

Metody oceny nasilenia NTM

dr n. med. Piotr Dobroński

Oddział Urologiczny Szpitala Bielańskiego w Warszawie

Ocena nasilenia nietrzymania moczu

Określenie nasilenia nietrzymania (NTM) moczu we wstępnej ocenie pacjentki lub pacjenta ma kluczowe znaczenie równe określeniu rodzaju i typu nietrzymania moczu. Pozwala wybrać odpowiednią metodę leczenia (w przypadku np. wysiłkowego nietrzymania moczu) lub dobrać rodzaj środków absorpcyjnych. Umożliwia także monitorowanie skuteczności leczenia zarówno w praktyce ambulatoryjnej czy klinicznej, jak również w badaniach naukowych.

Uważa się, że ocena nasilenia NTM powinna uwzględniać liczbę epizodów inkontynencji i/lub ilość gubionego moczu bądź obydwa te parametry. Liczbę epizodów NTM w sposób najbardziej wiarygodny ocenia dzienniczek mikcji (z ang. micturition diary). Istnieje kilka form tego instrumentu, optymalna jest 3-dniowa obserwacja, jednak w praktyce często stosuje się badanie 1-dniowe.

Obiektywną ocenę ilości gubionego moczu umożliwia np. test pieluszkowy (wkładkowy, z ang. pad test) - 1, 8, 24, 48 lub 72-godzinny. Testy krótkie wykonywane są w praktyce szpitalnej lub ambulatoryjnej, 24-godzinne i dłuższe - w domu. Za znamienne uważa się test godzinny ze wzrostem wagi wkładki o 1g lub więcej, w teście 24-godzinnym znamienne jest wzrost o 4g. W istocie dopiero zestawienie ilości gubionego moczu i częstości epizodów NTM pozwala na stratyfikację NTM do stopnia lekkiego, średniego lub ciężkiego. Za stopień lekki przyjmuje się gubienie kilku kropli, kilka razy w miesiącu, za średni - codzienne gubienie kilku kropli a ciężki - gubienie większej ilości, kilka razy w tygodniu. Dodatkowo, można także orientacyjnie ocenić nasilenie NTM określając liczbę zużytych dziennie zabezpieczeń (z ang. pad score) i stopień ich nasiąknięcia.

Inna możliwość oceny nasilenia NTM to zastosowanie indeksów, skal lub formularzy. Większość tego typu narzędzi łącznie ocenia rodzaj objawów, ich nasilenie i wpływ na poszczególne domeny jakości życia. W wielu przypadkach uwzględniają one także życie seksualne. Część z nich ma zastosowanie u obu płci, część tylko u jednej; stosowane bywają tylko w ocenie wysiłkowego NTM lub nagłego/mieszanego NTM.

Niewiele jest skal oceny wyłącznie nasilenia nietrzymania moczu. Do takich narzędzi należy indeks Sandvika i skala Stamey'a.

Indeks Sandvika

(Sandvik's Severity Index for Urinary Incontinence)

Jak często doświadczają Pani/Pan epizodów NTM?

1. Rzadziej niż raz w miesiącu
2. Kilka razy w miesiącu
3. Kilka razy w tygodniu
4. Codziennie i/lub co noc

Jaką ilość moczu gubi Pani/Pan jednorazowo?

1. Krople
2. Małe ilości
3. Więcej

Indeks nasilenia NTM powstaje przez pomnożenie wyniku odpowiedzi na pytanie 1 i 2. Indeks ten jest stosowany do oceny NTM u kobiet. Został on przyrównany do obiektywnego narzędzia jakim jest 24-godzinny test wkładkowy. Według tego testu lekkie nietrzymanie moczu to wyciek 6g/24h (CI 95% 2-9), średnie 17g/24h (CI 95% 13-22), a ciężkie 56g (CI 95% 44-67).

Dla oceny nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu kobiet najczęściej stosuje się prostszą trzy-stopniową skalę T. Stamey'a.

Skala Stamey'a

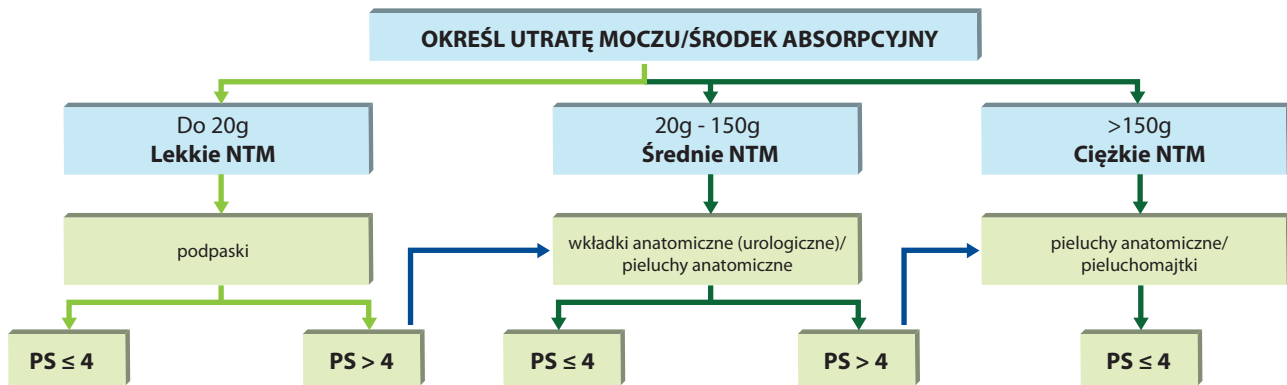
Stopień 0: Stan prawidłowy.

Stopień I: Niewielkie gubienie moczu w czasie dużego wysiłku fizycznego (wzrostu ciśnienia śródbrzusznego) w pozycji stojącej.

Stopień II: Gubienie moczu w czasie codziennych zajęć, chodzenia, kaszlu, kichania, śmiechu, przy zmianie pozycji ciała, siadania w łóżku.

Stopień III: Całkowite nietrzymanie moczu: wyciek nie związany z wysiłkiem fizycznym, w każdej pozycji (w tym w pozycji leżącej).

Schemat oceny stopnia nietrzymania moczu zgodnie z zaleceniami International Consultation on Incontinence opracowany przez prof. Piotra Radziszewskiego



Schemat Pad Score (PS - ilość zużytych środków absorpcyjnych na dobę)

Badania epidemiologiczne oceniające nasilenie NTM szacują występowanie ciężkiego NTM na 3-17% (najczęściej 6-10%), jednak według niektórych prac uwzględniających średnie i ciężkie postaci razem, liczba ta może wynosić nawet 20-25%. Ciężkie nietrzymanie moczu jest około dwukrotnie częstsze wśród starych kobiet niż mężczyzn. Nasilenie NTM wzrasta także z wiekiem. Indeks Sandvika został użyty w 3 epidemiologicznych badaniach populacyjnych, w dwóch w USA i jednym w Norwegii (EPINCONT). W badaniach w USA częstość występowania ciężkiego NTM wśród kobiet oceniono odpowiednio na 10% (3300 badanych kobiet w wieku 42-52)

i 18% (3500 kobiet w wieku 30-90 lat).

W badaniu EPINCONT w grupach wiekowych 20-39 lat, 40-54 lata, 55-69 lat i ponad 70 lat występowało ono odpowiednio u 2,6%, 6,5%, 8,6% i 13% pacjentów - średnio u 7%. Nasilenie nietrzymania moczu zależy od jego rodzaju. I tak, nietrzymanie moczu z parcia (przynaglenia, z ang. urge urinary incontinence, UII) i mieszane (z ang. mixed urinary incontinence, MUI) jest najczęściej znacznie bardziej nasilone niż wysiłkowe nietrzymanie moczu. W badaniu EPINCONT lekkie NTM występowało u 56% pacjentów z wysiłkowym NTM, ale tylko u 39% z UII i 31% z MUI.

Profesjonalna diagnostyka i leczenie NTM w szpitalu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego

Natalia Łyczko

W tym numerze, w ramach cyklu prezentującego placówki ginekologiczne i urologiczne specjalizujące się w leczeniu NTM, przybliżymy Państwu Klinikę Ginekologii i Uroginekologii w Policach, wchodzącą w skład Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego im. prof. Tadeusza Sokołowskiego w Szczecinie.

Prezentowany przez nas szpital prowadzi działalność stacjonarną, ambulatoryjną, diagnostyczną, rehabilitacyjną i dydaktyczną. Placówka posiada wiele klinik o specjalnościach jedynych w regionie, zatrudniających specjalistów o najwyższych kwalifikacjach. Obecnie na terenie SPSK Nr 1 funkcjonują: 26 jednostek leczniczych - klinik i poradni, oraz 3 zakłady diagnostyczne.

Historia Kliniki Ginekologii i Uroginekologii

W 2007 roku Klinika Rozrodczości i Ginekologii przeniesiona została z SPSK Nr 1 w Szczecinie do kupionego przez Pomorską Akademię Medyczną SPSK 1 w Policach. W 2009 roku do szpitala tego przeniesiono Kli-

nikę Medycyny Matczyno-Płodowej i Ginekologii oraz Klinikę Neonatologii. W 2010 roku nastąpił podział Kliniki Rozrodczości i Ginekologii na dwie jednostki: Klinikę Medycyny Rozrodu i Ginekologii oraz Klinikę Ginekologii i Uroginekologii. To właśnie w niej leczone są pacjentki z NTM.

Pracownicy

Od 2002 roku kierownikiem Kliniki Ginekologii i Uroginekologii jest dr hab. n. med. Andrzej Starczewski, profesor nadzwyczajny PUM. W roku 1989 otrzymał on tytuły specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii oraz stopień doktora nauk medycznych, a w 2002 roku uzyskał habilitację.