

Sercem jestem uroginekologiem

Z prof. Tomaszem Rechbergerem, kierownikiem II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, rozmawia Tomasz Michałek



prof. Tomasz Rechberger

Fot. Tomasz Michałek

Panie profesorze, czy jest pan uroginekologiem?
Sercem tak, ale nie mam certyfikatu uroginekologa.

Ale, jak rozumiem, czuje się pan uroginekologiem?
Patrząc na to, jakie zabiegi są wykonywane na świecie w dziedzinie uroginekologii, wydaje mi się, że oddział, w którym pracuję, spełnia wszystkie kryteria oddziału uroginekologicznego. Wykonujemy pełny zakres procedur uroginekologicznych.

W 2004 roku Polskie Towarzystwo Ginekologiczne powołało sekcję uroginekologiczną, której został pan pierwszym przewodniczącym. Co zmieniło się od tego czasu?

Decyzja o powołaniu tej sekcji zapadła na zjeździe Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w Szczecinie, a już w grudniu mieliśmy pierwszy kongres założycielski, na który przyjechało 476 osób. W kolejnych latach odbyły się jeszcze dwa kongresy. Liczba uczestników na każdym z nich zdecydowanie przekraczała 1 tys. osób.

Skąd pomysł, żeby taką sekcję założyć?

Ten pomysł przyszedł mi do głowy, kiedy będąc na stażu w Danii, a potem w Stanach Zjednoczonych, w Miami, miałem okazję poznać osobiście ludzi, którzy stworzyli teorię integralną i praktycznie rzecz biorąc wprowadzili do praktyki klinicznej taśmy TVT (ang. tension-free

transvaginal tape), czyli prof. Petera Petrosa i prof. Ulfa Ulmstena. Z obydwoma panami miałem okazję bezpośrednio współpracować. Pomyślałem, patrząc na to, co w tamtych czasach robiliśmy w aspekcie uroginekologii w Polsce, że to jednak daleko odbiega od tego, co robi się na świecie. I to była główna inspiracja. TVT i wszystkie jego późniejsze odmiany, jak np. TOT (ang. transobturator tape) odniosły spektakularny sukces.

Nie obawiał się pan negatywnej reakcji środowiska uroginekologicznego w Polsce?

Absolutnie nie, ponieważ już na pierwszy zjazd zaprosiłem profesorów Andrzeja Borkowskiego i Andrzeja Borówkę, którzy byli w tamtym czasie niekwestionowanymi liderami urologii w Polsce. Oni obaj na ten zjazd założycielski przyjechali zresztą w towarzystwie swoich młodych adiunktów.

Dzisiaj, przeglądając statystyki NFZ, dowiadujemy się, że trzy czwarte osób ze zdiagnozowanym nietrzymaniem moczu leczy się na oddziałach ginekologicznych, a tylko co czwarta na oddziałach urologii. Czy te proporcje to polski wyjątek, czy jednak jest to pewna prawidłowość występująca również w innych krajach?

To prawidłowość występująca na całym świecie. Głównym powodem jest to, że dominującą postacią kliniczną nietrzymania moczu u kobiet jest postać wysiłkowa.

Nie są to przypadki OAB, nie jest to neurologia, nie są to następstwa onkologicznych operacji ginekologicznych, nie są to również przetoki, bo nie żyjemy w Afryce, tylko w kraju o dobrym poziomie służby zdrowia. Niezależnie od tego, co mówimy i piszemy, śmiertelność okołoporodowa w tej chwili jest taka sama jak w krajach zachodniej Europy.

Proszę przybliżyć ten problem.

Wysiłkowe nietrzymanie moczu bardzo często kojarzone jest z hypermobilnością cewki moczowej, a hypermobilność cewki moczowej z zaburzeniem statyki. Są one związane z porodami siłami natury, więc jest rzeczą naturalną, że pacjentki trafiają najpierw do ginekologów.

A jak to wyglądało wcześniej?

Pamiętam, że kiedy zakładaliśmy sekcję uroginekologii, to operacja nietrzymania moczu w wykonaniu 90 proc. ginekologów polegała na modyfikacji operacji Kelly'ego. To była operacja z 1913 roku, której efektywność była mikra, naprawdę niewielka, wynosząca tylko 20 czy 30 proc. Natomiast urolodzy i niektórzy ginekolodzy, a ja miałem szczęście, że akurat do nich należałem, wykonywali operacje Marshalla, Marchettiego, Krantza, które później zostały zastąpione operacją Burcha. Problem leżał w tym, że słaba efektywność operacji wykonywanych przez większość ginekologów metodą Kelly'ego, nazwijmy to plastycznych, wykonywanych w aspekcie nietrzymania moczu, powodowała, że nieusatysfakcjonowane pacjentki wędrowały od ginekologów do urologów, którzy wykonywali operacje Burcha, różne zabiegi igłowe, dzisiaj już niepraktykowane.

Warto podkreślić, że polscy urolodzy mieli wiele ciekawych pomysłów, tylko że nie byli w stanie przebić się z nimi na Zachód. Potem do użycia weszła operacja, która naprawdę leczyła wysiłkowe nietrzymanie moczu i tą operacją jest do dzisiaj TVT/TOT. Jest to operacja bezpieczna, może nie w 100 proc, ale minimalnie inwazyjna i wysoce powtarzalna przy naprawdę niezbyt długiej krzywej uczenia.

Skąd taka opinia?

Ze względu na to, że istniały jedynie minimalne możliwości jej modyfikacji. Gdybyśmy znaleźli się za głęboko,

bylibyśmy w brzuchu. Gdybyśmy byli przedśrodkowo, bylibyśmy w cewce moczowej. A gdybyśmy byli na zewnątrz, bylibyśmy w wielkich naczyniach. Do przodu byśmy się nie przesunęli, ponieważ nie pozwoliłaby na to znajdująca się na drodze kość. Możliwości modyfikacji zakreślały się więc na przestrzeni 1 cm.

Pojawianie się TVT spowodowało, że nastąpił rozwój leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu na świecie. Proszę zauważyć, że obaj profesorowie zaangażowani w wynalezienie tej metody byli ginekologami, a nie urologami. Moje wewnętrzne przekonanie jest takie, że nie wymyśliliby operacji, która miałaby być zakazana dla ginekologów, bo musieliby zabronić ją samym sobie. Nie wymyślali tego dla urologów, lecz dla uroginekologów bądź dla lekarzy, którzy zajmują się leczeniem wysiłkowego nietrzymania moczu.

Wiele lat temu złożył pan w Ministerstwie Zdrowia wniosek o wprowadzenie dodatkowej specjalizacji o nazwie uroginekologia. Do dzisiaj nie została ona wyodrębniona. Jak pan sądzi, dlaczego?

Wiele razy spotykaliśmy się z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia w tej sprawie. Mieliśmy zawarty konsensus z urologami. Napisałem już nawet program tej specjalizacji. Niestety, w pewnym momencie zabrakło woli politycznej, a może woli środowiska lekarskiego. Z jakiegoś powodu to utknęło. Tak naprawdę już ustaliliśmy, jak ma wyglądać współpraca ginekologa z urologiem, nie mieliśmy jeszcze tylko jasnych wytycznych, co powinien robić urolog, a co ginekolog i ile tych procedur, nazwijmy to urologicznych, powinien zrobić ginekolog, a ile urolog. Jednak to wszystko jest jeszcze do ustalenia. Nie jest przecież tak, że ginekolog musi robić wszystko, co robi urolog, a urolog ma odbierać porody i wykonywać cięcia cesarskie. Wydaje mi się, że idea jest taka, aby w każdym województwie był jeden albo powiedzmy dwa czy trzy ośrodki, w których wspólnie będzie się rozwiązywać problemy uroginekologiczne i zapewniać kompleksową opiekę pacjentkom. Bo pewne rzeczy urolog może zrobić, a przy pewnych rzeczach będzie potrzebował pomocy ginekologa, i odwrotnie.

Kieruje pan oddziałem ginekologii w lubelskim szpitalu już od 2001 roku. Jaką pomoc mogliście zaoferować

KIM JEST UROGINEKOLOG W USA?

Uroginekolog kończy szkołę medyczną i specjalizację na oddziale położnictwa i ginekologii lub urologii. Lekarze tej specjalności przechodzą dalsze szkolenia i mają dodatkowe doświadczenie w zakresie oceny i leczenia chorób wpływających na organy kobiece znajdujące się w miednicy, i na tkankę łączną, która stanowi ich podparcie. Wielu uroginekologów - choć nie wszyscy - po zakończeniu specjalizacji podstawowej (I stopnia) wybiera specjalizację szczegółową (II stopnia) w zakresie chirurgicznego i niechirurgicznego leczenia nieonkologicznych problemów ginekologicznych. Do typowych problemów leczonych przez uroginekologa należą: nietrzymanie moczu, wypadanie narządów miednicy (wypadnięcie pochwy, macicy, przepuklina pęcherza, przepuklina odbytnicy) oraz nadczynność pęcherza.

pacjentkom z problemami uroginekologicznymi kilka-naście lat temu, a na co mogą liczyć u was dzisiaj?

Na pewno na więcej, zarówno jeśli chodzi o jakość, jak i o ilość. Kiedy obejmowałem klinikę, przy tej samej liczbie łóżek co dziś wykonywaliśmy około 1300 procedur operacyjnych rocznie. Teraz robimy ich 2 500. Uroginekologia nie jest naszym głównym obszarem działania, ale według moich szacunków około 20-30 proc. naszych pacjentek to pacjentki uroginekologiczne. Reszta naszych działań to onkologia i rozwiązywanie problemów związanych z niepłodnością.

Onkologia stanowi 50 proc. działalności pana kliniki, czy mniej?

Nie, onkologia to jakieś 20 proc. Reszta to łagodne schorzenia typu krwawienia, polipy czy torbiele. Każdą zmianę w jajniku możemy tak naprawdę nazwać onkologią, pozostaje jednak kwestia, jak będziemy na to patrzeć. To podobna sytuacja jak w oddziałach onkologii ginekologicznej. Naprawdę niewiele jest oddziałów, które operują tylko nowotwory. Możemy powiedzieć, że mięśniak to łagodny nowotwór, ale nie traktowałbym tego w ten sposób. Na przykład endometrioza jajnika, chociaż w moim przekonaniu nie jest nowotworem, to czasami jest trudniejsza do zoperowania niż nowotwór.

Kim są kobiety szukające pomocy u pana, w Lublinie? Skąd do pana przyjeżdżają?

Nasze pacjentki to zarówno gospodynie domowe, rolniczki, jak i panie, które są bardzo wykształcone. Oczywiście dominują pacjentki w średnim wieku, około 50. roku życia. Kiedy zaczynałem pracę klinicysty, panie powyżej 80. roku życia stanowiły może 0,5 proc. naszych pacjentek, a w tej chwili stanowią już 7-8 proc. Kiedyś 60-letniej pacjentce, która miała całkowite wypadanie narządów rodnych, można było zaoferować jedynie zaszycie pochwy. Teraz byłoby to niedopuszczalne.

Ilu lekarzy pracuje na oddziale, którym pan kieruje?

Jest ich 26, z czego ośmiu to lekarze rezydenci.

A ilu z nich zajmuje się leczeniem uroginekologicznym?

Wszyscy.

Czy ma pan informacje, ilu jest w Polsce ginekologów, o których można by powiedzieć, że posiadają umiejętności porównywalne do uroginekologów w innych krajach?

Tego nie wiem. Jeżeli odbywa się forum uroginekologiczne, to przyjeżdża na nie około 200-300 osób, ale trzeba sobie też powiedzieć, że jeżeli jesteśmy na kongresie ICS, IUGA lub EUGA, to zazwyczaj z naszego kraju są na nich przedstawiane tylko dwie lub trzy prezentacje naukowe. Dlaczego tak jest? Nie wiem. Osobiście nie pamiętam kongresu, na którym mój zespół nie miałby jakiejś prezentacji. Zawsze występujemy z lepszym lub gorszym materiałem.

A ilu znalazłby pan urologów, o których można powiedzieć, że posiadają umiejętności porównywalne do uroginekologów w tych krajach, w których ta specjalizacja istnieje?

Tego też nie wiem. Nie mamy aż takich kontaktów z urologami, żeby móc to porównywać. W zeszłym roku miałem okazję być na kongresie w Mediolanie z urologami, ale tam raczej dominowały nowotwory. Onkologia w pracy urologów zdecydowanie przeważa.

Z danych, jakie uzyskujemy od NFZ, wynika, że zabiegi zakładania taśm typu TVT oferuje coraz więcej szpitali w Polsce. Jednak równolegle rośnie liczba powikłań. W efekcie pacjentki wędrują po Polsce, szukając pomocy. Dlaczego tak się dzieje?

Myszę, że przyczyną jest mimo wszystko zbyt krótka krzywa uczenia. Żeby procedura była powtarzalna, musi być wykonywanych na danym oddziale od 50 do 80 zabiegów rocznie. Osobiście wykonuję takich zabiegów około 30 miesięcznie, a cały nasz oddział wykonuje ich około 400, a czasami 500 rocznie. Kiedy patrzę na niektóre statystyki, to wydaje mi się, że nasz oddział robi więcej operacji niż niektóre województwa. Podsumowując, nie będzie dobrej procedury, jeżeli jest ona wykonywana raz czy dwa razy w miesiącu, i jeżeli będzie to robiło tylko dwóch czy trzech lekarzy.

Dziękuję za rozmowę.

Współpraca redakcyjna: Ewa Kowalczyk

CO TO JEST MEDYCYNĄ I CHIRURGIA REKONSTRUKCYJNA MIEDNICY KOBIECEJ?

W 2011 r. Amerykańska Rada Specjalności Medycznych zatwierdziła medycynę i chirurgię rekonstrukcyjną miednicy kobiecej (zwaną także uroginekologią) jako specjalizację, a pierwsi lekarze uzyskali certyfikację Rady w 2013 r. Uroginekolog jest lekarzem, który ukończył szkołę medyczną i specjalizację drugiego stopnia na oddziale położnictwa i ginekologii lub urologii oraz uzyskał certyfikat medycyny i chirurgii rekonstrukcyjnej miednicy kobiecej. Szkolenia zapewniają uroginekologom wiedzę w zakresie oceny, diagnozy i leczenia problemów wpływających na mięśnie i tkankę łączną narządów miednicy kobiecej. Typowe problemy leczone przez nich obejmują: nietrzymanie moczu, nadczynność pęcherza i wypadanie narządów miednicy. Lekarze tej specjalności mają także wiedzę o najnowszych badaniach prowadzonych w dziedzinach związanych z tymi problemami.

Źródło: Amerykańskie Towarzystwo Uroginekologiczne