

Tylko w dużych zespołach kreuje się postęp

Z dr hab. Anną Kołodziej z Katedry i Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, rozmawia Tomasz Michałek

Pani docent, ile jest w Polsce kobiet urologów?

Obecnie mamy już wiele kobiet w tym zawodzie. Pracują one zarówno w ośrodkach klinicznych, gdzie zajmują się urologią operacyjną, jak i w poradniach. Nie mogę podać dokładnie ich liczby, ale szacuję, że jakieś 5-10%.

Fakt, że jest pani jednak jedną z nielicznych kobiet urologów w Polsce, to dla pani atut czy niekoniecznie?

Niekoniecznie. Nie jest łatwo być kobietą urologiem. Nie pod kątem pacjentów, ale pod kątem środowiska. Pracując tylko i wyłącznie w męskim środowisku, muszę postrzegać świat nieco w męski sposób. Muszę się dostrajać.

Jest pani także z wykształcenia ginekologiem.

To nie moja zasługa. To zasługa mojego byłego szefa – prof. Jerzego Lorenza, który bardzo chciał, bym miała również wykształcenie ginekologiczne. W tamtych czasach robiło się specjalizację urologiczną jako II-gi stopień. Profesor Lorenz chciał, bym miała na to wszystko nieco inne spojrzenie. Uważał, że połączenie tych dwóch specjalizacji jest bardzo ważne.

W Polsce połączenie tych specjalizacji jest chyba bardzo unikalne.

Owszem, ale kiedy zaczynałam urologię, to urolodzy również bardzo aktywnie zajmowali się sprawami ginekologicznymi. Między innymi prof. Jerzy Lorenz właśnie, który miał wiele nowatorskich spojrzeń, np. na operacje związane z nietrzymaniem moczu. Uważam, że do dzisiaj jego metoda leczenia nietrzymania moczu jest bardzo dobra – jest małoinwazyjna, nie wymaga żadnych taśm, które przecież weszły, umówmy się, głównie przez marketing, bez sprawdzenia. Nasz zabieg podwieszenia cewki moczowej szwami ze ściany pochwy tzw. 3-2-1, miał podobną skuteczność, znacznie mniejszą liczbę efektów ubocznych i – co ważne – można go było wielokrotnie powtarzać.

Czy w związku z tymi dwiema specjalizacjami można panią nazwać uroginekologiem?

Można na pewno, chociaż jest to obecnie bardzo konfrontacyjne. Mogę być „atakowana” z dwóch stron. Ja poszedłam do swojej specjalizacji bardzo poważnie. Na oddziale ginekologicznym pracowałam przez 4 lata, przez wiele lat dyżurowałam i prowadziłam praktykę ginekologiczną. Nie chciałam z tą specjalizacją zrywać. Zresztą do dzisiaj prenumeruję czasopisma ginekologiczne, ak-

tywnie uczestniczę w wielu spotkaniach tego środowiska, ale w związku z tym, że mam nadmiar pacjentów urologicznych, gdyż urologów jest mało, musiałam zaprzestać czynnej praktyki ginekologicznej.

Chciałbym zapytać o nietrzymanie moczu – schorzenie, które związane jest ze starzejącym się społeczeństwem, zmianami cywilizacyjnymi, czy z wydłużającą się aktywnością kobiet. Jaki odsetek stanowią w pani gabinecie pacjenci z NTM?

Z racji połączenia moich specjalizacji, trafia do mnie sporo kobiet z tą przypadłością. Z tego powodu jest to większy odsetek niż u moich kolegów. Dlatego nigdy nie miałam problemu ze znalezieniem pacjentek, np. do badań klinicznych. Moje pacjentki przyjeżdżają do mnie z Wrocławia i z całego regionu.

Czy do urologa zwracają się z NTM również kobiety? Czy jest to raczej domena mężczyzn, którzy przy okazji leczenia innych schorzeń, np. prostaty, mówią o tym problemie?

Kobiety do mnie trafiające, to raczej te ze skierowania od ginekologów i oczywiście te, które wiedzą o moich połączonych specjalizacjach. Część ginekologów, czując się bezradna wobec nietrzymania moczu, przysyła do mnie te pacjentki, wiedząc, że zajmuję się tym problemem.

A jak, z perspektywy urologa, powinna wyglądać prawidłowa diagnostyka nietrzymania moczu?

To są ściśle algorytmy postępowania. Prosta diagnostyka przypadków NTM, powinna wynikać już z wywiadu, na którego podstawie należy rozróżnić czy jest to NTM z parę naglących, czy NTM wysiłkowe, czy postać mieszana. Właściwie, dobrze przygotowany lekarz rodzinny, mógłby to wstępnie zrobić, a do nas kierować przypadki skomplikowane, z którymi on sobie nie daje rady. To chyba wymagałoby głębokiego przeszkolenia lekarzy rodzinnych. Bowiem każda taka pacjentka, oprócz próby kaszlowej, musi mieć wykonane badanie USG i to też musi zrobić taki lekarz, który wie, co chce osiągnąć – w tym przypadku stwierdzenie nietrzymania moczu. Taki lekarz musi też umieć tę kobietę zbadać i sprawdzić, jaki jest stopień wypadania narządów rodnych, zobaczyć jak funkcjonuje dno miednicy. U nas niestety często pacjentki u lekarza rodzinnego się nie badają.

W Polsce lekarz urolog może zaoferować w leczeniu pęcherza nadreaktywnego tylko dwa leki w ramach re-

fundacji: solifenacyny i tolterodyny. Czy z pani praktyki jest to wystarczające, skoro w krajach sąsiednich, takich jak Czechy, Słowacja, Węgry, urodziny mogą korzystać również z refundowanej darifenacyny, mirabegronu czy fezoterodyny?

Jeśli chodzi o sprawę leków, mam na to własną teorię, o której nie będę raczej mówiła. Te dwa leki, które można pacjentkom zaoferować, to zdecydowanie za mało. To są wszystkie leki antymuskarynowe, które wykazują ten sam profil niepożądanych działań ubocznych. Niestety, chociaż bardzo lubię solifenacynę, to daje ona objawy szczególnie ze strony jelita grubego w postaci zaparcia, a jeżeli pacjentka jest w starszym wieku, to ma często samoistne zaparcia. Jeżeli do tego dochodzi jeszcze wypadanie narządów, np. wypadanie przedniej ściany pochwy, powodując powstanie przeszkody podpęcherzowej, czyli wtórnie rozwinięcie się pęcherza nadreaktywnego, to mamy komplet. Kobieta taka powinna mieć szerszy dostęp do leków refundowanych. Mirabegron jako alternatywa lub uzupełnienie dla leków antymuskarynowych jest tutaj dobrym przykładem.

Przepisując leki kieruje się pani ich ceną?

Przede wszystkim niestety, ponieważ nie wszystkie pacjentki na wszystkie leki stać.

Jakich terapii, związanych z leczeniem NTM, które są dostępne w innych krajach brakuje pani w Polsce?

Przede wszystkim refundowanej rehabilitacji. W krajach takich, gdzie jest ona refundowana, np. w Niemczech, Francji, czy krajach skandynawskich unika się połowy niepotrzebnych zabiegów związanych z nietrzymaniem moczu oraz zmniejsza się przyjmowanie leków na zespół pęcherza nadreaktywnego. Są badania, które wykazują jednoznacznie, że ćwiczenia prowadzone bez indywidualnego trenera, rehabilitanta, są zdecydowanie mniej skuteczne, niż te prowadzone z rehabilitantem.

Od 6 lat organizacje pacjenckie zabiegają o refundację zabiegu neuromodulacji nerwów krzyżowych dla pacjentów z najcięższymi postaciami OAB. Jaka jest pani opinia na temat tego zabiegu?

Myślę, że duża część pacjentów mogłaby z tego skorzystać, ponieważ są wśród nich tacy, którzy nie reagują już na żadne leczenie i dla których byłoby to bardzo wskazane. Podobnie jak neuromodulacja nerwu piszczelowego. My, jako Polskie Towarzystwo Urologiczne, co roku zgłaszamy ten problem Ministrowi Zdrowia.



dr hab. n. med. Anna Kołodziej

Czy pani zdaniem problem NTM powinien być traktowany interdyscyplinarnie, tzn. czy jest potrzebna współpraca pomiędzy lekarzami różnych specjalizacji, takich jak ginekolog, urolog, lekarz rodzinny?

Myślę, że cały współczesny, nowoczesny świat potrzebuje współpracy. Tylko w dużych zespołach kreuje się postęp. Czas medycyny opartej na ekspertach odszedł w przeszłość. Tak samo jest z leczeniem nietrzymania moczu.

Europejskie Towarzystwo Urologiczne wydaje co roku zaktualizowane wytyczne w postępowaniu z pacjentem urologicznym, w tym z nietrzymaniem moczu. Jest to z pewnością doskonały materiał dla każdego urologa. Pytanie tylko, czy on uwzględni specyfikę pracy lekarzy in-

nych specjalizacji, takich chociażby jak lekarz rodzinny, geriatra czy ginekolog. Oni również mierzą się z tym wyzwaniem na co dzień, szczególnie w przypadku pacjentów starszych.

To jest taka europejska specyfika niestety, że się tak w tych swoich specjalizacjach pozamykaliśmy. Jak się jedzie na zjazd lekarzy amerykańskich, to tam regularnie napotyka się na wspólne sesje uroginekologiczne. Było to dla mnie sporym zaskoczeniem, że mogę na nie spokojnie pójść i się dowiedzieć wielu spraw związanych z ginekologią, ponieważ spotykają się tam osoby, które

się tym zajmują i rozważa się wspólne tematy. Takich tematów, wynikających z siebie, jest naprawdę sporo. Na przykład pojawia się nietrzymanie moczu wtórne do reoperacji wypadania narządu rodnoego. Albo pytanie czy najpierw pojawia się nadreaktywny pęcherz i przy okazji wypadanie narządu rodnoego, czy może na odwrót. To są tematy, których nie udźwignie sam ginekolog ani sam urolog. Osobiście mam duże szczęście w tym obszarze, bo do tej pory współpracuję z ginekologami, z którymi pracowałam robiąc specjalizację i jest to dla mnie bardzo wygodne. Nie wchodzę w ich kompetencje, ale potrzebuję często ich porady.

Coraz częściej słyszę taką opinię, że polską urologię zalewa fala tsunami osób starszych. Zauważa pani rosnącą średnią wieku pacjentów?

Moje pokolenie doświadczyło niesamowitej przemiany. Jak mieliśmy dawniej 70-latkę z nowotworem, to zdarzyło mi się usłyszeć od starszych kolegów, że powinno się dać pacjentowi spokojnie umrzeć, a nie dręczyć go leczeniem operacyjnym i chemioterapią. Tak było na początku mojej kariery. Teraz pacjenci, których poddaje ciężkim zabiegom onkologicznym, mają po 80, 90 lat. W ciągu ostatniego ćwierćwiecza diametralnie zmieniło się podejście do osób starszych, co więcej - przybywa nam osób starszych aktywnych.

Starzejące się społeczeństwo wymaga zmiany podejścia. Nie zawsze lekarze mogą tym osobom pomóc, tak jak by chcieli, szczególnie gdy trzeba się mierzyć z tak skomplikowaną dolegliwością jaką jest nietrzymanie moczu. Czy uważa pani za zasadne zagwarantowanie tym pacjentom zaopatrzenia w dobrej jakości środki absorpcyjne?

Oczywiście, że tak. To jest cywilizacyjne wyzwanie, które musimy podjąć: zmienić podejście do jakości życia osób starszych. Powinniśmy zrobić to już teraz, pomimo, że wydaje się, że nas to nie dotyczy. To, że musimy się z tym zmierzyć, widać wszędzie: w sklepach, gdzie leżą materiały informacyjne pisane drobnym drukiem, na ulotkach leków. Dla aktywnego seniora to dramat - on chce normalnie funkcjonować w społeczeństwie, on chce być konsumentem.

Nietrzymanie moczu jest, obok zaburzeń erekcji, jednym z powikłań po leczeniu nowotworu prostaty, m.in. po radioterapii albo po radykalnej prostatektomii. W krajach Europy Zachodniej, mamy taki przykład w Irlandii, pojawiły się programy wsparcia obejmujące opiekę urologa, psychologa, pielęgniarki dla pacjentów, którzy zmagają się z tego typu powikłaniami po terapii onkologicznej. Czy widzi Pani potrzebę tego typu rozwiązań w Polsce?

Jak najbardziej. Taki pacjent bardzo odciążałby urologa,

gdyby miał wsparcie zespołowe, wieloprofilowe. Jeszcze raz podkreślę, że działanie zespołowe jest cechą rozwiniętych społeczeństw. Sami, jako indywidualni lekarze, jesteśmy dużo mniej kreatywni niż w zespole. Słowo konsylium ma tysiącletnią historię!

W Polsce pacjent wciąż nie ma dostępu do nowoczesnych metod leczenia nowotworu gruczołu krokowego, jak to ma miejsce w innych krajach Europy. I nie chodzi tylko o brak nowoczesnych narzędzi chirurgicznych, jak np. robot da Vinci, o którym dużo się mówi, a państwo niewiele robi. Chodzi także o coraz więcej nowoczesnych i dostępnych na świecie leków. W Polsce, zarówno przed chemioterapią, jak i po chemioterapii, państwo oferuje nam w zasadzie jeden program lekowy, z wykorzystaniem tylko jednego leku - octanu abirateronu. Czy dla pani, jako osoby, która musi się z tym mierzyć, jest to wystarczające?

Mam wrażenie, że skierowanie tego leczenia do dawnych chemioterapeutów, a którzy teraz są nazywani onkologami klinicznymi, było celowe. Chemioterapeutów jest mało, dostęp do nich jest wobec tego znacznie utrudniony, a jeśli skieruje się do nich takie tsunami pacjentów, to nie będą ich w stanie obsłużyć, co tym samym, w naturalny sposób ograniczy przepisywanie leków. Jest też prawdą, że nie wszyscy urolodzy, są w stanie, z racji profilu ich działania, prowadzić ciężkie stany onkologiczne, z rakiem prostaty włącznie. Być może należałoby stworzyć, tak jak jest to już w wielu krajach Europy czy w USA, jednostki urologiczne profilowane do leczenia pacjentów onkologicznych i jednostki urologiczne nieprofilowane do tego. Stosując chemioterapię u naszych pacjentów przez ostatnie 25 lat, mam przekonanie graniczące z pewnością, że onkolodzy nie są w stanie w pełni udźwignąć naszych pacjentów, bo ich kliniczne doświadczenie jest zdecydowanie niższe niż urologów, a ponadto są obciążeni leczeniem innych nowotworów. Nowotwory urologiczne chemioterapeuci zaczęli leczyć dopiero niedawno i są one niewielkim wycinkiem ich pracy, toteż trudno jest im być w tym nawale obowiązków odpowiednio zaangażowanym w prowadzenie kliniczne pacjentów. Wracając do pytania-współczesne leczenie raka stercza czy nerki zaczyna być leczeniem choroby przewlekłej. Udowodniono, że ten wysyp leków, który nastąpił w ciągu ostatnich trzech lat, jest w stanie przedłużyć w sposób zdecydowany pacjentowi życie. Dodając do tego chemioterapię, mamy szanse także nie tylko na przedłużenie życia, ale przede wszystkim na poprawienie jego jakości. Biorąc to pod uwagę należy sobie zadać pytanie: dlaczego tych leków nie ma i dlaczego są tak mało dostępne? Nasuwa się tylko jedna odpowiedź - oszczędności.