

W walce z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Współczesne metody terapeutyczne

z dr med. Jackiem Tulimowskim, specjalistą w dziedzinie ginekologii i położnictwa, rozmawia Magdalena Kowalewska

Wysiłkowe nietrzymanie moczu to jeden z częstych problemów współczesnego społeczeństwa. Czy to również wciąż problem wstydlivy, do którego nietłatwo przyznać się pacjentce podczas wizyty u lekarza?

Według statystyk w Polsce objawy nietrzymania moczu wymagające terapii występują u 4 milionów osób, a co czwarta kobieta ma problemy z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Warto zaznaczyć, że w nasilonym stadium wyciek moczu może pojawiać się nawet w trakcie chodzenia, przy zmianie pozycji ciała, czy w spoczynku. Niestety, w większości przypadków, pojawienie się objawów nietrzymania moczu nie skłania do wizyty u specjalisty. Około 75% kobiet z wysiłkowym NTM nigdy nie konsultowało się z lekarzem, a te panie, które zdecydowały się na wizytę, zwlekały około 3 lat od pojawienia się pierwszych klinicznych objawów.

Jakie znamy najczęstsze przyczyny występowania wysiłkowego nietrzymania moczu?

Choć wysiłkowe NTM jest objawem o wieloczynnikowej etiologii, to za główną przyczynę uważa się znaczne osłabienie mięśni oraz więzadeł dna miednicy. Tylko w pojedynczych przypadkach patologia dotyczy osłabienia mięśni zwieraczy cewki moczowej. Wysiłkowe nietrzymanie moczu najczęściej pojawia się u kobiet, u których stwierdzono otyłość (bardzo istotny czynnik), po licznych ciążach, przebytych porodach (spowodowane głównie osłabieniem mięśni dna miednicy), jako powikłanie po porodzie, a także po zabiegach operacyjnych w obrębie jamy brzusznej. Występuje również u pań wyczynowo uprawiających sport, ciężko pracujących fizycznie, palących papierosy (nikotynizm), a także u kobiet o niskim statusie socjoekonomicznym. Analizując dalsze przyczyny pojawienia się wysiłkowego NTM nie sposób pominąć analizy wywiadu rodzinnego: ryzyko pojawienia się tej patologii wzrasta, jeśli występowała ona u matki i (lub) siostry.



Wysiłkowe NTM towarzyszy także takim chorobom jak cukrzyca, niedoczynność tarczycy, często pojawiając się u osób z niskim poziomem aktywności fizycznej.

Na czym polega diagnostyka wysiłkowego NTM? Przez jakie etapy diagnozy musi przejść pacjentka, by zostać poddana najskuteczniejszej dla niej terapii leczenia?

W diagnostyce wysiłkowego NTM należy zawsze pamiętać o wykluczeniu odwracalnych przyczyn nietrzymania

moczu, najlepiej opierając się na schemacie DIAPPER, gdzie D oznacza stany zaburzonej świadomości, I-zakażenia układu moczowego, A-zanikowe zapalenie pochwy, P-działanie niepożądane przyjmowanych leków, P-czynniki psychologiczne, E-nadmierną diurezę, R-ograniczoną ruchomość.

Kolejne etapy to, po pierwsze, dokładnie zebrany wywiad dotyczący: ilości i objętości spożywanych płynów, liczby mikcji w ciągu dnia i w nocy (dzienniczek mikcji), epizodów nietrzymania moczu (ilość), liczby zużytych wkładek (podpasek), pieluch, określenie nasilenia nietrzymania moczu, pojawienia się (ilości) i nasilenia objawów parcia naglącego. W trakcie zbierania wywiadu dodatkowe pytania

powinny dotyczyć: ewentualnych trudności w oddawaniu moczu, stolca, krwiomoczu, nawracających zakażeń układu moczowego, epizodów bólu, przebytych zabiegów operacyjnych, a także rodzaju przyjmowanych leków. W diagnostyce nietrzymania moczu ważna staje się diagnostyka laboratoryjna: badanie ogólne moczu, posiew moczu, cytologia moczu, cystoskopia (celem wykluczenia innych schorzeń pęcherza), a także badanie ginekologiczne wraz z oceną cytologiczną wymazu z szyjki macicy oraz badaniem USG dopochwowym. Zalecana jest również diagnostyka ultrasonograficzna układu moczowego z oceną pęcherza moczowego i zalegania moczu po mikcji. W niektórych przypadkach wskazane jest wykonanie badania urodynamicznego.

Wysiłkowe nietrzymanie moczu na szczęście można i należy leczyć. Współczesne możliwości leczenia tej choroby są dość zróżnicowane. Co ma wpływ na dobór tej właściwej terapii?

Po pierwsze, leczenie ustalamy indywidualnie, a przed jego rozpoczęciem zawsze należy rozważyć wszystkie możliwe i aspekty leczenia od: zachowawczego poprzez farmakologiczne do zabiegowego o minimalnej inwazyjności, skończywszy na leczeniu zabiegowym operacyjnym. Należy dodać, że sukces terapeutyczny w leczeniu wysiłkowego NTM w dużej mierze zależy od zdyscyplinowania pacjentki oraz przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Dlatego tak ważnym staje się wypracowanie indywidualnych metod terapeutycznych o jak najmniejszej ilości działań niepożądanych, a także wysokim stopniu skuteczności.

W pierwszej kolejności najczęściej stosowanymi metodami leczenia wysiłkowego NTM są, jak Pan wspominał, metody zachowawcze oraz farmakoterapia. Czym się one charakteryzują?

Oprócz zmiany stylu życia, najczęściej stosowaną metodą są ćwiczenia mięśni dna miednicy, tzw. ćwiczenia mięśni Kegla. Wymagają one ze strony pacjentki dużej dyscypliny w regularnym wykonywaniu ćwiczeń, minimum przez okres 3 miesięcy. Doskonalszą metodą jest zastosowanie ćwiczeń mięśni dna miednicy wraz z metodą biofeedback. U niektórych kobiet jako metodę alternatywną stosuje się elektrostymulację zewnętrzną lub pole elektromagnetyczne. Można też rozważyć użycie stożków pochwowych, wkładek - pesarów lub kulek dopochwowych, a także systemów zamykających światło cewki moczowej lub jej ujście zewnętrzne.

Kiedy metody zachowawcze nie przynoszą oczekiwanych rezultatów, konieczne jest przyjmowanie leków. W leczeniu wysiłkowego NTM środkami farmakologicznymi wyróżnić możemy: estrogenoterapię miejscową polegającą na dopochwowym podawaniu preparatów zawierających estrogeny w postaci globulek, kremów, tabletek, terapię lekami alfaadrenomimetycznymi, terapię duloksetyną - działającą okresowo i niepowodującą całkowitego wyleczenia, a jedynie złagodzenie dolegliwości i dodatkowo - niestety - działania niepożądane - terapię lekami antycholinergicznymi.

Jakie metody leczenia wysiłkowego NTM, oprócz metod zachowawczych i farmakoterapii, oferuje współczesna medycyna?

Kolejne metody leczenia wysiłkowego NTM to metody chirurgiczne. Są one bardzo powszechne (stosowane prawie od 100 lat) i skuteczne, niestety, w niektórych przypadkach, obarczone komplikacjami i koniecznością kilkutygodniowego okresu rekonwalescencji, poprzedzającym powrót pacjentki do codziennej aktywności. Obec-

nie dzisiejszy brak jest wystarczającej ilości dowodów, by porównać zabiegi chirurgiczne z innymi zabiegami o małej inwazyjności. Wielu ekspertów zaleca jednak, przed rozpoczęciem terapii inwazyjnej, wykorzystanie procedur nieinwazyjnych lub mało inwazyjnych. Użycie beznapięciowej taśmy pochwowej jest nadal najczęściej stosowaną i skuteczną procedurą, mimo że istnieją doniesienia kliniczne o występujących czasem komplikacjach. W leczeniu chirurgicznym wysiłkowego NTM najczęściej wykonywane zabiegi to: TVT - dostęp załonowy, TOT - dostęp przez otwory zasłonowe, sling łonowo-pochwowy z powięzi własnej, kolposuspensja Burcha, podwieszenie szyi pęcherza moczowego metodą Marshall-Marchatti-Krantz oraz metoda Mini Sling.

Jakie zatem inne, minimalnie inwazyjne techniki zabiegowe, wykonywane są najczęściej?

Obecnie coraz częściej w terapii wysiłkowego NTM stosuje się zabiegi o minimalnym stopniu inwazyjności, takie jak: laseroterapia, przezcewkowe ostrzykiwanie tkanek okołocewkowych materiałami niewchłanianymi takimi jak: bydlęcy kolagen GAX, teflon, silikon, a także tkanek autologicznych (tkanka tłuszczowa), czy elektrostymulacja lub magnetostymulacja.

Jakie znaczenie w leczeniu wysiłkowego NTM ma laseroterapia? Na czym polega ta terapia?

Laseroterapia w wysiłkowym NTM obejmuje zastosowanie lasera Erbowo-Yagowego według procedury FOTONA INTIMA, a także lasera CO2. W laseroterapii nietrzymania moczu wykorzystuje się wpływ światła laserowego na tkanki organizmu żywego poprzez efekty: fotochemiczne, fototermiczne, fotoablacyjne, fotomechaniczne. Metoda FOTONA INTIMA uwzględnia specyficzne właściwości fizyczne promienia laserowego, a obserwowane zmiany w różnych rodzajach tkanek, możemy określić jako tzw. efekty wtórne działania promieniowania laserowego, bardzo dla pacjentki korzystne. Zaliczamy do nich: efekty biostymulacyjne, przeciwbólowe, przeciwzapalne. Warto dodać, że w trakcie zabiegu, naświetlanie ścian pochwy powoduje fototermiczne napięcie i obkurczenie okolicy przedniej ściany pochwy/tylnej pęcherza moczowego oraz cewki moczowej, a tym samym przywrócenie funkcji trzymania moczu.

Podsumowując: w terapii wysiłkowego nietrzymania moczu najważniejsze jest...

...po pierwsze - indywidualnie dobrana metoda leczenia. Po drugie, przed każdą decyzją dotyczącą zastosowania metod operacyjnych, wspólne z pacjentką omówienie możliwości leczenia zachowawczego lub zastosowania metod o niewielkim stopniu inwazyjności. Po trzecie, pamiętanie o tym, że wysiłkowe NTM można skutecznie leczyć.