

Diagnostyka i leczenie NTM w warunkach POZ

lek. Bartosz Dybowski

asystent w Katedrze i Klinice Urologii Akademii Medycznej w Warszawie

Nietrzymanie moczu (NTM) jest objawem, który może występować w pewnych sytuacjach u wszystkich ludzi. Wybór metody leczenia nietrzymania moczu zależy od jego typu oraz nasilenia dolegliwości. Podporządkowana jest temu diagnostyka, w której kluczowe znaczenie odgrywa wywiad.

Pierwsze pytanie zadawane zwykle kobiecie z NTM dotyczy okoliczności, w jakich następuje wyciek moczu, np. w przypadku wysiłkowego NTM występuje popuszczanie moczu w czasie kaszlu, kichania, podnoszenia ciężkich przedmiotów. Pytanie o stosowanie środków wchłaniających znacznie ułatwia ocenę nasilenia NTM. Należy jednak pytać nie tylko ile, ale również co kobieta stosuje. Jeśli pacjentka twierdzi, że sporadycznie, przy dużym wysiłku zdarza jej się popuścić trochę moczu i nie stosuje na stałe żadnych zabezpieczeń, nie ma potrzeby kierować jej do specjalisty, a tym bardziej wykonywać specjalistycznych i inwazyjnych badań.

Nagłące NTM objawia się obecnością parć naglących, czyli gwałtownie narastającej potrzeby oddania moczu. Parciem towarzyszy zwykle częstomocz dzienny i nocny i o to trzeba pytać. Zespół tych objawów, przy braku ewidentnej patologii w obrębie dróg moczowych, określamy mianem pęcherza nadreaktywnego. O pęcherzu nadreaktywnym możemy mówić jednak dopiero, gdy wykluczymy zakażenie układu moczowego, kamieć moczową, guz pęcherza moczowego i przeszkodę podpęcherzową.

Nietrzymanie moczu z przepełnienia, to sytuacja gdy pęcherz moczowy jest przepełniony i rozciągnięty maksymalnie wypieracz nie jest w stanie się skurczyć. Do wycieku moczu dochodzi co kilkanaście - kilkadziesiąt minut, w momencie, gdy ciśnienie w pęcherzu przewyższa ciśnienie w cewce moczowej. Wyciek ustępuje zwykle po wypłynięciu kilkudziesięciu mililitrów moczu. Pęcherz pozostaje jednak nadal pełny. Charakterystyczny w tym stanie jest brak uczucia parcia na moc. Do takiej sytuacji może dojść w wyniku stopniowo narastającej przeszkody podpęcherzowej lub w wyniku znieczulenia przewodowego i braku kontroli wypełnienia pęcherza w okresie pooperacyjnym. Do rozpoznania wystarczy zwykle przyłożenie ręki nad spojeniem łonowym, gdzie wyczuwa się niebolesny opór odpowiadający powiększonemu pęcherzowi. Rozpoznanie można potwierdzić badaniem USG. Obecność przetoki moczowej, zwykle przetoki pęcherzowo-

pochwowej, można podejrzewać w przypadku stałego wycieku moczu w dzień i w nocy po operacji w obrębie dróg rodnych lub po radioterapii w obrębie miednicy.

Oprócz okoliczności wycieku moczu i nasilenia dolegliwości w wywiadzie należy pytać o przeszłość położniczo-ginekologiczną, choroby neurologiczne, w tym o cukrzycę jako przyczynę polineuropatii obwodowej, operacje w obrębie miednicy, zażywane leki, nawyki związane ze spożywaniem płynów oraz aktywność fizyczną. Dane te nie zawsze są przydatne w ustalaniu metody leczenia. Czasem jednak modyfikacja pory przyjmowania płynów i zastąpienie diuretyków innymi lekami w leczeniu nadciśnienia pozwala zmniejszyć nasilenie częstomoczu dziennego i nokturii. Zmniejszenie nasilenia WNM można również spodziewać się u otyłych kobiet, wykonujących regularnie duży wysiłek statyczny po zmniejszeniu masy ciała i ograniczeniu lub zmianie charakteru wysiłku. Jeśli nie jesteśmy w stanie uzyskać jednoznacznych odpowiedzi i nie potrafimy rozstrzygnąć z jakim typem i jakim nasileniem nietrzymania moczu mamy do czynienia, powinniśmy zalecić prowadzenie notatek na temat czynności dolnych dróg moczowych: godziny i objętości przyjmowanych oraz wydalanych płynów, godziny wystąpienia parcia naglącego, popuszczenia moczu, liczby zużytych podpasek. Zapiski powinny być prowadzone przez 2-3 dni.

Kobietę z nietrzymaniem moczu należy zbadać w pozycji ginekologicznej z wypełnionym pęcherzem. Celem jest ocena słuźówki pochwy, statyki narządu rodowego oraz wykonanie próby kaszlowej. Dodatni wynik próby kaszlowej (wyciek moczu z cewki) stanowi potwierdzenie obecności wysiłkowego NTM. Obniżenie narządu rodowego często współlistnieje z wysiłkowe NTM, ponieważ etiologia obu schorzeń jest podobna. Wypadanie przedniej ściany pochwy może jednak maskować wysiłkowe NTM, może też być przyczyną przeszkody podpęcherzowej i rozwijającej się wtórnie nadreaktywności pęcherza, z nagłym NTM włącznie.

Spośród badań dodatkowych konieczne jest wykonanie badania cęgłnego moczu, USG jamy brzusznej z oceną górnych dróg moczowych oraz zalegania moczu po mikcji, u osób starszych cytologii osadu moczu w celu wykluczenia niewidocznego w USG raka rozwijającego się śródnabłonkowo (carcinoma in situ).

Wydaje się, że również w każdym przypadku występowania nietrzymania moczu lub objawów pęcherza nadreaktywnego u osoby poniżej 40 roku życia bez związku czasowego z porodem bezpieczniejsze jest skierować kobietę do specjalisty. Również znaczne nasilenie WNM będzie wskazaniem do przekazania pacjentki pod opiekę specjalisty, ponieważ postępowanie zachowawcze w takiej sytuacji jest zazwyczaj nieskuteczne.

Kiedy do specjalisty

Po przeprowadzeniu diagnostyki czas na decyzję, kto ma rozpocząć leczenie. Zgodnie z zaleceniami International Consultation on Incontinence (2001) do specjalisty należy skierować kobietę z nietrzymaniem moczu w przypadku:

- nawrotu nietrzymania moczu
- nieskutecznego leczenia zachowawczego
- zalegania moczu po mikcji
- znacznego obniżenia narządu rodowego
- guza miednicy
- nietrzymania moczu współlistniejącego z: krwimoczem, bólem, objawami przeszkody podpęcherzowej
- po rtg terapii w obrębie miednicy
- po operacji w obrębie miednicy
- podejrzeniem przetoki moczowej.

Podstawowa terapia

Leczenie zachowawcze wysiłkowego nietrzymania moczu można stosować w przypadku I i II stopnia nasilenia. Wszystkie metody mają za zadanie wzmocnienie mięśni krocza. Zalecane jest regularne stosowanie ćwiczeń Kegla lub stożków dopochwowych. Mniej dostępnymi metodami są elektrostymulacja przezpochwową i stymulacja polem elektromagnetycznym. Efekt terapeutyczny mija po ich zaprzestaniu. Najczęstszymi przyczynami nieskuteczności jest nieprawidłowe wykonywanie skurczów (naśnianie pośladków, brzucha, ud zamiast mięśni krocza) i nieregularne wykonywanie ćwiczeń. W czasie badania przez pochwę lekarz powinien ocenić, czy kobieta kurczy właściwe mięśnie oraz określić ich siłę. Zastosowanie stożków dopochwowych ułatwia ćwiczenie mięśni, ponieważ wysuwający się z pochwy stożek odruchowo po-

cd na stronie 10

Prolift na tle innych metod naprawy obniżenia i wypadania narządu rodowego i odbytnicy (POP)

dr med. Piotr Dobroński, Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie

Zaburzenia statyki dna miednicy stanowią częsty problem kobiet po 50 roku życia. Prowadzą do nietrzymania moczu, obniżenia i wypadania narządu rodowego (ang. pelvic organ prolapse, POP) i wypadania odbytnicy. Według danych z USA ryzyko wystąpienia POP lub nietrzymania moczu w ciągu życia kobiety wynosi około 11 procent. W USA wykonuje się 200 tys. operacji POP rocznie (1).

Za najważniejsze przyczyny POP i nietrzymania moczu uważa się uszkodzenie tkanki łącznej, mięśni i nerwów dna miednicy oraz pochwy w wyniku przebytej ciąży i porodu i postępującym z wiekiem zaburzeniem ilości oraz struktury najważniejszego białka podporowego tkanki łącznej - kolagenu. Naprawa powstałego defektu z użyciem wyłącznie tkanek pacjentki zastanych w miejscu operowanym teoretycznie wiąże się z ryzykiem nawrotu POP na skutek postępującego pogorszenia jakości tkanki łącznej. W praktyce rzeczywście problemem pozostają częste nawroty, szczególnie w naprawie kompartmentu przedniego. Dotyczy to klasycznych napraw np. kolpoplastyk przednich (nawroty cystocoele 6-9% , nietrzymania moczu do 30-40%), kolpoperineoplastyki, podwieszeń do więzadeł kolcowo-krzyżowych (3-15%), kolpoplastyki Burcha laparoskopowej (do 36%) i otwartej (do 31%). Nawroty są rzadsze w przypadkach zarówno przezbrzusznym jak i przezpochwowych operacji POP kompartmentu tylnego np. otwartej kolpopeksji krzyżowej (1-2% w okresie obserwacji do 20 lat). Ze zrozumiałych względów najmniejszy odsetek nawrotów (0-1%) obserwuje się po wycięciu lub zaszcyciu pochwy (operacja Le Fort).

Ze względu na częste nawroty w chirurgii dna miednicy zaczęto stosować biomateriały naturalne i syntetyczne. O ile w operacjach

wysiłkowego nietrzymania moczu sprawdzili się wszystkie typy biomateriałów (powięź autologiczna, w mniejszym stopniu powięź allogeniczna, materiały ksenogeniczne i niektóre siatki syntetyczne), o tyle w naprawie POP sytuacja wygląda inaczej. Zastosowanie naturalnych materiałów allogennych - powięzi i skóry nie zdało egzaminu. W leczeniu cystocoele z użyciem Tutoplast (powięź sze-roka) z jednoczasowym slingiem stwierdzono nawrót POP u 23 procent chorych po roku (4). W przypadku kolpopeksji krzyżowej z zastosowaniem powięzi liofilizowanej z banku tkanek odnotowano 43 procent niepowodzeń po roku i aż 87 procent po 17 miesiącach (5). Zawiodła także allogenna skóra. Stosując jej preparat, Alloderm, po 18 miesiącach obserwowano w dwóch badaniach 44 i 56 procent nawrotów po operacji cystocoele i 13 procent nawrotów rectocoele (12,13).

Trwają badania nad materiałami ksenogenicznymi w naprawie POP. Stosuje się bezkomórkową skórę świniąską (Pelvicol) i znacznie rzadziej błonę podśluzową jelita świni (SIS). Wstępne doniesienia są zachęcające ze względu na wysoką skuteczność i niskie odsetki erozji. W jednym z badań, z zastosowaniem Pelvicol, obserwowano 13 procent nawrotów w leczeniu cystocoele i 6 procent w leczeniu wypadania kikuta pochwy/rectocoele oraz jeden przypadek erozji po naprawie cystocoele skutecznie leczonej zachowawczo (14). W 3 innych badaniach odsetki nawrotów cystocoele z użyciem Pelvicolu wynosiły od 8 do 13 procent po 8-12 miesiącach (ICS 2003, abstr. 533,539,543). Wydaje się więc, że ze względu na skuteczność, najlepszym materiałem okazały się siatki syntetyczne.

W naprawie cystocoele najpoważniejszym problemem związanym ze stosowaniem ma-



Metodę Prolift i technikę TVM przedstawił prof. Henri Clavé w II Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii AM w Warszawie

teriału syntetycznego jest erozja. W przypadkach goretexu, marlexu i dakronu odsetek erozji sięgał od 19 do 30 procent po 2-3 latach od operacji (10,11). Najlepsze wyniki uzyskano stosując siatki polipropylenowe. Po 2-3 letniej obserwacji w kilku dużych badaniach obserwowano od 0 do 13 procent nawrotów i od 0 do 8,5 procent erozji (6-9). W przypadku kolpopeksji krzyżowej erozja znacznie rzadziej występuje i w zależności od stosowanego materiału wynosi od 0 dla powięzi do 5,5 procent dla teflonu (prolene 0,5%). Operację tę cechuje wysoka skuteczność (85-99%) (2,3).

Prolift w Polsce

Poszukując nowej minimalnie inwazyjnej i skutecznej techniki naprawy POP grupa francuskich lekarzy z 8 ośrodków akademicko-

cd. ze strony 9

budza mięśnie przepony moczowo-płciowej do skurczu. W przypadku braku efektu postępowania zachowawczego i znacznego obniżenia jakości życia w wyniku wysiłkowego NTM należy skierować chorą do ośrodka specjalistycznego w celu rozważenia leczenia zabiegowego. W farmakoterapii wysiłkowego NTM najskuteczniejszym lekiem jest chlorowodorek duloksetyny. Powoduje on zwiększenie napięcia zwieracza zeknętrznej cewki moczowej. Lek jest

zarejestrowany w wielu krajach UE ale nie w Polsce.

W przypadku naglącego nietrzymania moczu, podstawą terapii jest stosowanie preparatów cholinolitycznych. Obecnie na rynku dostępne są oksybutynina, tolterodyna i solifenacyna. Leków tych nie wolno stosować m.in. u chorych z jaskrą zamkniętego kąta przesączania, z ciężkimi zaburzeniami czynności przewodu pokarmowego, z zespołem suchego oka, nasiloną astmą oskrzelową i zaburzeniami rytmu serca. Inną formą leczenia pęcherza nadreaktyw-

nego jest trening pęcherza moczowego. Polega na regularnym oddawaniu moczu w ściśle określonych i stopniowo wydłużanych odstępach czasu. W przypadku wystąpienia parcia na mocz należy starać się przeczeć skurcz pęcherza moczowego. Postępowanie takie może przynieść znaczną poprawę subiektywną.

Na zakończenie należy podkreślić, że zdecydowaną większość pacjentek z dolegliwościami o miernym lub umiarkowanym nasileniu mogą diagnozować i leczyć lekarze podstawowej opieki.