

Wybór metody leczenia NTM coraz trudniejszy

Najnowsze doniesienia z kongresu Europejskiego Towarzystwa Urologicznego

dr n. med. Bartosz Dybowski, urolog

Katedra i Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

W lutym b.r. odbył się 27. Kongres Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (*European Association of Urology EAU*), który jest jednym z ważniejszych spotkań specjalistów urologii z całej Europy. Podczas tegorocznego spotkania wiele miejsca poświęcono zagadnieniom nietrzymania moczu. Zaprezentowano m. in. nowe zalecenia dla lekarzy, rekomendacje oraz najnowsze wyniki badań. Poniżej prezentuję kilka nowych faktów dotyczących różnych form leczenia nietrzymania moczu, o których była mowa podczas kongresu.

Leki nowej i starej generacji

Mirabegron - to pierwszy lek z nowej grupy farmaceutycznej przeznaczony do leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego. Podczas Kongresu zaprezentowano wyniki badań porównujące go z lekami cholinolitycznymi, stanowiącymi obecnie standard leczenia nieinwazyjnego. Stwierdzono porównywalną skuteczność i rzadsze występowanie suchości jamy ustnej. Występowanie innych powikłań było sporadyczne, raczej nie związane z przyjmowanym lekiem i nie występowało częściej niż w grupach otrzymujących standardowe leczenie.

Estrogeny - podsumowano wiedzę na temat wpływu estrogenów na nietrzymanie moczu. Duże badania wykazały ostatnio, że systemowe stosowanie hormonów (tabletki, plastry) nie wpływają na poprawę, a wręcz znacznie zwiększają ryzyko wystąpienia wysiłkowego i mieszanego nietrzymania moczu. Korzyść pacjentom mogą przynieść zaś preparaty do stosowania miejscowego.

Nieinwazyjna elektrostymulacja krzyżowa

W Paryżu zaprezentowano wyniki przezskórnej elektrostymulacji okolicy krzyżowej rdzenia kręgowego. Neu-



Fot. Photogenica Sp. z o.o.

rostymulacja jest metodą służącą do leczenia opornego na leki pęcherza nadreaktywnego oraz nietrzymania moczu z parć. Klasyczna technika wymaga wprowadzenia do kanału kręgowego elektrody podłączonej do stymulatora przypominającego stymulator serca. Lekarze z kilku amerykańskich ośrodków oraz ze Szwecji przedstawili wyniki zastosowania modyfikacji polegającej na użyciu elektrody przyklejanej do skóry w okolicy krzyżowej. Za pomocą pilota pacjent może włączyć lub wyłączyć urządzenie oraz dostosować siłę stymulacji. W badaniach zaobserwowano, że u około połowy z zakwalifikowanych pacjentów efekty leczenia były bardzo wyraźne. W tej grupie początkowo 25%, a po 4 tygodniach 32% pacjentów, przestało popuszczać mocz. Trzeba dodać, że do badania zakwalifikowano wyłącznie osoby, które nieskutecznie próbowano leczyć farmakologicznie bądź innymi metodami zachowawczymi. Urządzenie o nazwie VERV™ zostało zarejestrowane w Wielkiej Brytanii lecz aby móc stosować tę technikę rutynowo, niezbędna jest większa ilość badań klinicznych.

Zaskakująco słaba skuteczność uznanych operacji

Najbardziej powszechną techniką leczenia NTM jest obecnie przezpochwowe wszczepianie taśm polipropylenowych pod cewkę moczową. Istnieją dwa różne sposoby przeprowadzania taśmy: ku górze, w kierunku spojenia łonowego (metoda „załonowa”; TVT) oraz bocznie od

pochwy w kierunku wewnętrznej powierzchni ud (TOT). Dotychczasowe badania były zbyt niskie, aby ustalić, czy obie metody są równie skuteczne. Przełomowe w podejściu do obu metod może okazać się amerykańskie badanie o nazwie TOMUS. To jedno z najlepiej przygotowanych badań, w którym losowo stosowano jedną lub drugą technikę operacyjną.

24-miesięczną obserwację ukończyło aż 516 (88,5%) kobiet. Wyższą skuteczność zarówno w ocenie subiektywnej, jak i obiektywnej zanotowano dla taśm załonowych (TVT). Całkowicie „suchymi” pozostawało (we własnej ocenie) 55,7% kobiet z TVT oraz 48,3% pacjentek z TOT. Można więc mówić o niezbyt dużej, ale potwierdzonej statystycznie różnicy na korzyść starszej techniki (TVT). Już po 12 miesiącach odsetek całkowicie wyleczonych wynosił zaledwie 56-62% i spadł o kolejnych 7% w ciągu następnych miesięcy. Są to znacznie gorsze wyniki niż dotychczas prezentowano. W tym badaniu, podobnie jak w opisanym poniżej, kryterium wyleczenia był brak stwierdzenia wycieku moczu u kobiet. Główną różnicę między obiema metodami stanowią powikłania. Oto najważniejsze z nich:



Badania wskazują, że stopień zadowolenia z efektu leczenia był dużo wyższy niż odsetek wyleczeń. Wynosił 86,3% dla pacjentek z TVT i 88,1% dla kobiet z TOT.

Osobno oceniono również wpływ obu operacji na aktywność seksualną. W obu grupach zanotowano dużą poprawę funkcji seksualnych wśród kobiet utrzymujących tę aktywność. Wpływ na to mają niewątpliwie dwa fakty: ustąpienie nietrzymania moczu występującego podczas stosunku oraz zmniejszenie bólu związanego ze współżyciem.

Badanie TOMUS jest bardzo dużym, trudnym do powtórzenia przedsięwzięciem, pomimo to obecnie nie pozwala przewidzieć skuteczności leczenia na okres dłuższy niż dwa lata.

Co dzieje się później? Na to pytanie odpowiada inne, równie poważne, amerykańskie badanie porównujące dwie klasyczne operacje: podwieszenia pochwy (operacja sp. Burcha) oraz podwieszenia szyi pęcherza za pomocą własnej powięzi (sling powięziowy). Obydwa zabiegi wykonywane są przez cięcie w dole brzucha i są uznane od kilkadziesiąt lat jako standard postępowania. Po 5 latach spośród 482 kobiet pozostających w obserwacji tylko 24% kobiet po operacji sp. Burcha i 31% po zastosowaniu slingu powięziowego nie popuszczało moczu. Zadowolenie z efektu leczenia potwierdziło odpowiednio 83% i 73%. Większa skuteczność przełożyła się na większe zadowolenie mimo, że część kobiet musiała po założeniu slingu przejściowo cewnikować się. Dopóki nie poznamy wyników 5-letnich obserwacji z badania TOMUS, nadal należy uznawać założenie slingu powięziowego za najskuteczniejszą z dostępnych obecnie metod, choć raczej zarezerwowaną dla kobiet z ciężką postacią tej choroby, po wcześniejszych nieskutecznych próbach leczenia operacyjnego, akceptujących samocewnikowanie.

Czynniki wpływające na leczenie zabiegowe

Podczas kongresu podsumowano również czynniki, które mają wpływ na skuteczność leczenia zabiegowego. Są to: nasilenie i czas trwania objawów, przebycie zabiegów z powodu nietrzymania moczu, nadreaktywność pęcherza moczowego. W przypadku TVT większe ryzyko perforacji pęcherza występuje u osób otyłych. Mimo, że zabiegi założenia taśmy uważane są przez wielu za łatwe, to znaczenie doświadczenia i częstego ich wykonywania przez chirurga jest niepodważalne.

Piśmiennictwo u autora

Powikłania	TVT	TOT
Zakażenia układu moczowego	17% (!)	11%
Dodatkowe zabiegi mające na celu poluzowanie taśmy	3% (!)	0%
Przetrwale nietrzymanie moczu z parć naglących	14%	12,7%
Rozejście się rany i uwidocznienie taśmy w pochwie	4,4%	2,7%
Przebicie pęcherza moczowego	5% (!)	0%
Ból zgłaszany przez pacjentkę po co najmniej 6 tyg. od operacji	2,3%	2%
Miejscowe objawy neurologiczne (drętwienie, osłabienie siły mięśniowej)	5,4%	9,7% (!)
Przebicie ściany pochwy	2%	4,3%