

Αποτελεσματικότητα και συμμόρφωση ασθενών στη θεραπεία της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη



Σταύρος Γκράβας

Ουρολογική Κλινική
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

Conflict of interest

Speaker Honoraria and/or Company Consultant:

GSK

Pierre Fabre Medicament

Lilly

Guidelines

EAU Guidelines on the Treatment and Follow-up of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms Including Benign Prostatic Obstruction

Matthias Oelke^a, Alexander Bachmann^b, Aurélien Descazeaud^c, Mark Emberton^d, Stavros Gravas^{e,*}, Martin C. Michel^f, James N'Dow^g, Jørgen Nordling^h, Jean J. de la Rosetteⁱ

Conservative treatment: watchful waiting

Men with mild symptoms are appropriate for watchful waiting.

Men with LUTS should always be offered lifestyle advice prior to or concurrent with treatment.

Drug treatment

1. α_1 -Blockers can be offered to men with moderate-to-severe LUTS. 1a A
2. 5 α -Reductase inhibitors can be offered to men who have moderate-to-severe LUTS and an enlarged prostate (>40 ml). 1b A
3. 5 α -Reductase inhibitors can prevent disease progression with regard to acute urinary retention and need for surgery. 1b B
3. Muscarinic receptor antagonists may be used in men with moderate-to-severe LUTS who have predominantly bladder storage symptoms. 4 C
3. Carefulness is advised in men with BOO. 1b A
4. Phosphodiesterase type 5 inhibitors reduce moderate-to-severe (storage and voiding) LUTS in men with or without erectile dysfunction. 1b A
5. Only tadalafil (5 mg once daily) has been licensed for the treatment of male LUTS in Europe. 1b A
5. Vasopressin analogue can be used for the treatment of nocturia due to nocturnal polyuria. 1b A
6. Combination treatment with an α_1 -blocker together with a 5 α -reductase inhibitor can be offered to men with bothersome moderate-to-severe LUTS, enlarged prostates, and reduced Q_{max} (men likely to develop disease progression). 1b B
7. Combination treatment with an α_1 -blocker together with a muscarinic receptor antagonist may be used in patients with bothersome moderate-to-severe LUTS if relief of storage symptoms has been insufficient with the monotherapy of either drug. 2b B
7. Combination treatment should carefully be prescribed in men who may have BOO. 2b B

Treatment	Speed	IPSS	Qmax	PVol	Progression
α-blockers	Days	++ (-31% to -48%)	++ (+1.4 to +3.2 ml/s)	--	+++ (symptoms)
5αRIIs	Months	+ (-13.3% to -38.6)	++ (+1.4 to +2.2 ml/s)	+ to ++ (- 15 to -28%)	+++ (AUR-surgery)
Antimuscarinics	Weeks	++SS (-35.3% to -54%)	-	--	?
PDE5 (tadalafil)	Days	++ (-17% to -37%)	-/+	-/?	?
αB+5αRIIs	Days	++ (-38% to -49.7%)	++ (+2.3 to 3.8 ml/s)	+ to ++ (- 11.9 to -27.3%)	+++ (symptoms, AUR, surgery)
αB+antiM	Days	++ (-31.8% to -66.4%)	++	--	?

Σύγκριση α-ανταγωνιστών

Έμμεσες και άμεσες συγκρίσεις → Παρόμοια αποτελεσματικότητα

Ορθοστατική υπόταση

(τεραζοσίνη, δοξαζοσίνη,
αλφουζοσίνη και ταμσουλοσίνη)

Παλίνδρομη εκσπερμάτιση

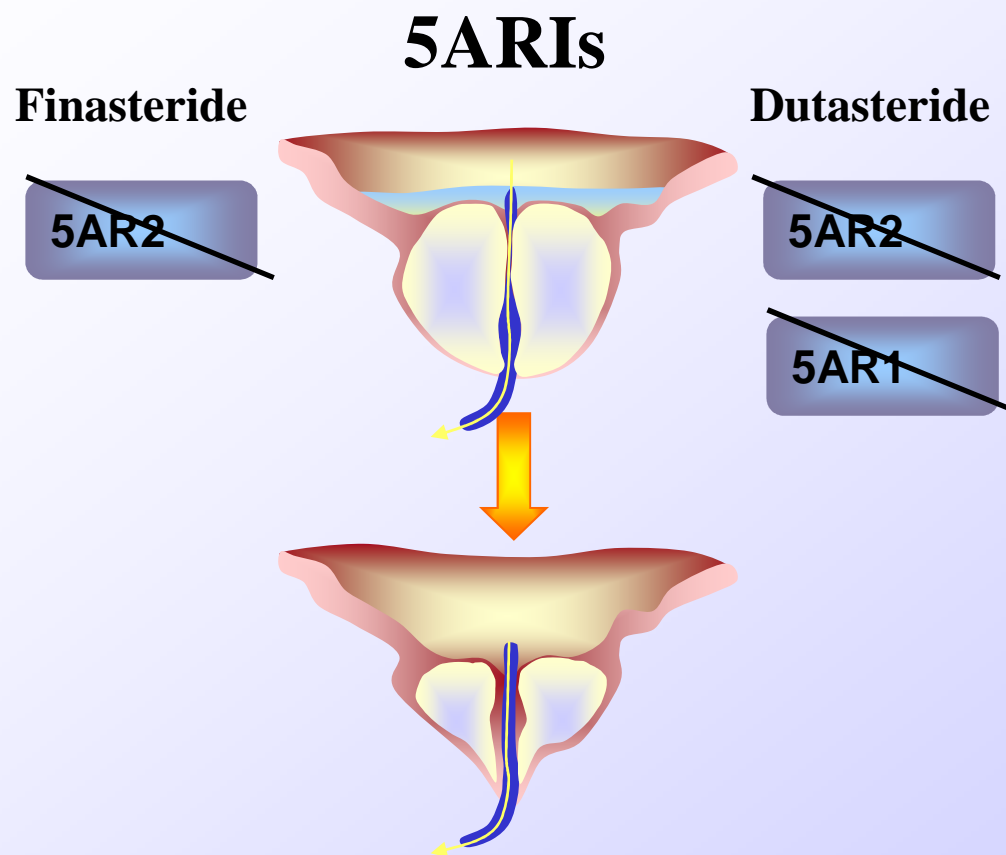
(σιλοδοσίνη, ταμσουλοσίνη)

Δόση προσαρμογής (titration):

(τεραζοσίνη και δοξαζοσίνη)

	<u>Rank Order of Receptor Selectivity</u>
Prazosin	$\alpha_{1A} = \alpha_{1B} = \alpha_{1D}$
Doxazosin	$\alpha_{1A} = \alpha_{1B} = \alpha_{1D}$
Terazosin	$\alpha_{1B} = \alpha_{1D} > \alpha_{1A}$
Alfuzosin	$\alpha_{1A} = \alpha_{1B} = \alpha_{1D}$
Tamsulosin	$\alpha_{1A} = \alpha_{1D} > \alpha_{1B}$
Silodosin	$\alpha_{1A} > \alpha_{1D} \gg \alpha_{1B}$

Σύγκριση αναστολέων 5α-αναγωγής



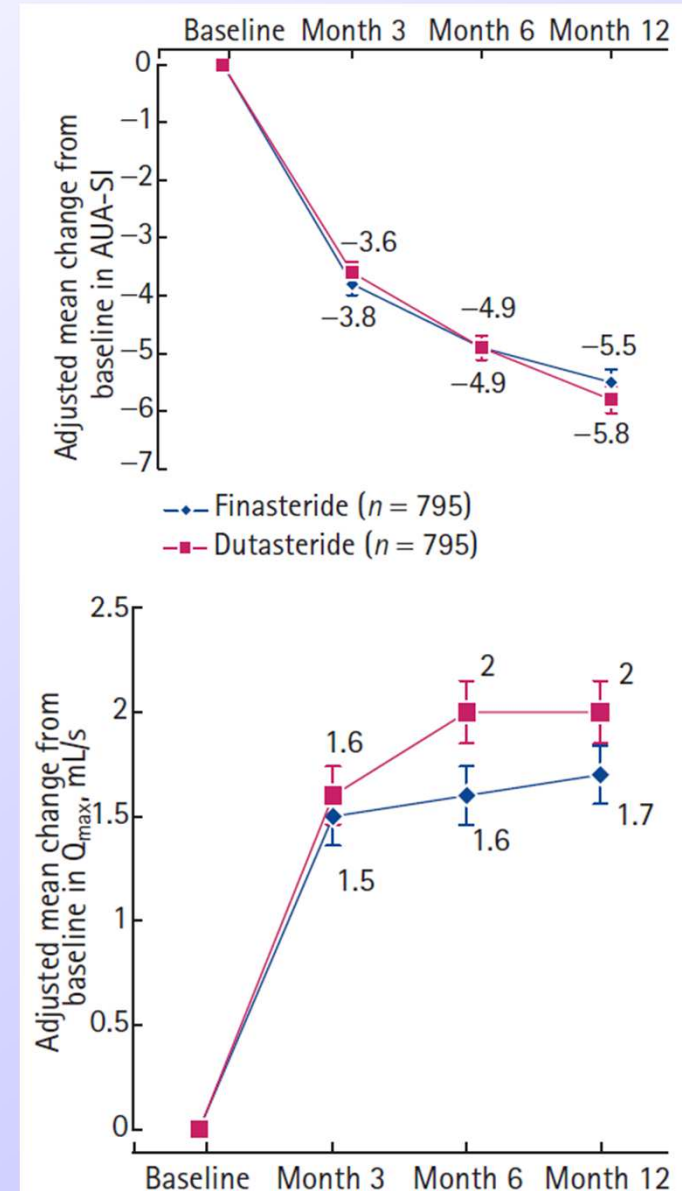
Parameters	DUT	FIN
5ARI target	Type 1 -2	Type 2
Metabolized in	liver	liver
Daily dosage (mg)	1 x 0,5	1 x 5,0
Tmax (h)	1-3	2
T1/2	5w	6-8h
Bound to plasma proteins (%)	99.5	90
Serum DHT suppression (%)	94.7	70.8

Σύγκριση αναστολέων 5α-αναγωγής

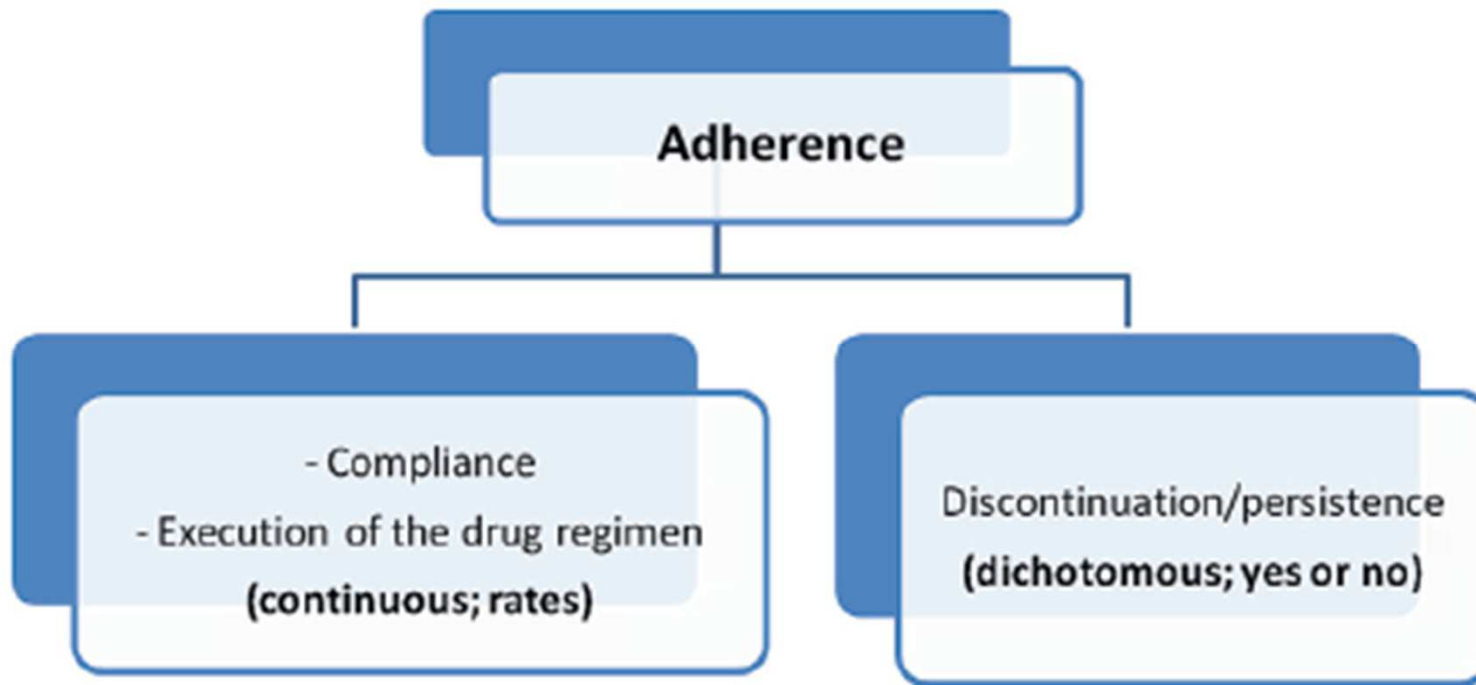
Variables	Duta	Fina
Patients	813	817
↓ PV	-26.3%	-26.7%
↓ AUA-SI	-5.8	-5.5
↑ Qmax	2.0ml/s	1.7ml/s

Limitations: FU 12months
No evaluation of progression

Nickel K et al BJUI 2011



Συμμόρφωση με τη θεραπεία



**Medication Possession Rate (MPR).
Percentage of Days Covered (PCD)**

Treatment Strategies, Patterns of Drug Use and Treatment Discontinuation in Men with LUTS Suggestive of Benign Prostatic Hyperplasia: The Triumph Project

K.M.C. Verhamme^{a,b}, J.P. Dieleman^{a,b}, G.S. Bleumink^b, J.L.H.R. Bosch^c,
B.H.Ch. Stricker^b, M.C.J.M. Sturkenboom^{a,b,*}

- Οι περισσότεροι ασθενείς προσέρχονται με μέτριας - σημαντικής βαρύτητας συμπτώματα και ξεκινούν φαρμακευτική θεραπεία στον 1^ο χρόνο από τη διάγνωση
- 25% των ασθενών θα διακόψουν τη θεραπεία αμέσως μετά την έναρξη με μεσαία τιμή 3 μήνες ανεξαρτήτως του είδους της φαρμακευτικής θεραπείας
- Νέοι άνδρες με ένα τύπο συμπτωμάτων, «φυσιολογικό» PSA και μικρότερη συν-νοσηρότητα είναι οι πιο πιθανοί να διακόψουν τη θεραπεία

Συμμόρφωση με τη θεραπεία

Evaluating Use Patterns of and Adherence to Medications for Benign Prostatic Hyperplasia

J Urol 2009

Michael B. Nichol,* Tara K. Knight, Joanne Wu, Richard Barront and David F. Penson†

From the Departments of Clinical Pharmacy and Pharmaceutical Economics and Policy (MBN, TKK, JW), and Urology (DFP), University of Southern California, Los Angeles and Allergan Corp. (RB), Irvine, California

Συμμόρφωση με το φάρμακο δείκτη (index medication)
μόνο στο 1/3 (MPR ≥ 0.8)
Μόνο 40% είχε συμμόρφωση με οποιοδήποτε φάρμακο
για την ΚΥΠ (PDC ≥ 0.8)

Παράγοντες συμμόρφωσης με τη θεραπεία

Evaluating Use Patterns of and Adherence to Medications for Benign Prostatic Hyperplasia

J Urol 2009 Michael B. Nichol,* Tara K. Knight, Joanne Wu, Richard Barront and David F. Penson†

From the Departments of Clinical Pharmacy and Pharmaceutical Economics and Policy (MBN, TKK, JW), and Urology (DFP), University of Southern California, Los Angeles and Allergan Corp. (RB), Irvine, California

α-blockers

Πολυφαρμακία

Πεδίο έρευνας

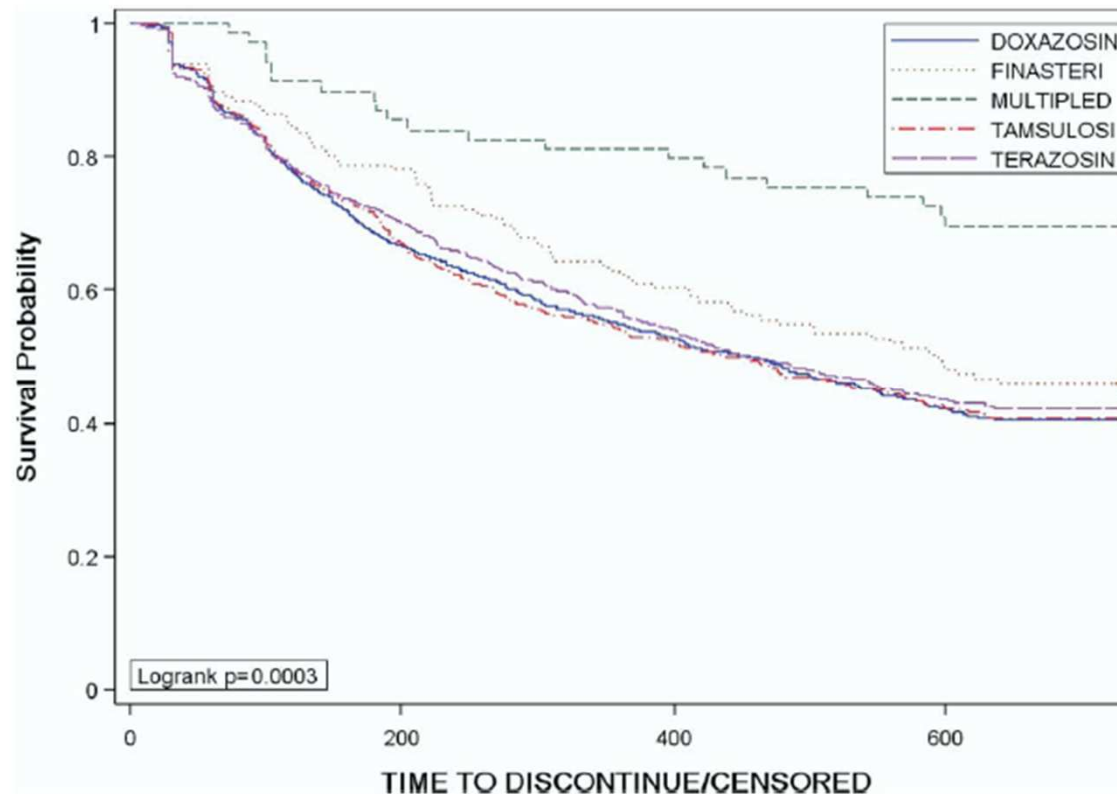
Variables	OR (95% CI)	p Value
BPH index medication:		
Finasteride	Referent	
Doxazosin	1.63 (1.14, 2.35)	0.008
Terazosin	1.45 (1.01, 2.09)	0.04
Tamsulosin	1.52 (1.04, 2.23)	0.03
MM	0.53 (0.29, 0.97)	0.04
Medi-Cal single coverage (vs Medicare/Medicaid eligible)	1.38 (1.10, 1.74)	0.007
No augmentation	1.92 (1.58, 2.34)	<0.0001
Ever BPH related procedure*	4.25 (2.61, 6.93)	<0.0001
Total No. medications	0.98 (0.97, 0.997)	0.02

Evaluating Use Patterns of and Adherence to Medications for Benign Prostatic Hyperplasia

J Urol 2009

Michael B. Nichol,* Tara K. Knight, Joanne Wu, Richard Barront and David F. Penson‡

From the Departments of Clinical Pharmacy and Pharmaceutical Economics and Policy (MBN, TKK, JW), and Urology (DFP), University of Southern California, Los Angeles and Allergan Corp. (RB), Irvine, California



Περίοδος 730
ημερών

Συνδυασμός →
↓ πιθανότητα

Συμμόρφωση με τη θεραπεία

	Fr	Gm	It	Po	Sp	UK	Overall
No. of patients	904	477	789	1494	871	435	4979
No. of patients reporting comorbidities	664	330	532	703	588	313	3130
Not reporting comorbidity (%)	26.5%	30.8%	33.7%	52.9%	32.5%	28.0%	37.2%
Any comorbidity (%)	69.9%	67.5%	65.9%	46.7%	67.4%	69.4%	61.6%
Multiple comorbidities (%)	34.8%	29.4%	26.4%	17.7%	26.9%	37.0%	26.6%
Hypertension	43.7%	41.7%	41.7%	29.5%	31.5%	40.2%	36.5%
Coronary heart disease	12.9%	15.7%	7.7%	13.7%	8.3%	20.7%	12.5%
Heart failure	6.2%	7.1%	2.7%	2.2%	3.0%	4.6%	3.8%
Cerebrovascular accident/transient ischemic attack	7.0%	4.4%	4.6%	1.8%	2.6%	6.9%	4.0%
Neurological disease	5.5%	5.5%	3.5%	1.7%	2.5%	7.4%	3.7%
Renal failure	3.9%	2.7%	1.0%	0.5%	0.9%	3.9%	1.8%
Hepatic failure	4.1%	2.3%	2.7%	0.7%	1.0%	2.5%	2.0%
Chronic gastrointestinal disease	9.6%	5.0%	9.4%	4.7%	8.2%	10.1%	7.4%
Chronic respiratory failure	9.0%	7.1%	10.9%	3.0%	9.5%	12.6%	7.7%
Diabetes mellitus	11.1%	13.4%	12.9%	7.8%	10.1%	9.9%	10.3%
Chronic genitourinary disease (other than BPH)	4.4%	2.5%	1.6%	2.3%	2.3%	3.0%	2.7%
Malignancy	4.9%	3.4%	2.8%	1.2%	1.7%	4.1%	2.7%
Other	40.6%	22.0%	12.0%	5.2%	21.9%	31.5%	19.6%

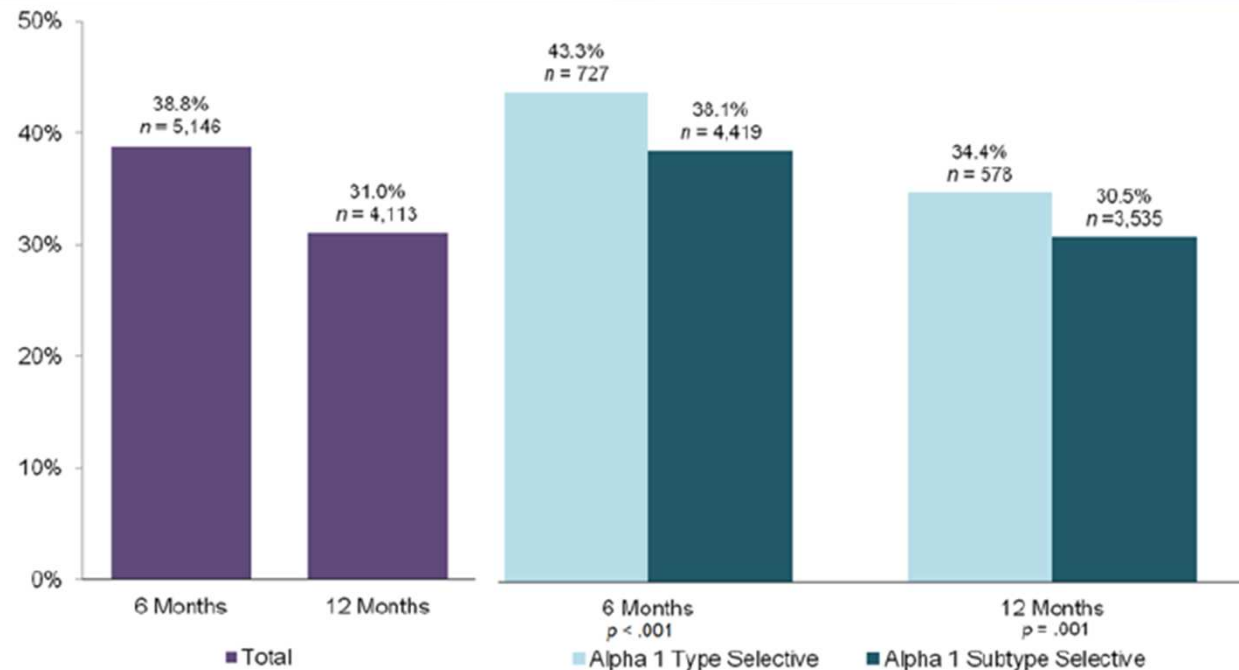
Hutchinson et al Eur Urol 2006

Συνήθως ‘κόβουν’ του προστάτη (βελτίωση LUTS)

Treatment Patterns in Alpha-Blocker Therapy for Benign Prostatic Hyperplasia

American Journal of Men's Health
2014, Vol. 8(3) 267-272
© The Author(s) 2013
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1557988313510732
jmh.sagepub.com

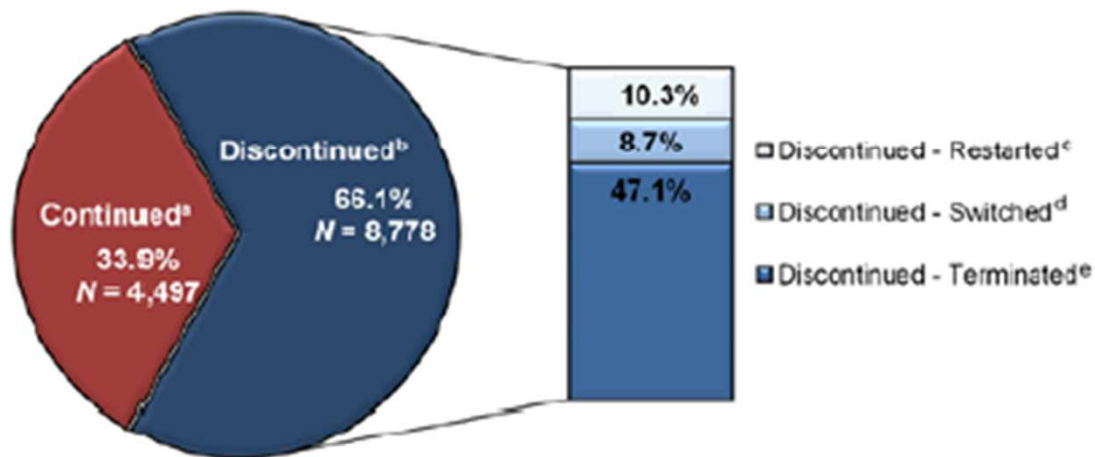

Michael J. Schoenfeld, MA¹, Emily F. Shortridge, PhD¹,
Steven C. Gelwicks, MS¹, Zhanglin Cui, PhD¹,
and David G. Wong, MD¹



- Η επίδραση της εκλεκτικότητας των α-blockers στη συμμόρφωση
- The 2009 Thomson Reuters MarketScan® Database
- 13474 ασθενείς

Treatment Patterns in Alpha-Blocker Therapy for Benign Prostatic Hyperplasia

Michael J. Schoenfeld, MA¹, Emily F. Shortridge, PhD¹,
 Steven C. Gelwicks, MS¹, Zhanglin Cui, PhD¹,
 and David G. Wong, MD¹



	Alpha I type selective, n (%)	Alpha I subtype selective, n (%)	p value
Continued ^a	608 (36.2)	3,889 (33.5)	.032
Discontinued ^b	1,072 (63.8)	7,706 (66.5)	
Treatment pattern			
Restarted ^c	181 (10.8)	1,185 (10.2)	.036
Switched ^d	162 (9.6)	995 (8.6)	
Terminated ^e	729 (43.4)	5,526 (47.7)	

Από τους ασθενείς που διέκοψαν τη θεραπεία:

- 10.3% ξανάρχισαν με τον ίδιο α-blocker
- 8.7% άλλαξαν θεραπεία για BPH-LUTS
- 47.1% διέκοψαν εντελώς

Finasteride Adherence-Associated Factors in Chinese Benign Prostatic Hyperplasia Patients

Yun-Hua Lin Yong-Guang Jiang Jun-Sheng Wang Yong Luo

- Αναδρομική μελέτη από βάση δεδομένων
 - 682 ασθενείς
 - Φιναστερίδη – 15 μήνες
- Συμμόρφωση με θεραπεία ΚΥΠ: 29,3%
Διακοπή θεραπείας (MPR <0.8): 60,6%
Αλλαγή θεραπείας: 10,1%

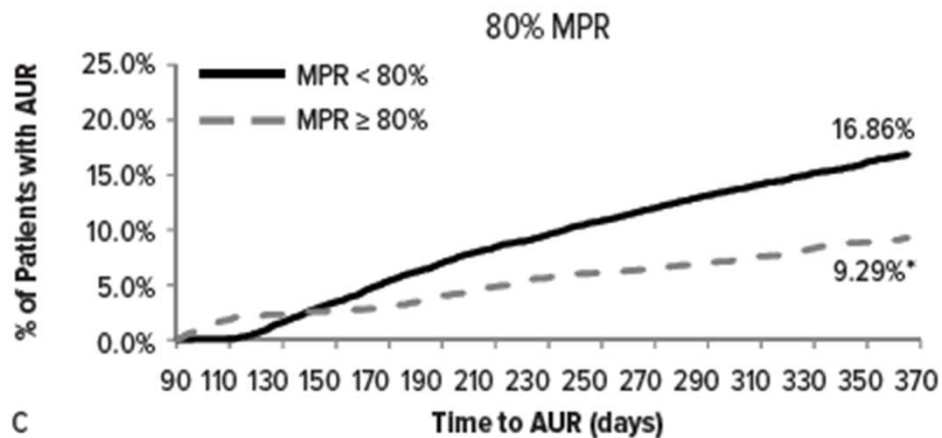
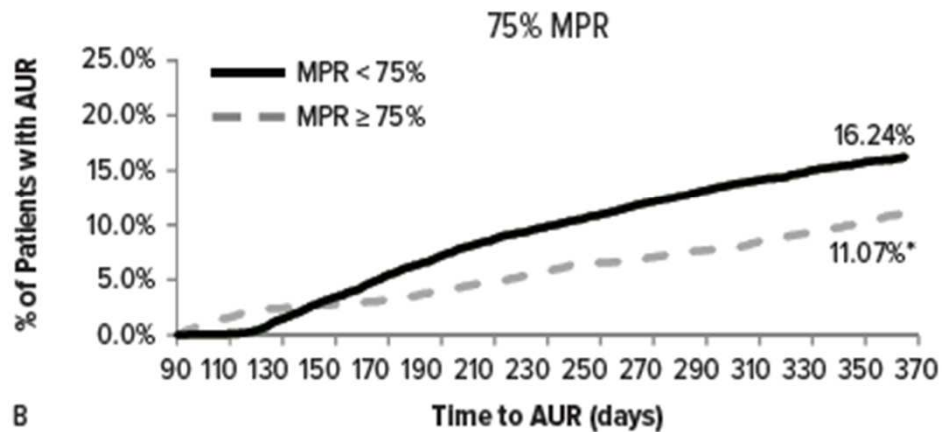
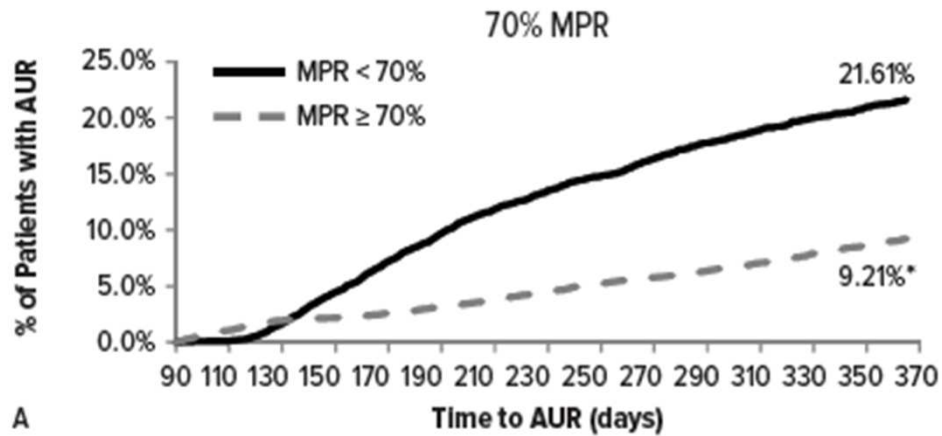
Παράγοντες συμμόρφωσης με τη θεραπεία

	n	Compliance			Discontinuation			Switching		
		% ¹	aORs	p	% ²	aORs	p	% ³	aORs	p
Age				<0.001			0.044			0.034
50–59 years	167	15.6	1.0 (reference)		69.5	1.0 (reference)		13.4	1.0 (reference)	
60–69 years	219	31.5	2.43 (1.45–4.05)	0.001	59.4	0.65 (0.42–0.99)	0.047	10.7	0.49 (0.26–0.95)	0.033
70–79 years	214	33.6	2.55 (1.53–4.26)	<0.001	57.9	0.62 (0.41–0.96)	0.032	10.5	0.39 (0.19–0.81)	0.011
≥80 years	82	40.2	3.49 (1.88–6.47)	<0.001	52.4	0.48 (0.28–0.83)	0.009	7.2	0.27 (0.09–0.81)	0.020
Place of birth				0.27			0.52			0.572
Beijing	463	30.5			59.8			9.7		
Other	219	27.0			62.1			11.0		
IPSS				0.55			0.77			0.071
8–19	657	29.1			61.0			10.4		
≥20	25	36.0			48.0			4.0		
Prostate volume				0.21			0.67			0.239
≤29 ml	241	25.7			61.0			7.89		
30–39 ml	251	27.1			66.5			11.2		
40–49 ml	102	43.1			48.0			7.8		
≥50 ml	88	29.5			56.8			15.9		
Treatment pattern										0.539
Monotherapy	393	26.2	1.0 (reference)		57.6	1.0 (reference)		10.2		
Combination therapy	289	33.6	1.46 (1.04–2.07)	0.030	42.4	0.64 (0.47–0.88)	0.006	10.0		
Medical insurance										0.711
Yes	167	22.2	1.0 (reference)		67.7	1.0 (reference)		9.0		
No	515	31.7	1.64 (1.07–2.51)	0.024	58.1	0.65 (0.44–0.94)	0.023	10.5		
Chronic comorbidities							0.119			0.17
Yes	412	24.8	1.0 (reference)		63.6			8.3		
No	270	36.3	1.59 (1.13–2.25)	0.008	55.9			13.0		

aORs were adjusted for all covariates. Figures in parentheses are 95% confidence intervals. $p < 0.05$ is regarded as statistically significant.

¹ Percentages of patients with good drug compliance, defined as a MPR ≥ 0.8 . ² Proportions of patients who discontinued their prescriptions within 90 days. ³ Proportions of patients who switched their prescriptions within 90 days.

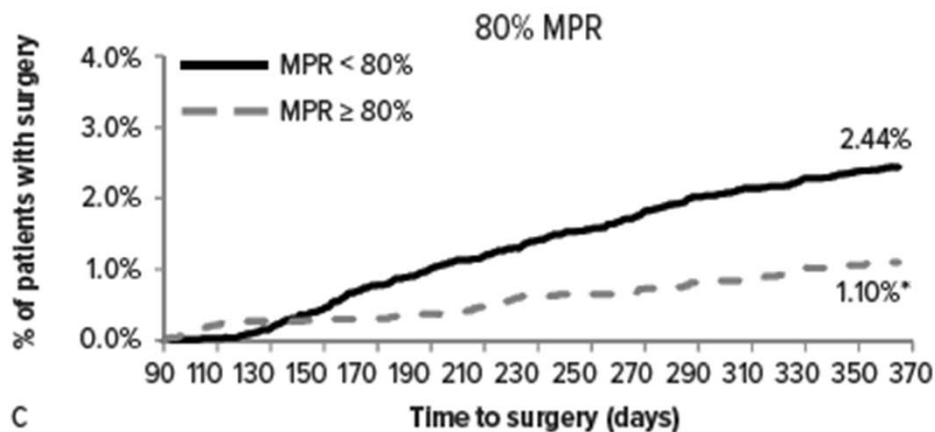
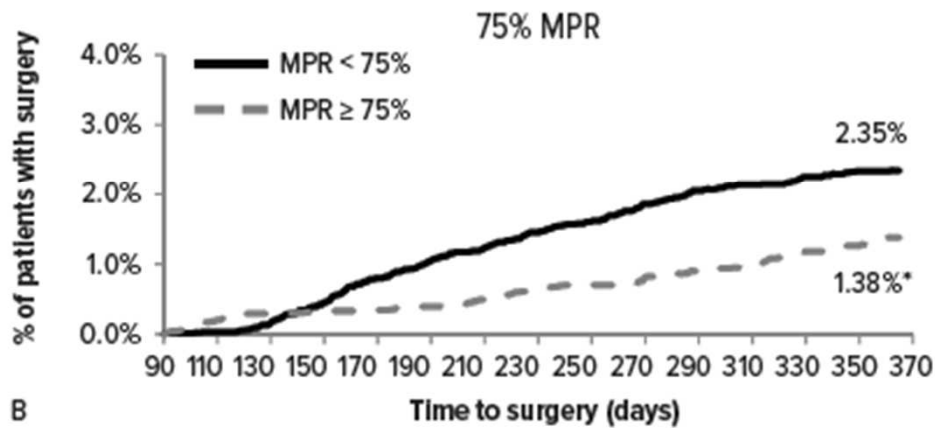
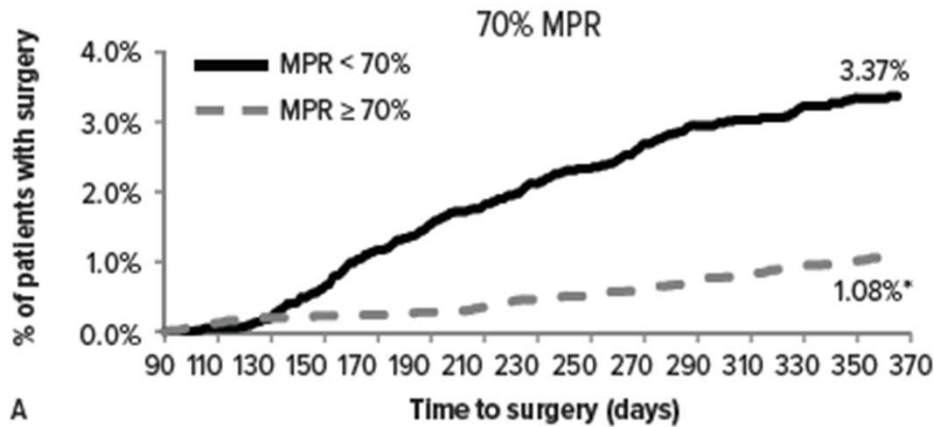
Συμμόρφωση με τη θεραπεία



- Η εμφάνιση οξείας επίσχεσης σε διαφορετικά ποσοστά συμμόρφωσης
- Σημαντική μείωση επίσχεσης
- Η διαφορά εμφάνισης επίσχεσης εμφανής μετά την 150^η μέρα

Gruschkus S, et al. P&T 2012

Συμμόρφωση με τη θεραπεία

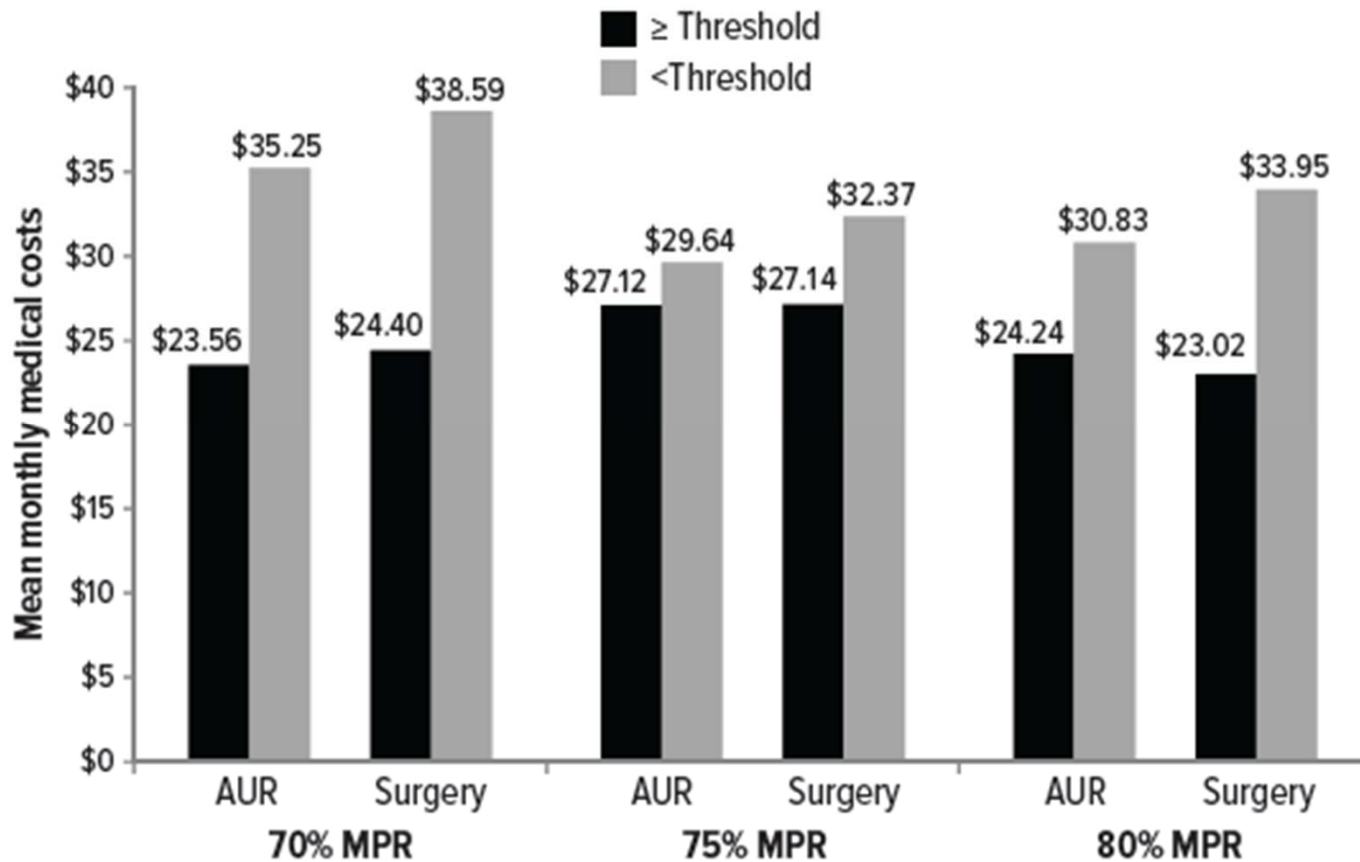


- Η ανάγκη χειρουργείου για την αντιμετώπιση της ΚΥΠ σε διαφορετικά ποσοστά συμμόρφωσης
- Σημαντική μείωση της ανάγκης χειρουργείων
- Η διαφορά εμφάνισης επίσχεσης εμφανής μετά την 150^η μέρα

Gruschkus S, et al. P&T 2012

Adherence to 5-Alpha Reductase Inhibitor Therapy For Benign Prostatic Hyperplasia

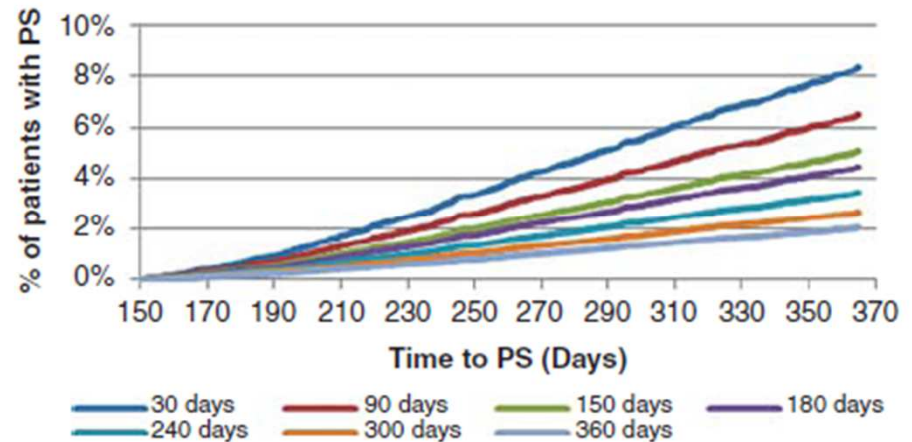
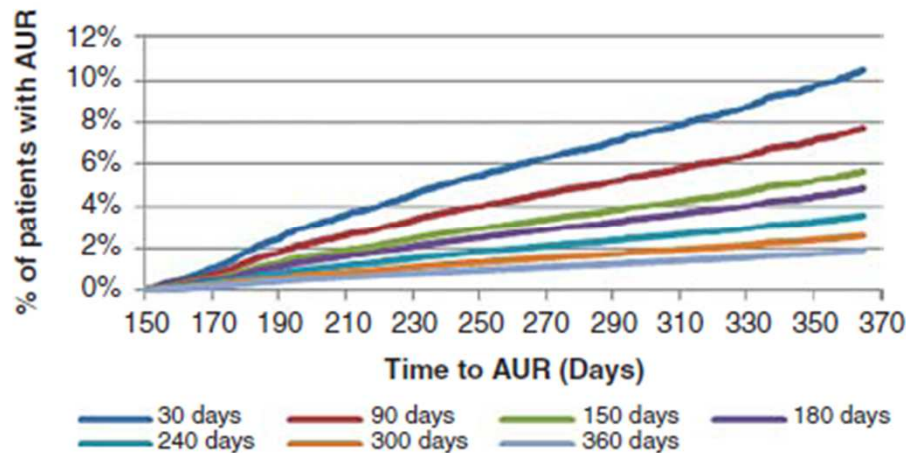
Clinical and Economic Outcomes



Κάθε 30ήμερη αύξηση στη διάρκεια της θεραπείας συνδέθηκε με κατά 2% μείωση του συνολικού κόστους αντιμετώπισης της ΚΥΠ ανά μήνα

Συμμόρφωση με τη θεραπεία

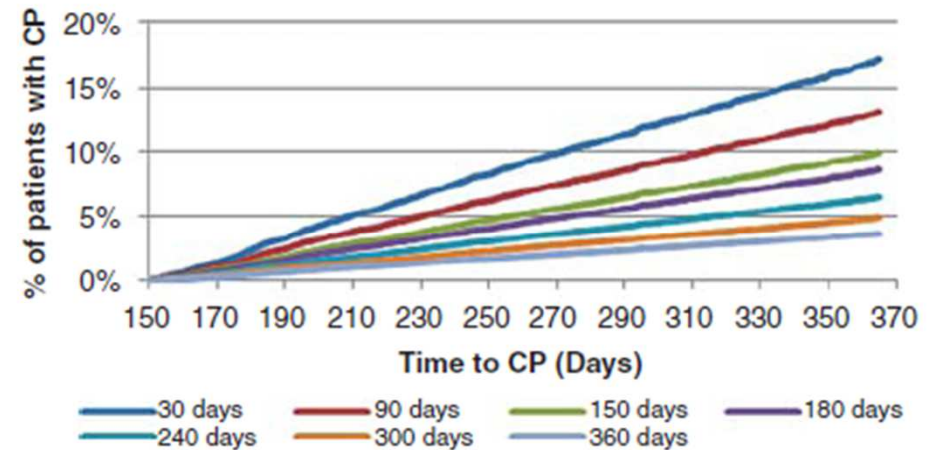
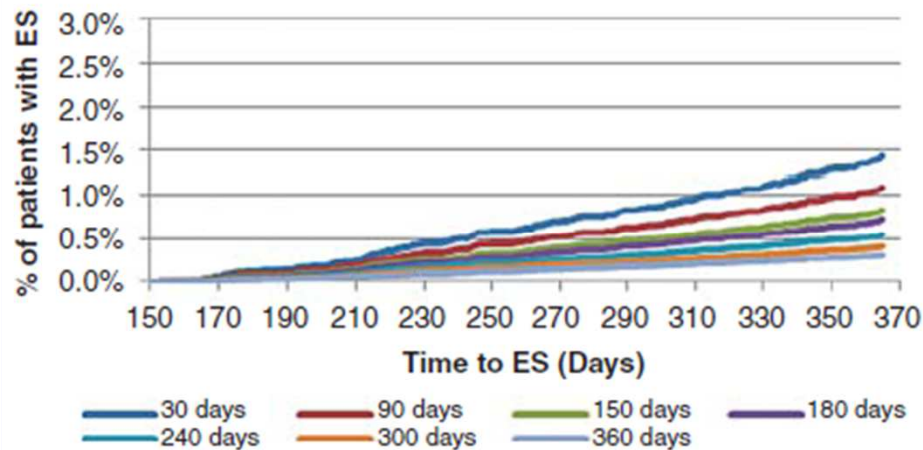
28903 Medicare ασθενείς > 65 ετών και Medicaid ασθενείς > 50 ετών με διάγνωση ΚΥΠ και τουλάχιστον μια συνταγή για 5ARI σε διάστημα 6 ετών (2003-2008)



Κάθε επιπλέον 30ήμερη θεραπεία με έναν 5ARI μείωνε την πιθανότητα οξείας επίσχεσης και χειρουργείου κατά 14% και 11%, αντιστοίχως

Eaddy M, et al. Exp Opin Pharmacother 2012

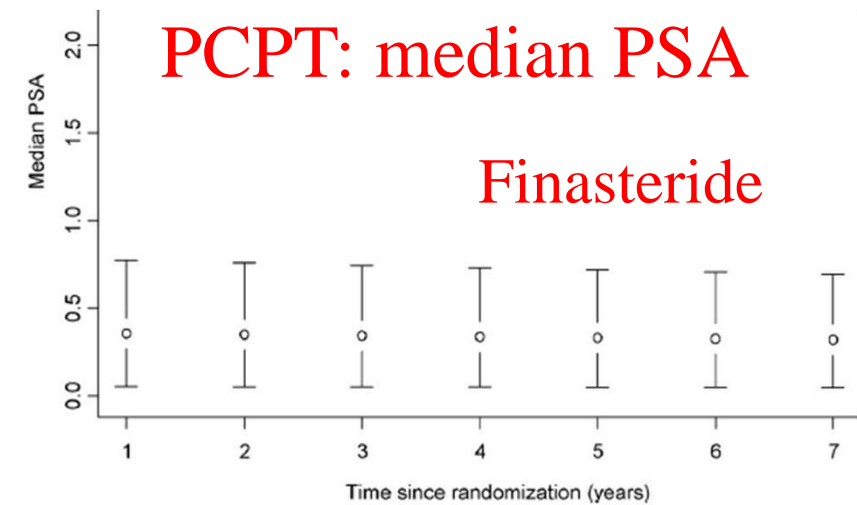
Συμμόρφωση με τη θεραπεία



Κάθε επιπλέον 30ήμερη θεραπεία με έναν 5ARI μείωνε την πιθανότητα επείγοντος χειρουργείου και κλινικής προόδου κατά 14% και 11%, αντιστοίχως

Eaddy M, et al. Exp Opin Pharmacother 2012

Ο κανόνας του διπλασιασμού: $PSA_{(5aRI)} \times 2$



Διπλασιασμός του PSA:

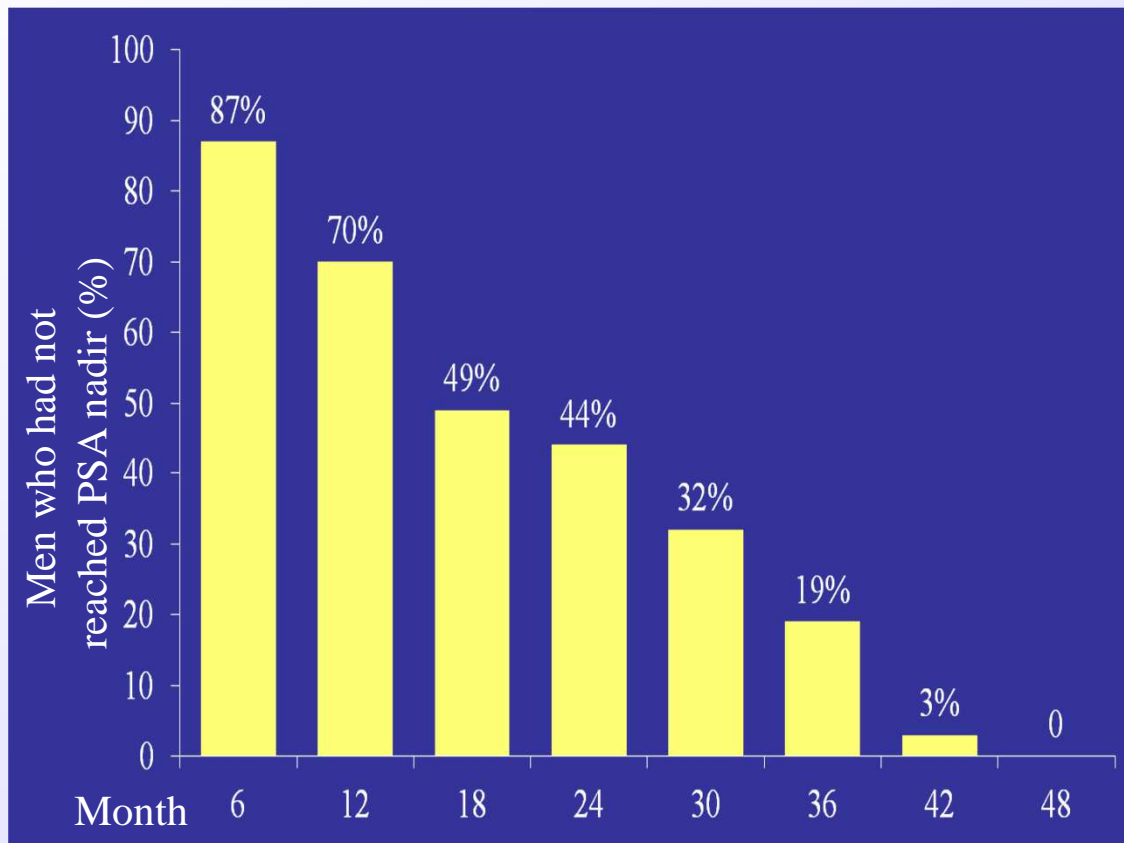
- μελέτες μικρής διάρκειας
- απλός, εύκολος, δημοφιλής

Μελέτες μεγαλύτερης διάρκειας (PLESS – PCPT) →

- ↓ PSA πέραν των 12m
- μέγεθος μείωσης ανάλογα με τη διάρκεια της θεραπείας

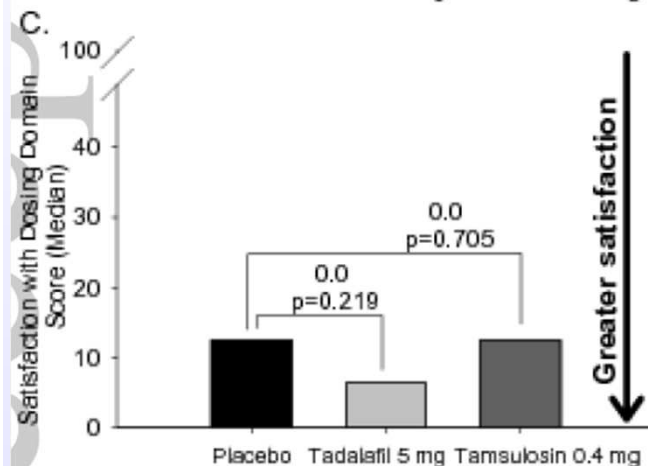
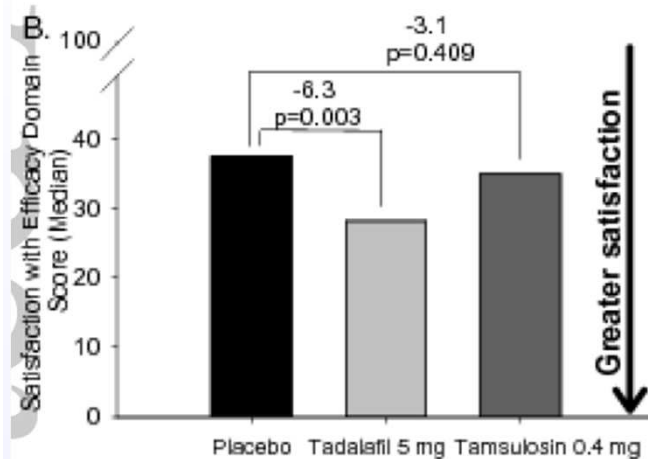
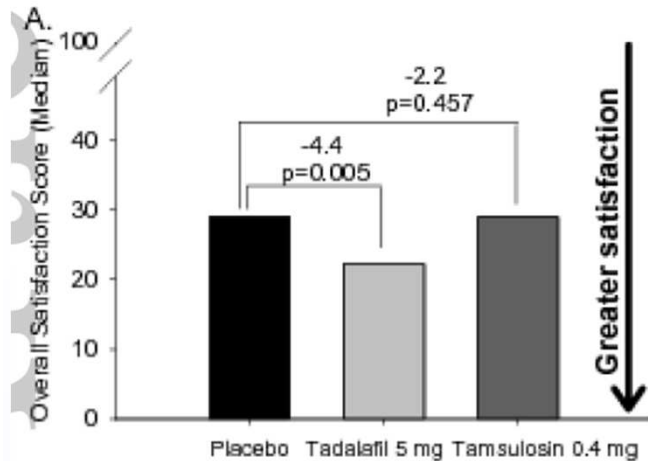
Usefulness of prostate-specific antigen (PSA) rise as a marker of prostate cancer in men treated with dutasteride: lessons from the REDUCE study

Michael Marberger¹, Stephen J. Freedland², Gerald L. Andriole³, Mark Emberton⁴, Curtis Pettaway⁵, Francesco Montorsi⁶, Claudio Teloken⁷, Roger S. Rittmaster⁸, Matthew C. Somerville⁸ and Ramiro Castro⁹



Κάθε **επιβεβαιωμένη** αύξηση του PSA από το ναδίρ σε οποιαδήποτε στιγμή → διερεύνηση

Ικανοποίηση ασθενών: Tadalafil vs α-blocker



Treatment Satisfaction Scale-BPH (TSS-BPH)

Overall treatment satisfaction ↑ for tadalafil vs placebo based on greater satisfaction with efficacy

- Age ($\leq 65 / > 65$), ED (yes/no),
 - LUTS/BPH severity (IPSS $< / \geq 20$),
 - Total testosterone level ($< 300 / \geq 300$ ng/dL),
 - Prostate Volume ($< 40 / \geq 40$ mL)
- } NS

- Men with recent prior α -blocker therapy ↑ treatment satisfaction with tadalafil versus placebo

Oelke et al, BJU Int in press

CombAT study: PPSM analysis

- **Satisfaction with treatment (Q11 of PPSM)**
 - Combination: 80% ($p < 0.001$ vs each monotherapy)
 - Tamsulosin: 69%
 - Dutasteride: 74%
- **Desire to request study medication once trial over (Q12 of PPSM)**
 - Combination group: 64% ($p < 0.001$ vs each monotherapy)
 - Tamsulosin: 55%
 - Dutasteride: 58%

Long-Term Adherence to Antimuscarinic Therapy in Everyday Practice: A Systematic Review

J Urol 2014

Paul W. Veenboer^{*,†} and J. L. H. Ruud Bosch[‡]

First Author (year)	Period of mean MPR	MPR (all drugs)	MPR (oxy ER)	MPR (tolt ER)	MPR (tolt IR)	Period of adherence-ratio	Used definition	MPR ≥ 0.8 (all drugs)	MPR ≥ 0.8 (oxy ER)	MPR ≥ 0.8 (tolt ER)	MPR ≥ 0.8 (oxy IR)	MPR ≥ 0.8 (tolt IR)
Balkrishnan (2006) ⁷	12 months 24 months 36 months	0.39 (SD 0.23) 0.43 (SD 0.27) 0.45 (SD 0.29)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
D'Souza (2008) ¹⁰	-	-	-	-	-	12 months	MPR ≥ 0.8	30.3%	36.1%	35.2%	14.8%	23.5%
Johnston (2012) ¹³	12 months	0.45 (SD 0.00)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sears (2010) ¹⁵	36 months	0.82 [*]	0.84 [*]	0.88 [*]	0.73 [*]	36 months	MPR ≥ 0.8	34.0%	42.6%	39.2%	-	27.2%
Shaya (2005) ¹⁶	-	-	-	-	-	6 months ^b 12 months	MPR ≥ 0.3	-	26.0% 15.0%	33.0% 22.0%	25.0% 16.0%	-
Yeaw (2009) ¹⁸	12 months	0.35 (SD 0.32)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yu (2005) ¹⁹	6 months 12 months	0.34 (SD 0.21) 0.22 (0.16)	-	-	-	6 months 12 months	MPR ≥ 0.8	4.9% 0.7%	-	-	-	-
Pooled value estimate if > 1 available (MPR, MPR ≥ 0.8)	6 months	0.34 (SD 0.21) ^c	-	-	-	6 months	MPR ≥ 0.8	4.9% ^d	-	-	-	-
	12 months	0.45 (SD 0.00) [*]	-	-	-	12 months	MPR ≥ 0.8	17.0% ^f	36.1% ^c	35.2% ^c	14.8% ^c	23.5% ^c
	24 months	0.43 (SD 0.27) ^c	-	-	-	24 months	MPR ≥ 0.8	-	-	-	-	-
	36 months	No pooling ^d	0.84 [*]	0.88 [*]	0.73 ^{*,c}	36 months	MPR ≥ 0.8	34.0% ^e	42.6% ^c	39.2% ^c	-	27.2% ^e

Long-Term Adherence to Antimuscarinic Therapy in Everyday Practice: A Systematic Review

J Urol 2014

Paul W. Veenboer*,† and J. L. H. Ruud Bosch‡

First Author (year)	Poor Persistence								Low Compliance							
	Oxy use	IR use	Age↑	Male Gender	Prior use	Smoke	DM+	Race	Oxy use	IR use	Age↑	Male Gender	Prior use	DM+	Race	
Balkrishnan (2006) ⁷											0	0				
Benner (2010) ⁸			0	0				0								
Broström (2009) ²⁰	+		+	+	-		0									
Brubaker (2010) ⁹			-	-		+		0								
D'Souza (2008) ¹⁰	0	0	0						+	+	-					
Gomes (2012) ¹¹	+															
Gopal (2008) ¹²	+	+														
Johnston (2012) ¹³							-				-	-		-		
Sears (2010) ¹⁵	-	0		+					0	0		-				
Shaya (2005) ¹⁶	+	+	0	+ ^a				+ ^a	+	0	0				+ ^b	
Wagg (2012) ¹⁷	+	+	-													
Yu (2005) ¹⁹	+	0	0	-	- ^c			- ^d								

Παράγοντες κινδύνου για διακοπή: Νεαρή ηλικία, χρήση oxybutynin και χρήση immediate release formulations

Συμμόρφωση με τη θεραπεία

BMC Health Services Research 2007 

Research article

Open Access

Patient adherence to medical treatment: a review of reviews

Sandra van Dulmen*¹, Emmy Sluijs¹, Liset van Dijk¹, Denise de Ridder²,
Rob Heerdink³ and Jozien Bensing¹

Μέθοδοι ↑ συμμόρφωσης:

Τεχνικές παρεμβάσεις → απλούστευση σκευάσματος
(↓ δόσεων – σταθερός συνδυασμός)

Συμμόρφωση με τη θεραπεία

BMC Health Services Research 2007 

Research article

Open Access

Patient adherence to medical treatment: a review of reviews

Sandra van Dulmen*¹, Emmy Sluijs¹, Liset van Dijk¹, Denise de Ridder²,
Rob Heerdink³ and Jozien Bensing¹

Συμπεριφορά - υπενθυμίσεις – βοήθεια:

Τηλέφωνα, επιστολές, υπολογιστές ή κατ' οίκον επισκέψεις

Improving Therapeutic Outcomes in BPH Through Diagnosis, Treatment and Patient Compliance

THE AMERICAN
JOURNAL of
MEDICINE®

Joel DeCastro, MD, Brian Stone, MD

2008

- Συσχέτιση συμμόρφωσης και ικανοποίησης ασθενών με την υποκειμενική βελτίωση και ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων
- Ασθενείς με βαρύτερα συμπτώματα παραπονούνται λιγότερο για ΑΕ σε σχέση με εκείνους με ηπιότερα LUTS
- Η εξασφάλιση της συμμόρφωσης των ασθενών και η επιτυχής φαρμακευτική θεραπεία της ΚΥΠ εξαρτώνται από την ενημέρωση και ανάμειξη των ασθενών στη διαδικασία επιλογής της θεραπείας αλλά και στην αποτελεσματικότητα της επιλεγείσας θεραπείας
- ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ και μετά την έναρξη της θεραπείας

Ευχαριστώ πολύ