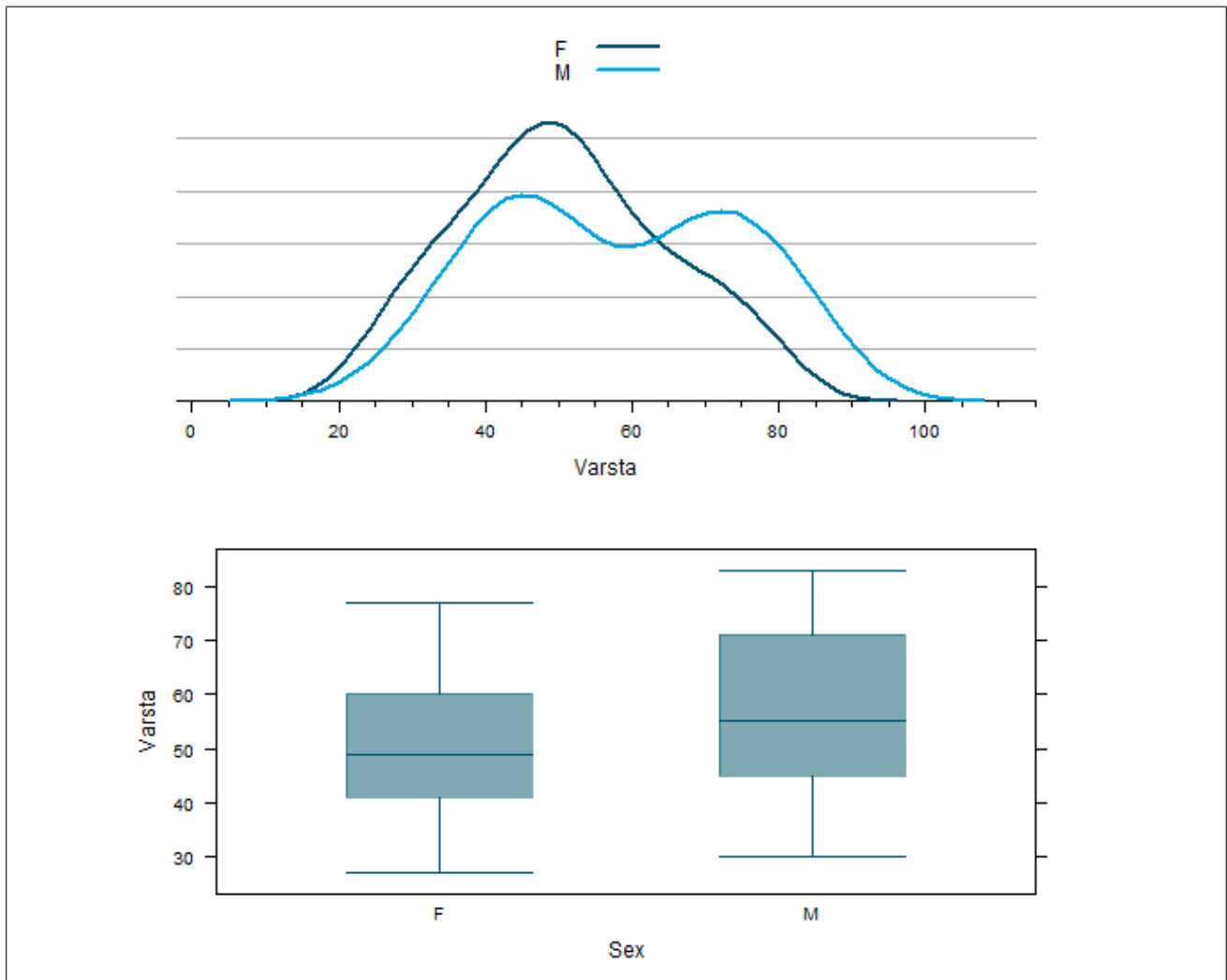


Figura 1: Distribuția sexelor participanților la studiu

Din punct de vedere al greutateii am evaluat indicatorul Body-Mass Index (BMI) conform cu pragurile recomandate de (WHO, 2006). Astfel, pentru pacienții de sex feminin avem 13 persoane cu greutate normală ($BMI < 25.0$, NOR), 16 supraponderale ($25.0 \geq BMI < 30.0$, OVR) și 2 obeze ($BMI \geq 30.0$, OBE). Pentru pacienții de sex masculin avem 3 persoane cu greutate normală, 12 supraponderale și 4 obeze.

Sex	NOR	OVR	OBE
F	13	16	2
M	3	12	4

Tabela 1: Numărul de persoane din fiecare categorie BMI pe sexe

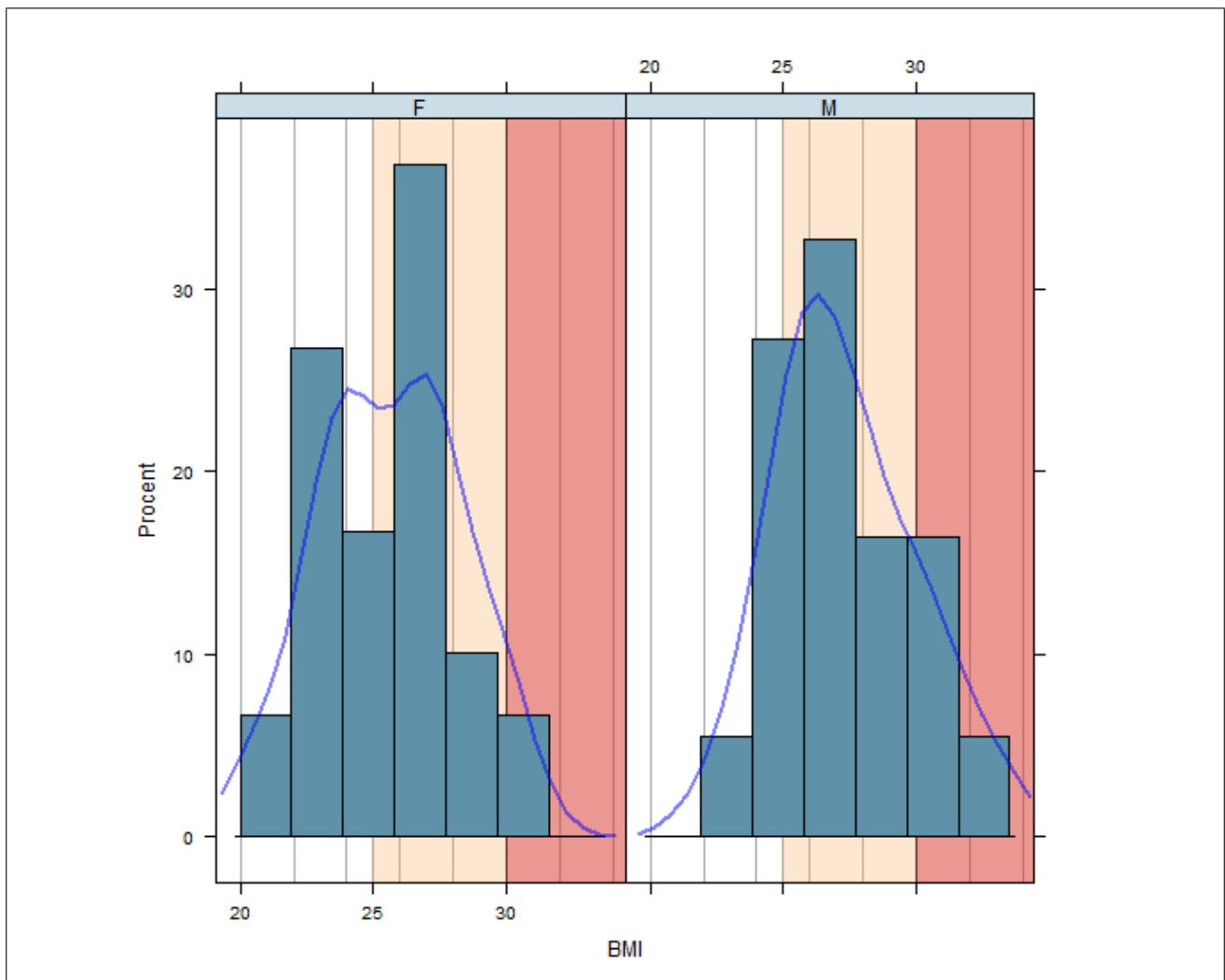


Figura 2: Distribuția BMI pe sexe. Zona mai deschisa marchează persoanele supraponderale și cea mai închisă pe cele obeze

Distribuția BMI pe grupa de vârstă și pe sexe a fost evaluată la nivel național conform (EuroStar-2009), care oferă informații detaliate despre incidenta problemelor de nutriție în rândul țărilor membre ale Uniunii Europene. Din cauza eșantionului foarte mic, nu se poate trage concluzia că populația studiată provine dintr-un eșantion aleator la nivel național dar examinând graficul din Figura 3 se poate observa (cu excepția unor situații particulare - de exemplu toate persoanele de sex masculin din grupa de vârstă 25-44 ani sunt supraponderale sau obeze) că valorile procentelor urmăresc distribuția națională. Pentru a testa dacă eșantioanele provin din aceeași distribuție comună am folosit testul Kolmogorov-Smirnov (KS) care a dat o probabilitate de 60% pentru persoanele de sex feminin și de doar 12.4% pentru persoanele de sex masculin indicând că datele nu sunt suficiente pentru a susține în mod concludent reprezentativitatea eșantionului sau că există un bias de selecție a pacienților în funcție de BMI.

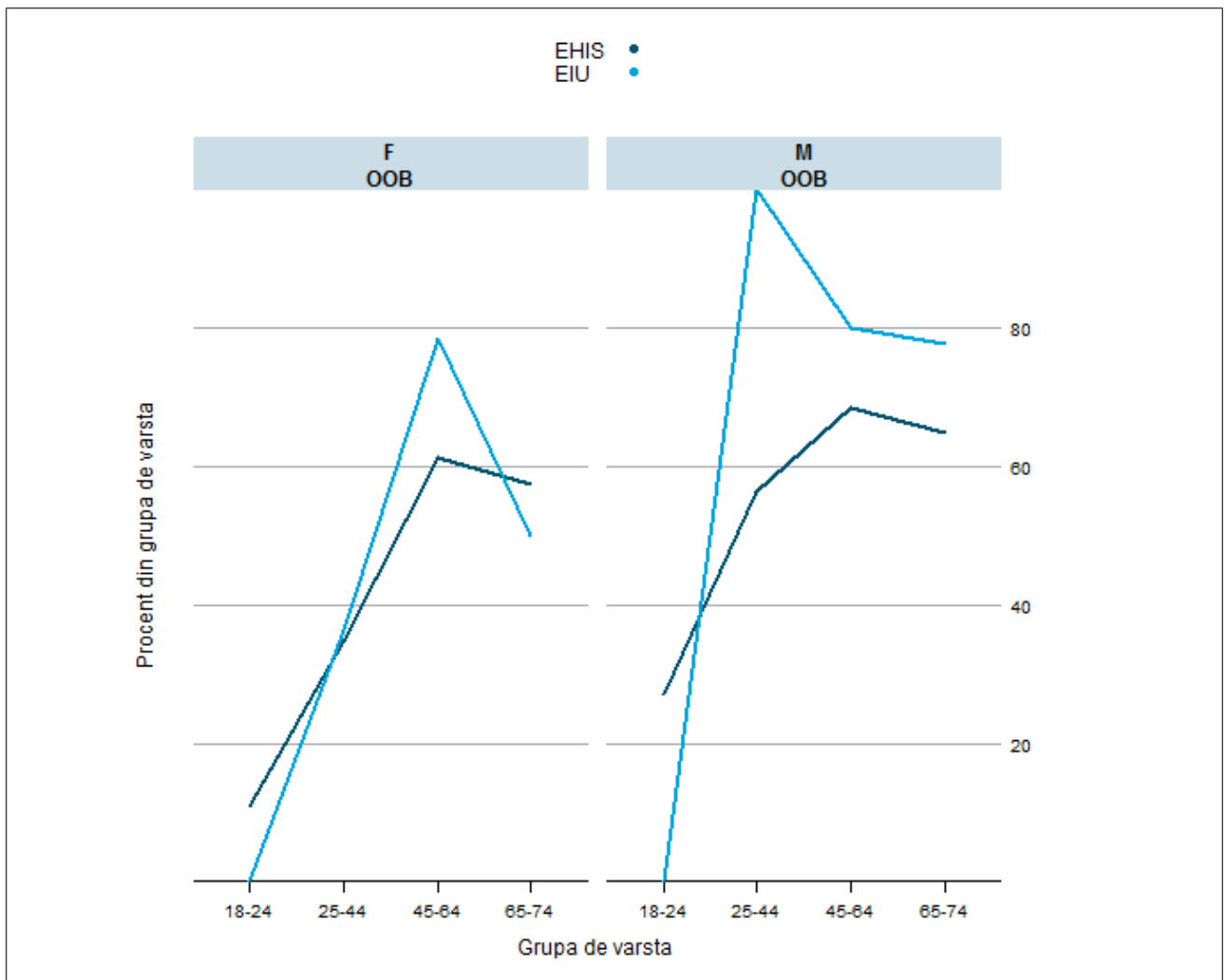


Figura 3: Distribuția procentului de persoane obeze în populația studiată (EIU) și în populația generală (EHIS)

Grupa de vârstă	Sex	Categorie BMI	Număr persoane	Procent
25-44	F	NOR	7	63.6
25-44	F	OVR	3	27.3
25-44	F	OBE	1	9.1
25-44	M	NOR	0	0.0
25-44	M	OVR	4	80.0
25-44	M	OBE	1	20.0
45-64	F	NOR	3	21.4
45-64	F	OVR	10	71.4
45-64	F	OBE	1	7.1
45-64	M	NOR	1	20.0
45-64	M	OVR	3	60.0
45-64	M	OBE	1	20.0
65-74	F	NOR	3	50.0
65-74	F	OVR	3	50.0
65-74	F	OBE	0	0.0
65-74	M	NOR	2	22.2
65-74	M	OVR	5	55.6
65-74	M	OBE	2	22.2

Tabela 2: Numărul de persoane și procentul din totalul de persoane dintr-o grupa de vârstă din fiecare categorie BMI pe sexe și pe grupa de vârstă

Dintre persoanele de sex feminin ($N = 31$), 17 sunt la menopauza, 2 paciente au înregistrate câte 3 nașteri, 10 paciente au câte 2 nașteri, 13 paciente au câte o naștere și 6 paciente nu au nici o naștere. Pentru a compara fertilitatea eșantionului cu media națională am calculat indicatorul Indicatorul Conjunctural de Fertilitate (ICF) după definiția folosită în (Statistica, 2011) care a rezultat egal cu 1.125 fata de media națională pe anul 2010 de 1.3 iar rezultatele sub forma grafica sunt afișate în Figura 4.

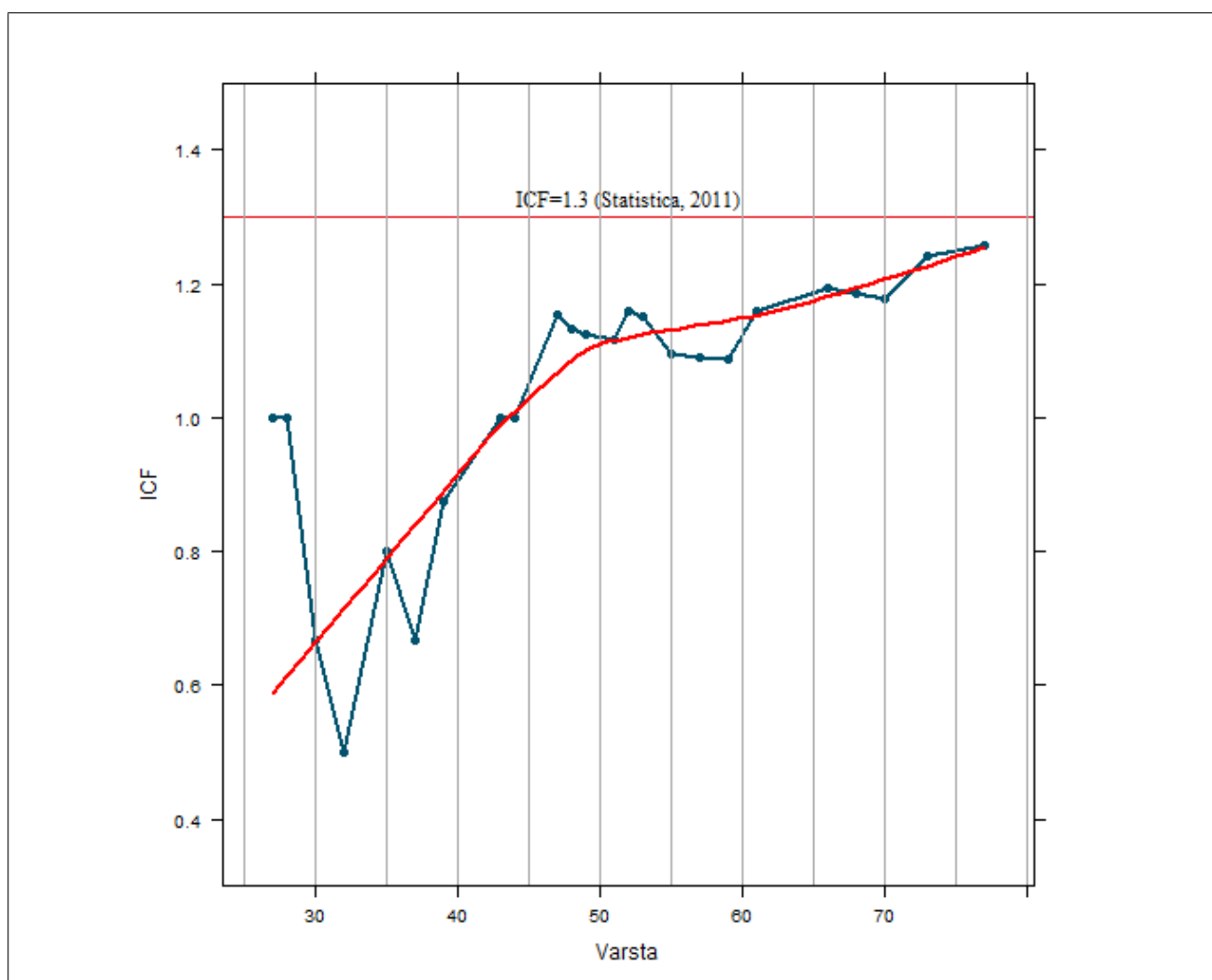


Figura 4: Variația ICF cu vârsta pacienților. Se observa convergența asimptotică către statistica națională (linia orizontală roșie) pe măsura ce sunt incluse persoanele trecute de perioada fertila

Studiul a înregistrat și date referitor la co-morbiditatea pacienților colectând date despre prezența următoarelor condiții medicale: bronșita cronică, diabet, sindrom Parkinson, mielita, spina bifida, depresie, fractura vertebrală, fractura de coloana sau Accident vascular cerebral (AVC). 24 de pacienți nu au raportat nici o condiție. Sumarul datelor este prezentat în tabelul 3.

Condiție medicală	Număr pacienți
AVC	7
DEPRESIE	3
DIABET	6
FRACTURA COLOANA	2
FRACTURA VERTEBRALA	1
MIELITA	3
PARKINSON	3
SPINA BIFIDA	1

Tabela 3: Condiția medicală și numărul de persoane pentru fiecare

După cum se observa în Figura 5, distribuția condițiilor medicale variază foarte mult în

funcție de sexul pacientului astfel încât pacienții de sex masculin raportează cele mai multe cazuri de co-morbiditate ($N_B = 17$ vs $N_F = 9$) chiar dacă numărul lor total este mai mic în eșantion ($Total_B = 19$ vs $Total_F = 31$).

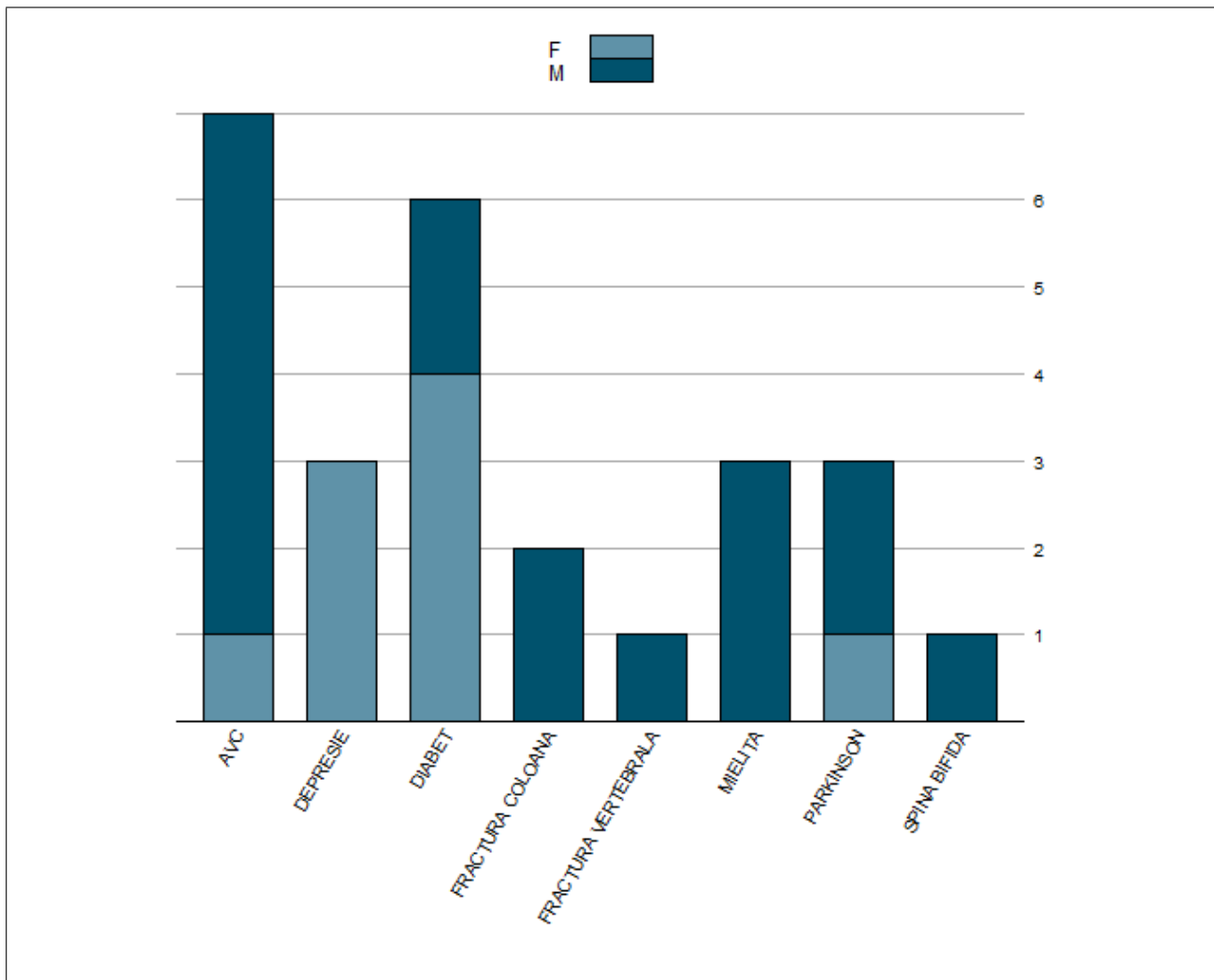


Figura 5: Numărul de condiții medicale pentru fiecare sex.

3.2 Efecte

Analiza datelor raportate de pacienți (atât cele subiective cât și cele obiective) a arătat o îmbunătățire consistentă a tuturor valorilor măsurate. Pentru rigurozitate am folosit testul t pentru a rejecta ipoteza nulă conform căreia nu există nici o diferență după aplicarea tratamentului în parametrii măsurați. La toți parametrii, probabilitatea ca ipoteza nulă să fie adevărată este $\ll 0.05$ ceea ce înseamnă că efectul este real din punct de vedere statistic. Un sumar al parametrilor împreună cu intervale de încredere estimate de testul t este prezentat în tabela 4.

	$Pr(> t)$	95 % CI
I2D	$1.8e - 22$	[6.50, 8.22]
CEII	$4.4e - 32$	[10.83, 12.49]
CVDSU	$8.0e - 30$	[3.96, 4.64]
VAS	$1.8e - 24$	[5.50, 6.78]
USS	$7.2e - 11$	[1.27, 2.09]
FEFMP	$2.1e - 25$	[-2.31, -1.89]

Tabela 4: Rezultatele testului t pentru parametrii măsurați

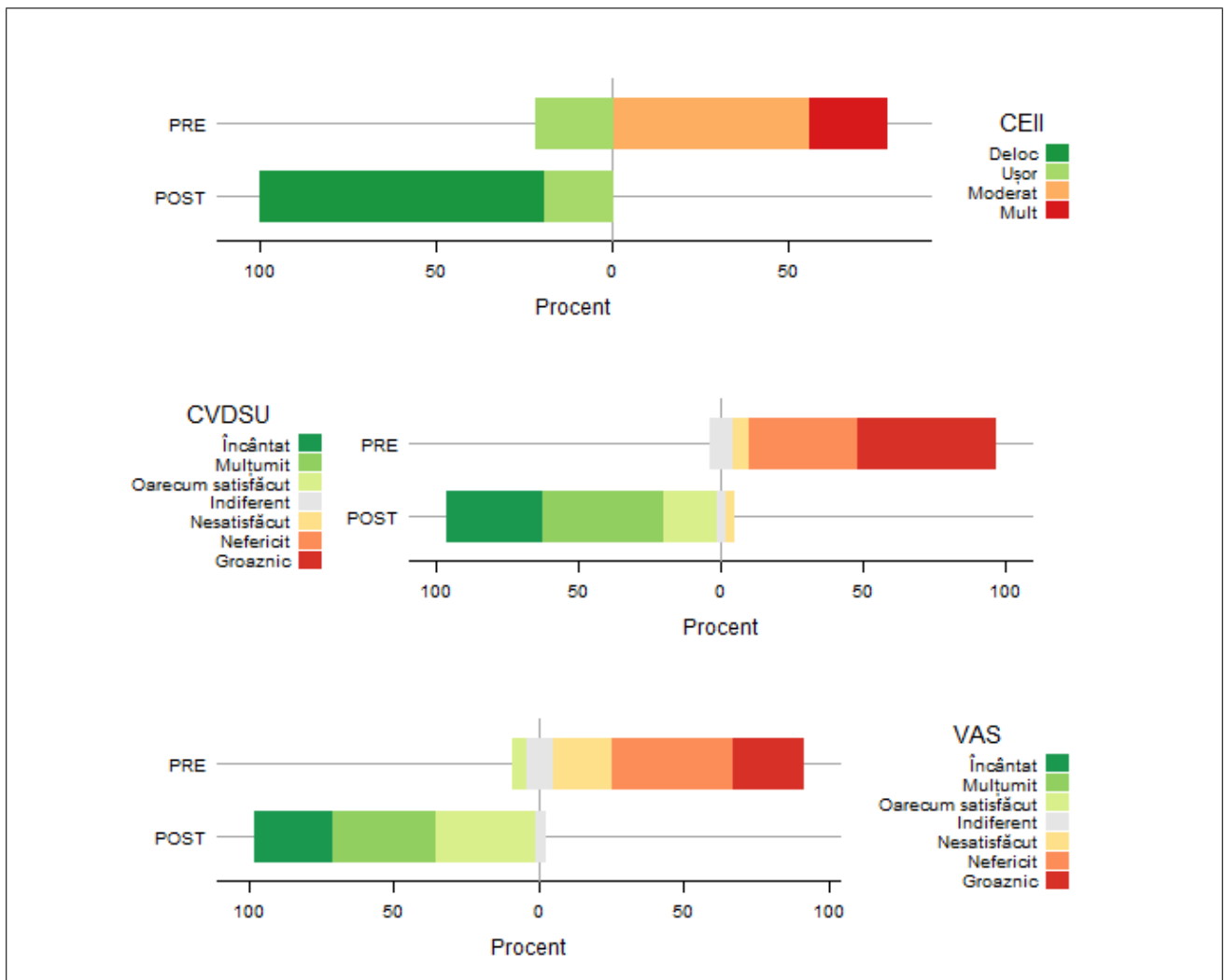


Figura 6: CEII,CVDSU,VAS înainte și după tratament

În figura 6 se observa cum toți parametrii au migrat către valori considerate pozitive, aici reprezentate prin nuanțe de verde.

Un alt parametru care a înregistrat o îmbunătățire este Utilizarea Serviciilor De Sănătate (USS), care după cum se vede în figura 7 indica o scădere cu 71% în agregat a numărului de prezentări la medic cauzate de probleme de incontinență.

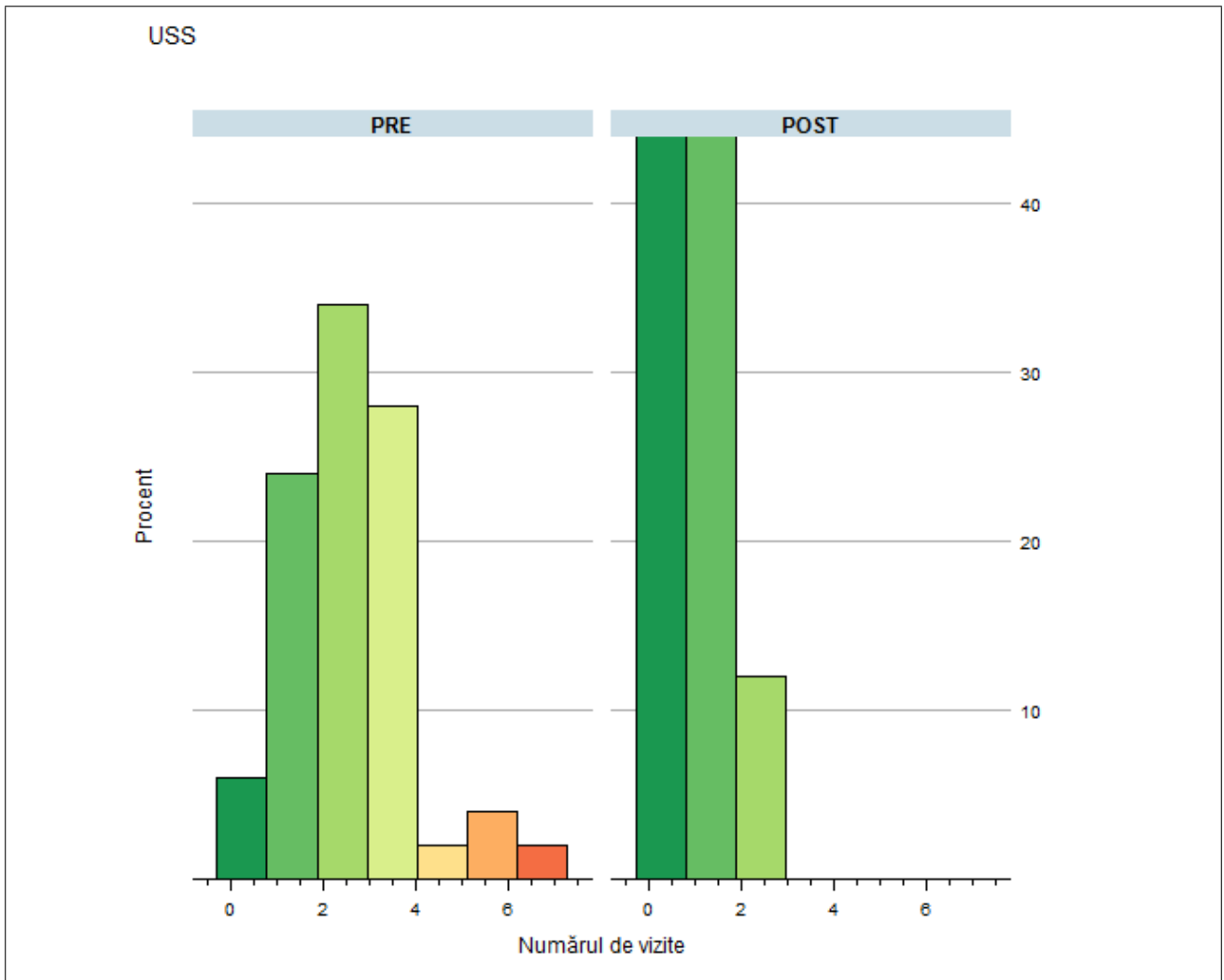


Figura 7: Utilizarea Serviciilor De Sănătate (USS)

Datele obiective (numărul de episoade de incontinență pe 2 zile și FEFMP) arată o îmbunătățire în urma tratamentului conform tabelului 4. Pentru a evalua efectul tratamentului asupra FEFMP am folosit modele lineare cu efecte fixe și testul ANOVA. Modelul selectat ca fiind cel mai bun folosind ANOVA este $y_{it} = X_{it}\beta + \alpha_i + u_{it}$ unde y_{it} este valoarea FEFMP pentru individul i la momentul $t \in [PRE, POST]$ iar X_{it} este vectorul de regresie $\begin{pmatrix} Trt \\ group \end{pmatrix}$. După cum se vede din tabela 5, tratamentul este foarte semnificativ iar un grad mare de semnificație îl are și cauza incontinenței urinare, grupul care suferă de IUI având un răspuns mai prost la tratament față de cei ce suferă de IUE dar față de efectul tratamentului, influența cauzei este de 5 ori mai slabă. Pentru I2D, am inclus în modelul linear și un termen legat de numărul de nașteri dar rezultatele nu indică semnificație statistică nici pentru cauza incontinenței și nici pentru numărul de nașteri. Mai precis, numărul de nașteri este corelat slab ($p = 0.17$ insuficient pentru pragul de relevanță statistică ales de $p < 0.05$) cu datele conform tabelului 6.

	Est.	σ	$\Pr(> t)$
(Intercept)	2.21	14.35	0.000
TrtPOST	2.10	11.81	0.000
groupIUI	-0.38	-2.14	0.035

Tabela 5: Rezultatele modelului linear pentru FEFMP

	Est.	σ	$\Pr(> t)$
(Intercept)	7.99	0.71	0.00
TrtPOST	-7.06	0.69	0.00
Nasteri	0.57	0.41	0.17
groupIUI	0.67	0.88	0.44

Tabela 6: Rezultatele modelului linear pentru I2D

3.2.1 Analiza influenței tipului de incontinență

După cum a fost menționat în secțiunea Populația, la studiu au participat un număr egal ($n_1 = n_2 = 25$) de pacienți care suferă de IUE și de IUI. Intre aceste 2 grupuri exista diferențe atât în parametrii populației (vârsta, sex, co-morbiditate, etc.) precum și în rezultatele după aplicarea tratamentului. Grupul pacienților care suferă de IUE este compus exclusiv de paciente de sex feminin cu vârste cuprinse între 28 și 77 de ani, iar grupul care suferă de IUI este compus preponderent din bărbați (76%, n=19) cu vârste cuprinse între 30 și 83 ani iar femeile (24%, n=6) au vârstele între 27 și 77 ani. După cum am arătat anterior (vezi figura 5), bărbații au de asemenea cel mai mare număr de probleme medicale. Efectele tratamentului înregistrate prin chestionare sunt influențate de tipul de incontinență care se dovedește a avea un efect semnificativ statistic ($p < 0.05$) doar în 2 cazuri: CVDSU și VAS înainte de tratament și un efect nesemnificativ în FEFMP după tratament. Valorile p pentru corelarea dintre toate datele colectate pe scale Likert și grup, înainte și după tratament se găsesc în tabela 7.

	p PRE	p POST
CEII	0.23151	0.53621
CVDSU	0.03888	0.60262
VAS	0.04250	0.11972
IGPI	NA	0.33212
USS	0.28003	0.30178
FEFMP	0.15156	0.08047

Tabela 7: Rezultatele testelor Fisher pentru asocierea dintre valoarea înregistrată și grup

Pentru a aprecia magnitudinea efectelor tratamentului în funcție de apartenență la grup am construit un model linear pentru valorile CVDSU, VAS și FEFMP. Figura 8 arata o îmbunătățire mai puternică în privința acestor 2 valori raportate pentru grupa pacienților care suferă de IUI ($\beta = -4.68, t(48) = 0.6258, p \ll 0.01$) fata de grupa pacienților care suferă de IUE ($\beta = -3.92, t(48) = 1.136, p \ll 0.01$) (pantele liniilor de regresie sunt mai mari în valori absolute pentru IUI, iar semnul negativ indica o scădere a valorilor după aplicarea tratamentului). Aceeași analiza a fost repetată pentru FEFMP (vezi figura 9) care indica o îmbunătățire mai mare pentru pacienții care suferă de IUE ($\beta = 2.20, t(48) = 0.831, p \ll 0.01$) fata de cei care suferă de IUI ($\beta = 2.00, t(48) = 0.950, p \ll 0.01$) însă aceasta observație nu este semnificativa din punct de vedere statistic ($p = 0.08047 > 0.05$).

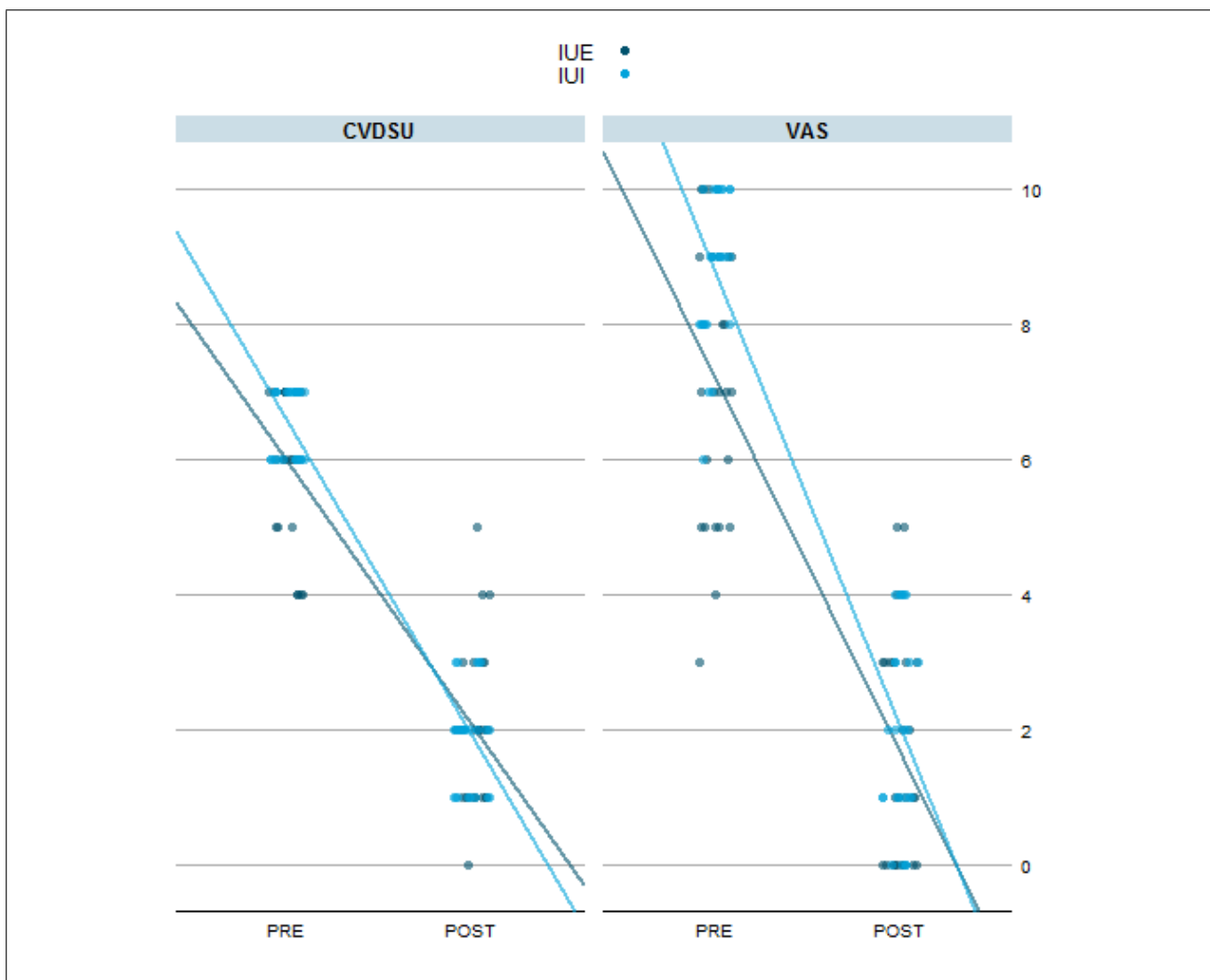


Figura 8: Evolutia Calitatea Vieții Datorata Simptomelor Urinare (CVDSU) și Scala Vizual Analogică pentru evaluarea gradului de îmbunătățire a calității vieții (VAS) pentru cele 2 grupe

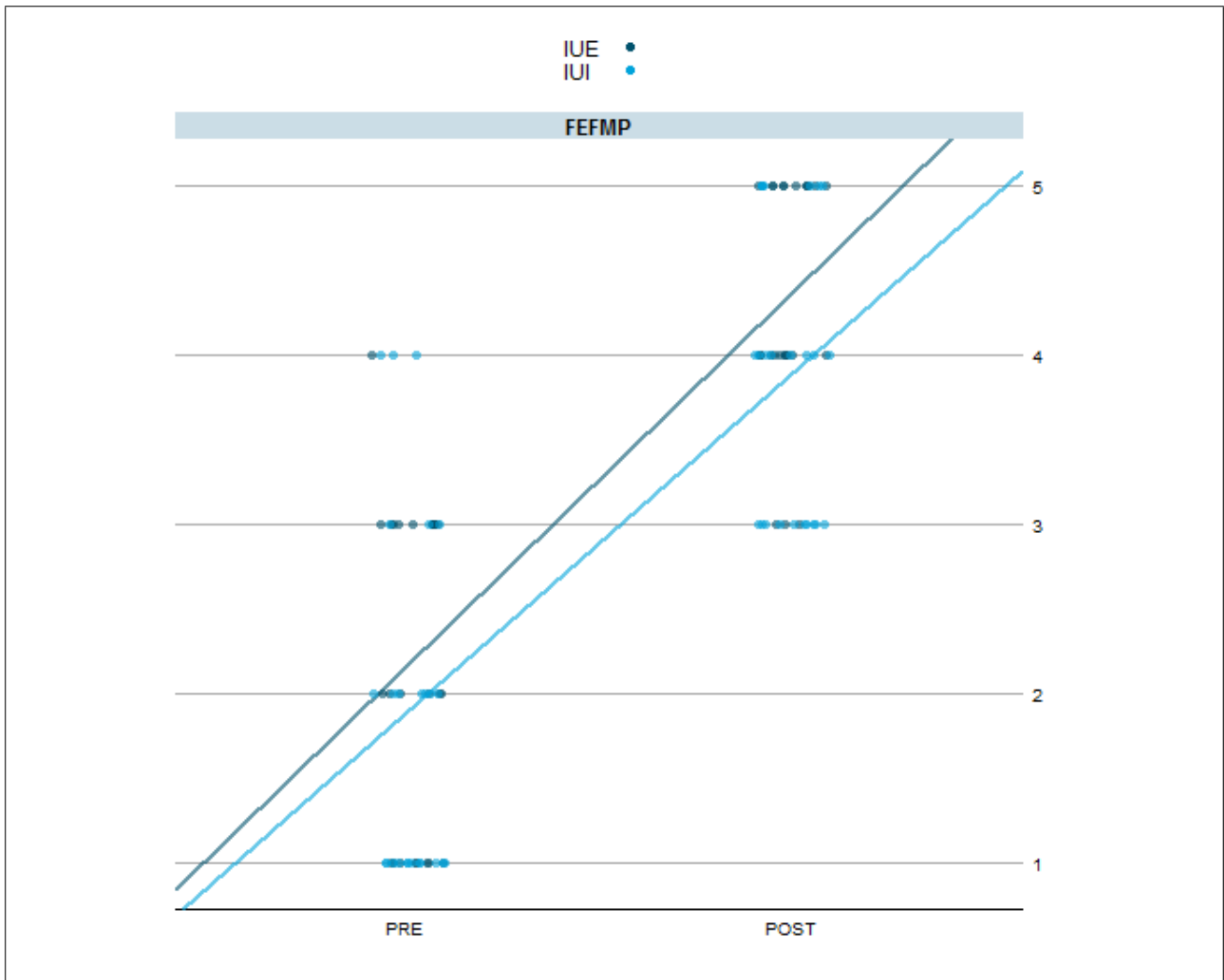


Figura 9: Evoluția Fisa de Evaluare a Forței Musculaturii Perineale (FEFMP)

4 Concluzii

Tratamentul aplicat acestor pacienți îmbunătățește semnificativ toate valorile măsurate, atât cele subiective cât și cele obiective, reduce cu 87% ($\approx 2\sigma$) numărul de episoade de incontinență măsurate pe parcursul a 2 zile și mărește cu 50% ($\approx 2\sigma$) forța musculaturii perineale măsurată conform Fisa de Evaluare a Forței Musculaturii Perineale (FEFMP). Aceste efecte sunt robuste indiferent dacă pacienții suferă de Incontinența Urinară de Efort (IUE) sau Incontinența Urinară prin Imperiozitate (IUI). Intre aceste 2 grupuri de pacienți sunt diferențe semnificative de sex, vârsta, co-morbidități și în cazul unor evaluări subiective (Calitatea Vieții Datorată Simptomelor Urinare (CVDSU) și Scala Vizual Analogică pentru evaluarea gradului de îmbunătățire a calității vieții (VAS)). Efectele tratamentului diferă semnificativ statistic între aceste 2 grupuri doar în cazul datelor pentru CEII, CVDSU unde indică o îmbunătățire mai pronunțată pentru pacienții care suferă de IUI și pentru FEFMP unde indică o îmbunătățire mai pronunțată pentru cei ce suferă de IUE. Nu trebuie pierdut din vedere că aceste corelații (mai ales pentru evaluările subiective unde pot exista influențe culturale profunde) se pot datora unor parametrii care nu au fost mășurați în acest studiu chiar dacă au ieșit în evidență la compararea celor 2 grupuri de pacienți – grupurile sunt suficient de ne-omogene pentru a intuii că pot exista alți factori care să influențeze valorile măsurate în afara faptului că un pacient suferă de IUI și nu de IUE.

Impresiile pacienților despre efectele tratamentului, colectate la sfârșitul studiului clinic

coincid cu rezultatele noastre, mai mult de 70% ($n = 39$) raportând ca se simt mai bine sau mult mai bine fata de situația anterioara.

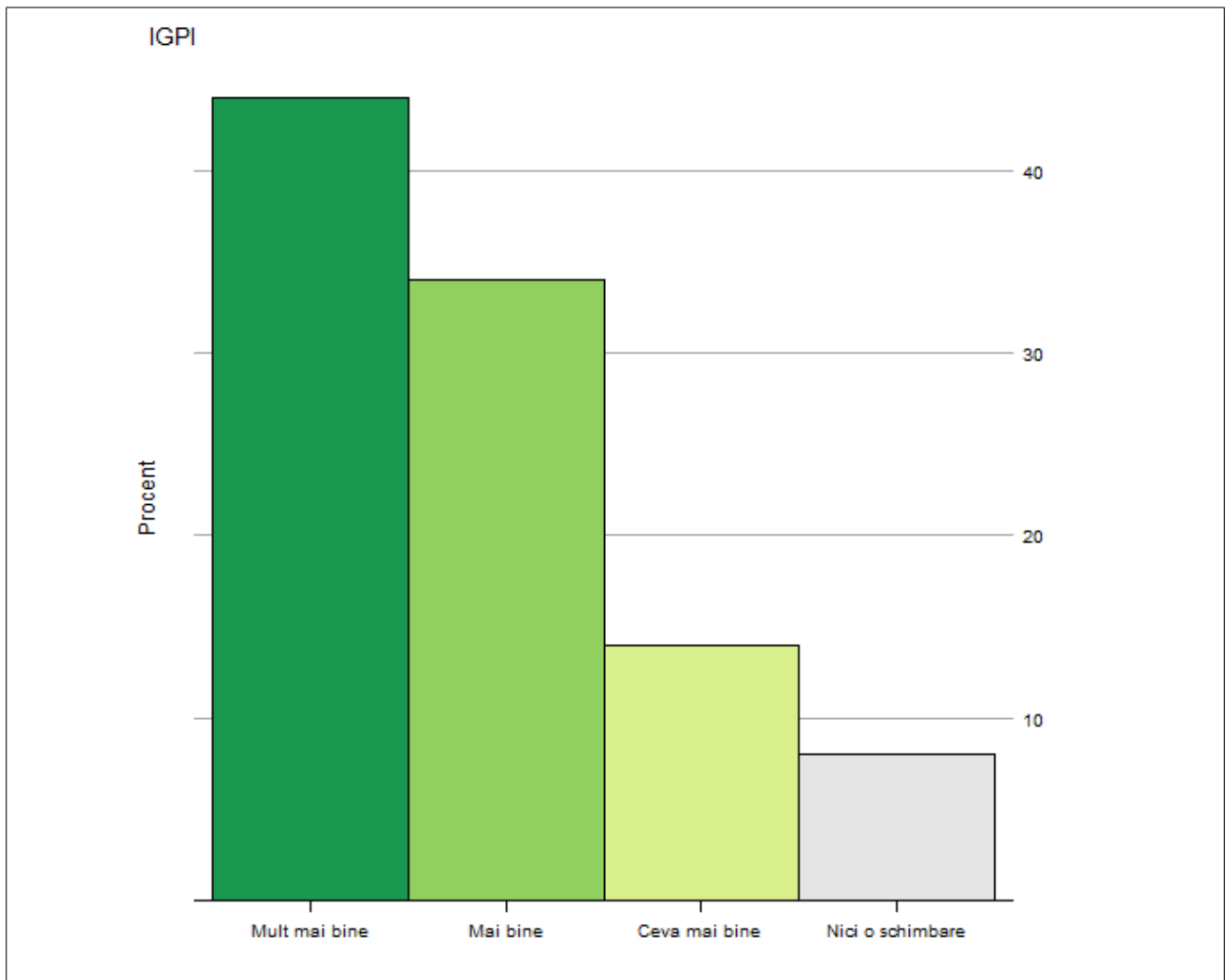


Figura 10: Impresia Globala a Pacientului de Îmbunătățire (IGPI) la sfârșitul tratamentului

Bibliografie

Steven Arnold Alan Stuart, Keith J. Ord. *Classical inference and the linear model*, volume 2A of *Steven Kendall's advanced theory of statistics*. Oxford University Press, sixth edition, 1999. ISBN 0-340-66230-1.

Thomas J Clason, Dennis L Dormody. Analyzing data measured by individual likert-type items. *Journal of Agricultural Education*, 35:4, 1994.

J. C. F. D. Dodou de Winter. Five-point likert items: t test versus mann-whitney-wilcoxon. *Practical Assessment, Research Evaluation*, 15(11), 2012. URL <http://pareonline.net/pdf/v15n11.pdf>.

EuroStar-2009. European health interview survey. Overweight and obesity - BMI statistics. URL http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics.

Ronald A Fisher. On the interpretation of χ^2 from contingency tables, and the calculation of p. *Journal of the Royal Statistical Society*, 85(1):87-94, 1922.

Sidney Siegel. *Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences*. McGraw-Hill, 1956. ISBN 0070573484 / 0-07-057348-4.

Institutul National De Statistica. *Anuarul statistic 2011*, volume 2 - Populatie. Institutul National De Statistica, 2011. URL <http://www.insse.ro/cms/ro/content/anuarul-statistic-2011>.

M.A. Stephens. Edf statistics for goodness of fit and some comparisons. 69(347):730–737, 1974.

BL WELCH. The generalisation of student's problems when several different population variances are involved. *Biometrika*, 34(1-2):28, 1947.

WHO. Bmi classification. *Global Database on Body Mass Index*, 2006. URL http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.

Frank Wilcoxon. Individual comparisons by ranking methods. *Biometrics Bulletin*, 1:80–83, 1945.

Glosar

IU	Incontinența Urinară	1
IUI	Incontinența Urinară prin Imperiozitate	1
IUE	Incontinența Urinară de Efort	1
IUM	Incontinența Urinară Mixtă	1
LUTS	Lower Urinary Tract Symptoms	1
SEP	Stimulare Electrica Periferica	2
BMI	Body-Mass Index	5
KS	Kolmogorov–Smirnov	6
ICF	Indicatorul Conjunctural de Fertilitate	8
AVC	Accident vascular cerebral	9
CEII	Chestionar de Evaluare a Impactului Incontinentei	2
CVDSU	Calitatea Vieții Datorata Simptomelor Urinare	2
VAS	Scala Vizual Analogică pentru evaluarea gradului de îmbunătățire a calității vieții ...	2
FEFMP	Fisa de Evaluare a Forței Musculaturii Perineale	3
IGPI	Impresia Globala a Pacientului de Îmbunătățire	2
USS	Utilizarea Serviciilor De Sănătate	3

Listă de figuri

1	Distribuția sexelor participanților la studiu	5
2	Distribuția BMI pe sexe. Zona mai deschisa marchează persoanele supraponderale și cea mai închisă pe cele obeze	6
3	Distribuția procentului de persoane obeze în populația studiată (EIU) și în populația generală (EHIS)	7

4	Variația ICF cu vârsta pacienților. Se observa convergența asimptotică către statistica națională (linia orizontală roșie) pe măsura ce sunt incluse persoanele trecute de perioada fertilă	9
5	Numărul de condiții medicale pentru fiecare sex.	10
6	CEII,CVDSU,VAS înainte și după tratament	11
7	Utilizarea Serviciilor De Sănătate (USS)	12
8	Evoluția Calitatea Vieții Datorată Simptomelor Urinare (CVDSU) și Scala Vizual Analogică pentru evaluarea gradului de îmbunătățire a calității vieții (VAS) pentru cele 2 grupe	14
9	Evoluția Fisa de Evaluare a Forței Musculaturii Perineale (FEFMP)	15
10	Impresia Globală a Pacientului de Îmbunătățire (IGPI) la sfârșitul tratamentului	16

Listă de tabele

1	Numărul de persoane din fiecare categorie BMI pe sexe	5
2	Numărul de persoane și procentul din totalul de persoane dintr-o grupă de vârstă din fiecare categorie BMI pe sexe și pe grupa de vârstă	8
3	Condiția medicală și numărul de persoane pentru fiecare	9
4	Rezultatele testului t pentru parametrii măsurați	10
5	Rezultatele modelului linear pentru FEFMP	12
6	Rezultatele modelului linear pentru I2D	13
7	Rezultatele testelor Fisher pentru asocierea dintre valoarea înregistrată și grup .	13