

NTM: Działania profilaktyczne i terapeutyczne w ciąży i po porodzie, cz.3

dr n. med. Edyta Wlazlak, dr n. med. Grzegorz Surkont

Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologicznej

I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi WSSZ im. M. Pirogowa



Fot. Photogenica Sp. z o.o.

Wyniku ciąży dochodzi do znaczącego osłabienia struktur, dzięki którym kobiety trzymają moczo. Dokładny mechanizm powstawania tych uszkodzeń nie jest znany. Niemniej współczesna medycyna dysponuje szeregiem skutecznych metod leczenia i profilaktyki nietrzymania moczu. W tym numerze Kwartalnika NTM zamykamy cykl artykułów dotyczących zapobiegania i leczenia NTM po porodzie. Na zakończenie omówimy praktyczne aspekty ćwiczeń biofeedback, elektrostymulacji, stosowania pessarów, farmakoterapii i leczenia operacyjnego NTM.

I. ĆWICZENIA BIOFEEDBACK, ELEKTROSTYMULACJA

Około 50% kobiet nie jest w stanie samodzielnie nauczyć się jak poprawnie wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie dna miednicy. Nauka jest możliwa podczas wizyty u uroginekologa lub podczas USG uroginekologicznego. Zwykle jednak czas, jak i częstotliwość badania nie pozwala na skuteczną naukę. Warto wtedy skorzystać z porady doświadczonego fizyioterapeuty. W pierwszym etapie nauka zazwyczaj przebiega bez specjalnej aparatury. Po serii takich zajęć niemały odsetek kobiet potrafi już samodzielnie prawidłowo ćwiczyć. Dla tych, którym sprawia to pewne trudności, są specjalne urządzenia do elektrostymulacji i biofeedbacku, których można używać podczas wizyty u specjalisty lub do użytku domowego. Elektrostymulacja pozwala na biernie wzmocnienie mięśni. Biofeedback umożliwia naukę prawidłowego wykonywania ćwiczeń mięśni Kegla. Najlepszym rozwiązaniem jest nauka ćwiczeń za pomocą aparatury przy wsparciu specjalisty, a następnie, jeżeli jest to konieczne, wykonywanie ćwiczeń samodzielnie przy użyciu sprzętu do użytku domowego. Zasada wykonywania ćwiczeń Kegla samodzielnie, jak i za pomocą specjalnych przyrządów, jest taka sama. (patrz cz. 2)

II. PESSARY

Są to wkładki dopochwowe, wykonane ze specjalnego silikonu. Oprócz działania profilaktycznego (patrz cz. 1) są bardzo często stosowane do leczenia nieoperacyjnego nietrzymania moczu oraz wypadania pochwy i macicy, czyli do terapii zaburzeń statyki narządu rodowego,

zarówno po porodzie, jak i po nieskutecznej operacji. Nowoczesna pessaroterapia polega na stosowaniu ich „jak okulary” czyli wtedy, gdy są potrzebne. Niektóre pacjentki zakładają je tylko przed wysiłkiem, inne noszą je od rana do wieczora. Należy unikać noszenia ich przez wiele tygodni bez wyjmowania, gdyż ten stary sposób stosowania pessarów zwiększa ryzyko odleżyn i upławów. Stosowanie pessarów tylko na dzień pozbawione jest tego ryzyka.

Wiele rodzajów pessarów może być stosowanych podczas współżycia. Kwestie te należy szczegółowo omówić ze swoim uroginekologiem.

Istnieje wiele rodzajów i rozmiarów pessarów. Dzięki temu u większości kobiet można dobrać odpowiedni pessar. Pacjentki w każdym wieku, zwykle po kilku minutach instruktora opanowują bezbłędnie technikę zakładania i wyjmowania pessarów. Niemały procent zadowolonych kobiet stosuje je latami. Natomiast podczas pierwszych, samodzielnych prób mogą pojawić się niejasności, jak założyć, lub jak wyjąć pessar. Dlatego ważne, by pacjentki w pierwszych dniach ich stosowania, mogły mieć możliwość uzyskania porady specjalistycznej. Pierwsza kontrolna wizyta powinna się odbyć w krótkim czasie od rozpoczęcia pessaroterapii. Istnieje wtedy możliwość przedyskutowania z pacjentką powstałych niejasności i wątpliwości.

III. FARMAKOTERAPIA

Wiele dolegliwości pęcherzowych może być skutecznie likwidowanych lekami. Obecnie dysponujemy coraz skuteczniejszymi, a co ważniejsze, coraz lepiej tolerowanymi lekami.

Po urodzeniu dziecka, zwłaszcza w czasie laktacji, poziom estrogenów spada, natomiast podnosi się poziom prolaktyny w organizmie. Okres karmienia piersią sprzyja miejscowym niedoborom estrogenów w obrębie pochwy, cewki moczowej i pęcherza. Konsekwencją tego jest suchość pochwy oraz bolesne współżycie. Pojawiają się objawy w zakresie pęcherza i cewki moczowej: częste oddawanie moczu, silne, nagłe parcie na pęcherz z potrzebą natychmiastowej mikcji, trudności w utrzymaniu moczu. U pacjentek podczas karmienia piersią z objawami

dyzurycznymi, NTM, jak również z suchością w pochwie i bolesnym współżyciem, stosuje się przede wszystkim gałki zawierające bardzo niskie dawki estrogenów oraz liofilizatu bakterii kwasu mlekowego. Są one dopuszczalne do stosowania podczas karmienia piersią. Skuteczność estrogenoterapii w zakresie wysiłkowego nietrzymania moczu budzi kontrowersje. Słabsze ukrwienie cewki moczowej jest przyczyną zmniejszenia ciśnienia śródcewkowego i wpływa na pogorszenie funkcjonowania aparatu zwieraczowego. Stosowanie estrogenów przywraca prawidłowe ukrwienie w obrębie cewki moczowej i powoduje wzrost ciśnienia cewkowego. Utrata elastyczności mięśni przepony moczowo-płciowej po porodzie może doprowadzić do obniżenia ścian pochwy, szyi pęcherza moczowego i macicy. Miejscowa ETZ (miejscowa estrogenoterapia zastępcza) korzystnie modyfikuje metabolizm tkanki łącznej struktur dna miednicy mniejszej. Dlatego wielu specjalistów stosuje estrogeny dopochwowo także jako leczenie wysiłkowego NTM. U niektórych kobiet z parciem nagłymi podawanie dopochwowo ETZ pozwala na zlikwidowanie objawów lub znaczną poprawę komfortu życia. Pełny efekt obserwuje się po upływie 1-3 miesięcy terapii preparatami dopochwowymi. W przypadku gałek, dopuszczonych do stosowania podczas karmienia, zaleca się podawanie 1 tabletki dopochwowo na dobę w pierwszym tygodniu leczenia. Następnie dawką podtrzymującą jest 1 tabletką dopochwowo 2 razy na tydzień.

Leczenie farmakologiczne pęcherza nadreaktywnego za pomocą leków antymuskarynowych u kobiet karmiących jest przeciwwskazane. Pozytywny efekt w zakresie wielu dolegliwości pęcherzowo-cewkowych podczas karmienia piersią przynoszą ćwiczenia Kegla.

IV. LECZENIE OPERACYJNE

W przypadku nieskutecznego leczenia nieoperacyjnego współczesna uroginekologia oferuje wysoko skuteczne zabiegi operacyjne ze stosunkowo niedużym ryzykiem powikłań.

Uroginekologia od kilkunastu lat jest bardzo intensywnie rozwijającą się dziedziną. Kobiety, u których metody nieoperacyjne nie działają, a objawy przeszkadzają im mocno w codziennym życiu, mogą przedyskutować ze swoim uroginekologiem możliwości leczenia operacyjnego. Obecnie dysponujemy szerokim wachlarzem zabiegów leczących wysiłkowe nietrzymanie moczu, wypadanie pochwy i macicy (czyli zaburzenia statyki narządy rodne) z zastosowaniem tkanek własnych pacjentek, jak i z użyciem sztucznych materiałów. Postęp jest na tyle duży, że można powiedzieć, iż zabiegi obecnie dostępne są wysoce skuteczne i obciążone małym ryzykiem powikłań. Obecna wiedza pozwala coraz

lepiej indywidualizować dobierane operacje do każdej pacjentki. Należy jednak pamiętać, że pomimo ogromnego postępu i małego ryzyka powikłań, kilka procent pacjentek nie jest zadowolona z efektu operacji. Ten procent można poprawić aktywnie współuczestnicząc w procesie leczenia, stosując się do zaleceń profilaktycznych i leczniczych również po operacji.

Kobiety, u których leczenie nieoperacyjne przynosi wystarczającą poprawę lub u których dolegliwości uroginekologiczne nie są bardzo



Fot. Photogenica Sp. z o.o.

silone, mogą odłożyć rozmowę z uroginekologiem o operacji na późniejszy termin. Obecnie trwają intensywne badania na całym świecie, które dają nadzieję na poszerzenie gamy wykonywanych zabiegów i poprawę diagnostyki przedoperacyjnej. To powinno umożliwić jeszcze bardziej zindywidualizowany dobór rodzaju oraz techniki zabiegu i jeszcze bardziej poprawić zadowolenie pacjentek z efektu operacji. Szczególne nadzieje budzą analizy uszkodzeń poporodowych i nowe sposoby ich naprawy.

Operacyjne leczenie wysiłkowego nietrzymania moczu po pierwszej ciąży, ale przed kolejną nie jest bezwzględnie przeciwwskazane. Należy jednak pamiętać, że kolejna ciąża i poród, nawet drogą cięcia cesarskiego, może zniweczyć efekty leczenia zabiegowego. Pomimo tego, większość specjalistów uważa, że po operacji uroginekologicznej ciążę lepiej rozwiązać za pomocą cięcia cesarskiego. Niestety sama ciąża również może wpłynąć na nawrót NTM oraz na powstanie nowych zaburzeń statyki narządu płciowego i nie chroni przed nawrotem NTM. Z tych powodów najczęściej operacje leczące NTM i wypadanie macicy/pochwy wykonywane są u kobiet, które zdecydowanie nie planują już ciąży w przyszłości. Stąd na świecie niewiele jest kobiet, które po operacji uroginekologicznej były w ciąży i rodziły.