

Współczesne możliwości leczenia różnych postaci NTM u kobiet i mężczyzn - cz. I

z prof. dr hab. n. med. Zbigniewem Wolskim, Prezesem Polskiego Towarzystwa Urologicznego, Kierownikiem Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy rozmawia Magdalena Kowalewska



Fot. Jaga Nowakowska

Jak w najbardziej przystępny sposób można sklasyfikować metody chirurgiczne stosowane w leczeniu nietrzymania moczu?

Nim powiemy o współczesnych sposobach operacyjnego leczenia nietrzymania moczu u kobiet i u mężczyzn czy leczenia nietrzymania moczu w ogóle, należy wspomnieć

przede wszystkim o tym, co nazywamy nietrzymaniem moczu, ponieważ z tej definicji wynikają konsekwencje diagnostyczne i lecznicze. Nietrzymaniem moczu według najnowszej klasyfikacji International Continence Society, czyli Międzynarodowego Towarzystwa Trzymania Moczu, nazywamy każdy mimowolny wyciek moczu nie tylko z cewki moczowej, ale również z przetoki pęcherzowo-pochwowej. Nietrzymanie moczu możemy podzielić na cztery grupy.

1. Nietrzymanie moczu z parć naglących, tj. wyciek moczu spowodowany niezależnymi od naszej woli skurczami pęcherza moczowego, właściwie wypieracza pęcherza moczowego, prowadzącymi do nieopanowanego wycieku moczu. Takie nietrzymanie moczu najczęściej jest określane jako zespół pęcherza nadreaktywnego lub - dokładniej mówiąc - nadreaktywnością mięśnia wypieracza tegoż pęcherza, w skrócie OAB. Pęcherz nadreaktywny rozpoznajemy również wtedy, kiedy pacjent nie jest dotknięty NTM. Do rozpoznania tego rodzaju objawów niekonieczne jest badanie urodynamiczne, ale wystarczy dzienniczek mikcji. OAB rozpoznawane jest według danych europejskich u co piątej pacjentki, u mężczyzn o połowę rzadziej i częściej wiąże się z rozrostem łagodnym stercza.
2. Wysiłkowe nietrzymanie moczu, tj. wyciek moczu pojawiający się przy wzroście ciśnienia śródbrzusznego, przy wszelkich wysiłkach fizycznych czy gwałtownych ruchach (bieganiu, tańcu).
3. Mieszane nietrzymanie moczu, tj. wyciek moczu występujący wtedy, kiedy obserwujemy zarówno objawy z parć i z wysiłkowego NTM. By stwierdzić tę chorobę wymagane jest przeprowadzenie bardziej dokładnych badań specjalistycznych.

4. Nietrzymanie moczu związane z przetokami pęcherzowo-pochwowymi (rzadziej występujące), powstałymi najczęściej po operacjach ginekologicznych, naswietlaniach lub też NTM z przepelnienia pęcherza moczowego, spowodowane nadmiernym zaleganiem moczu w pęcherzu i ulewaniem się z tego pęcherza, pomimo że wszystkie inne mięśnie działają prawidłowo.

Istnieją bardzo proste testy diagnostyczne, które pozwalają rozpoznać postacie NTM. Pytania, które powinien zadać lekarz ogólny, rodzinny, powinny brzmieć:

1. Czy w ostatnich trzech miesiącach zauważyła Pani/Pan wyciek moczu, nawet niewielki?
2. Czy w ostatnich trzech miesiącach wyciek moczu nastąpił podczas parcia lub nagłej potrzeby opróżnienia pęcherza, w sposób, który uniemożliwił Pani/Panu zdążenie do toalety?
3. Czy podczas ostatnich trzech miesięcy wyciek moczu występował częściej podczas wykonywania czynności takich jak kaszel, kichanie, odczuwanie parcia, potrzeby opróżnienia pęcherza, braku czynności, braku odczuwaniu parcia, czy też podczas wykonywania czynności fizycznych?

W zależności od odpowiedzi pacjenta na te pytania, możemy określić rodzaj NTM. Jeśli wyciek moczu następował podczas wykonywania czynności fizycznych, to u pacjenta przeważa nietrzymanie moczu wysiłkowe, jeżeli podczas odczuwania parcia, jest to nadreaktywny pęcherz, jeśli zaś wyciek następował przy braku czynności fizycznych, trzeba szukać innej przyczyny. Natomiast gdy wyciek moczu odbywa się przy wysiłku fizycznym i podczas parcia - jest to postać mieszana.

W zależności więc od rodzaju NTM stosujemy różne metody leczenia. Pamiętać jednak trzeba, że leczenie operacyjne jest zazwyczaj końcowym etapem terapii NTM. Nie można zapomnieć o możliwości leczenia farmakologicznego, ćwiczeniach rehabilitacyjnych, neurostymulacji mięśni krocza, czy też ćwiczeniach mięśni Kegla.

Jakie wyróżniamy operacyjne metody leczenia nietrzymania moczu?

Jedną z kategoryzacji operacyjnych metod leczenia NTM jest podział na: bardziej inwazyjne oraz mniej inwazyjne. Metody bardziej inwazyjne to operacje otwarte z dostępu

brzusznego pozapęcherzowego lub operacje z dostępu pochwowego u kobiet.

Metody mniej inwazyjne, stosowane w lżejszych postaciach nietrzymania moczu, przede wszystkim w NTM z powodu parć naglących, w przebiegu pęcherza nadreaktywnego, lub też nadczynności mięśnia wypieracza, to np. metody polegające na zmniejszaniu skurczów dodatkowych przez porażenie receptorów, które odpowiadają za skurcz mięśnia wypieracza pęcherza moczowego przez np. podanie toksyny botulinowej, czyli jadu kiełbasianego. Innym sposobem mniej inwazyjnym w leczeniu specyficznych postaci NTM jest neuromodulacja krzyżowa.

Kolejny podział form leczenia nietrzymania moczu to podział w zależności od płci. Inaczej bowiem leczymy NTM u kobiet, a inaczej u mężczyzn.

Jakim metodom operacyjnym stosowanym w leczeniu nietrzymania moczu mogą poddać się kobiety?

U prawie połowy wszystkich kobiet ok. 60 roku życia występują niestety różne postaci NTM. Jest to więc problem społeczny. Trzeba również od razu zaznaczyć, że u kobiet najczęstszą przyczyną nietrzymania moczu jest NTM wysiłkowe. Może wystąpić ono wtedy, kiedy pojawiają się objawy związane z obniżeniem ścian pochwy, obniżeniem elastyczności pochwy, obniżeniem elastyczności wszystkich elementów podtrzymujących cewkę moczową, pęcherz, obniżeniem tylnej ściany pęcherza czy przedniej ściany pochwy. Wszystkie te elementy w związku z upływem czasu, zaburzeniami hormonalnymi i z wiekiem ulegają zwiotczeniu i wtedy dochodzi do wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet. Mieszane nietrzymanie moczu łączy natomiast w sobie objawy obu rodzajów: z parć i z wysiłkowego.

W jednym i w drugim przypadku można zastosować jako standardową metodę leczenie podwieszaniem i podparciem taśmami. Można próbować również wykonać leczenie korygujące przednią ścianę pochwy, a więc wszelkie operacje niwelujące obniżenie lub wypadanie narządu rodnego. Mniej inwazyjnym sposobem leczenia postaci specyficznych nietrzymania moczu jest neuromodulacja krzyżowa.

Formą leczenia stosunkowo mało inwazyjnego, zwłaszcza NTM z powodu parć, kiedy nieskuteczne jest leczenie farmakologiczne lekami antycholinergicznymi, jest wstrzykiwanie do ściany pęcherza podczas cystoskopii toksyny botulinowej – preparatu, który często stosują neurologi, a urodziny od kilku lat. Poraża się wtedy receptory odpowiadające za nadmierny skurcz mięśnia wypieracza.

Należy pamiętać, że zanim zastosuje się leczenie inwazyjne, tj. zakładanie taśm, powinno się zastosować fizykoterapię, czyli ćwiczenie mięśni dna miednicy, jak również elektrostymulację tych mięśni lub należy spróbować połączyć te metody z farmakologią, czyli leczeniem lekami antycholinergicznymi (albo nową generacją leków, które działają na inne receptory w pęcherzu). Wtedy skuteczność tych

wszystkich metod nieinwazyjnych jest zbliżona do skuteczności sposobów leczenia operacyjnego, jednak tylko w sytuacji, kiedy wysiłkowe NTM nie jest bardzo nasilone (w pierwszym czy drugim stopniu).

Leczenie nietrzymania moczu metodą neuromodulacji krzyżowej - na czym polega i jakie korzyści przynosi zastosowanie tej terapii?

Neuromodulacja krzyżowa jest metodą bardzo nowoczesną, którą chcemy wprowadzić w Polsce. Praktycznie w naszym kraju nie było wykonywanych żadnych operacji tego typu, poza jedną. Ten rodzaj operacji jest zarezerwowany dla różnych postaci NTM, ale głównie w przypadku pęcherza nadreaktywnego/nadaktywnego. Neuromodulacja krzyżowa polega na hamowaniu jednych, a wzmacnianiu innych bodźców nerwowych, które odpowiadają za trzymanie moczu, jak i za pojawienie się skurczów dodatkowych mięśnia wypieracza. Innym wskazaniem do leczenia neuromodulacją krzyżową jest również przewlekły lub okresowo nawracający ból miednicy, wskazujący na zaburzenia czynności dróg moczowych, rodnych. Zespół ten rozpoznaje się tylko wtedy, kiedy wykluczmy inne patologie w obrębie miednicy mniejszej: zakażenia dolnych dróg moczowych, kamice pęcherza czy kamice dolnych dróg moczowych, guzy pęcherza.



Fot. Materiały Medtronic

Neuromodulacja krzyżowa polega na stymulowaniu prądem elektrycznym generowanym z małego urządzenia umieszczonego pod skórą podbrzusza. Stymulacja aktywuje jeden szlak nerwowy, który prowadzi do modyfikacji istniejących już dróg przewodzenia i odruchów. Neuromodulację wykonuje się w ten sposób, iż odpowiednie elektrody w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym wprowadza się przez otwory krzyżowe w kości krzyżowej, tam gdzie znajdują się odpowiednie nerwy unerwiające pęcherz moczowy. Neuromodulacja działa zarówno na poziomie obwodowym, czyli na pęcherz, jak i w odwrotnym kierunku - w kierunku mózgowia. Zaletą neuromodulacji jest mała inwazyjność, możliwość przerwania działania, usunięcia elektrod, powtórzenia jej

po jakimś czasie, jak i to, że neuromodulacja może odzwierciedlać prawidłowe systemy pobudzania i hamowania pęcherza moczowego. Ten proces odbywa się przez nerwy sromowe. Cała ta procedura na razie nie jest refundowana przez NFZ, stąd też działania Polskiego Towarzystwa Urologicznego w kierunku wprowadzenia refundacji neuromodulacji, chociaż dla kilkudziesięciu pacjentów rocznie. Urządzenie używane przy tej metodzie jest bardzo drogie. Neuromodulacja krzyżowa jest wysoko oceniana w wielu krajach na Zachodzie (gdzie została wprowadzona w latach 90-tych). Skuteczność tej metody, w przypadku naglącego nietrzymania moczu, to 80%; u połowy pacjentów leczonych tą metodą dochodzi do całkowitego ustąpienia objawów. Natomiast w przypadku parć naglących, neuromodulacja jest skuteczna u ok. 60% pacjentów.

Jak wysoka jest skuteczność leczenia farmakologicznego?

Skuteczność tej terapii w lżejszych postaciach parć naglących oraz nietrzymania moczu z parć jest dosyć wysoka u $\frac{3}{4}$ pacjentów. Leczenie farmakologiczne w ramach NFZ jest refundowane częściowo. Są to leki antycholinergiczne, bardzo skuteczne, niestety jednak, z licznymi objawami ubocznymi, więc nie wszyscy pacjen-

ci mogą je stosować. Czynnikiem wykluczającym możliwość stosowania tych leków jest np. jaskra. Niektórzy skarżą się na suchość w ustach, zaparcia. Warto wspomnieć, że istnieją obecnie nowoczesne leki, na których rejestrację czekamy i może one pozwolą na szersze stosowanie leczenia farmakologicznego, zwłaszcza u tych chorych, którzy nie mogą stosować klasycznych leków antycholinergicznych.

Jak, Pana zdaniem, wygląda jakość operacyjnego leczenia NTM w Polsce? Czym możemy się szczycić, czy coś powinno ulec poprawie?

Jakość leczenia jest wysoka na skutek wykonywanej coraz częściej, dzięki refundacji, implantacji sztucznego zwieracza u mężczyzn, a taśm u kobiet. Korekcie i poprawie powinien ulec system refundacji farmakologicznego i dopęcherzowego oraz neuromodulującego leczenia nietrzymania moczu przez NFZ. Pamiętajmy, że NTM to ważny problem społeczny, dotyczący, niestety, coraz większej liczby osób. Zarówno kobiet jak i mężczyzn.

W kolejnym numerze Kwartalnika NTM zaprezentujemy II część wywiadu z prof. Zbigniewem Wolskim, poświęconą głównie leczeniu operacyjnemu NTM u mężczyzn.

Operacje z użyciem taśm w województwie opolskim

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu wykaz placówek z województwa opolskiego, w których wykonuje się refundowane zabiegi operacyjne z powodu nietrzymania moczu, przy użyciu taśm syntetycznych. Według uzyskanych przez nas danych, w regionie, tego typu operacje, przeprowadza się w 5 placówkach. Zabiegi stosowane w leczeniu NTM wykonywane są zarówno w oddziałach ginekologicznych, jak i urologicznych.

Porównując obecną sytuację ze statystykami z 2010 roku, sytuacja uległa poprawie. Wówczas informacje o wyko-

nywanych zabiegach przekazały nam 4 placówki.

Obecnie na 32 publiczne oraz prywatne szpitale w województwie, które dysponują 13 oddziałami ginekologicznymi, ginekologiczno-położniczymi oraz ginekologii onkologicznej i 5 oddziałami urologicznymi (źródło: www.rpwdl.csioz.gov.pl), 5 placówek specjalizuje się w leczeniu nietrzymania moczu metodą operacyjną. Poniżej prezentujemy ich listę, z uwzględnieniem liczby zabiegów przeprowadzonych przez poszczególne placówki w 2013 roku.

ROK	NAZWA ŚWIADCZENIODAWCY	SIEDZIBA	NAZWA ODDZIAŁU	L. ZABIEGÓW
2013	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Opolu	Opole, ul. Krakowska 44	ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY	1
2013	Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. NZOZ Szpitala Powiatowego w Kluczborku	Kluczbork, ul. M.C. Skłodowskiej 23	ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY	29
2013	Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.	Krapkowiec, os. XXX-lecia 21	ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY	27
2013	Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A.	Namysłów, ul. Oleśnicka 4	ODDZIAŁ UROLOGICZNY	7
2013	Klinika Nowa 3 Sp. z o.o.	Kędzierzyn-Koźle, ul. Łukasiewicza 23	ODDZIAŁ UROLOGICZNY	9
SUMA				73