



Wysiłkowe nieдержание moczu mężczyzn

dr n. med. Piotr Dobroński

Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie

dr n. med. Piotr Radziszewski

Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie

dr n. med. Robert Kozłowski

Ordynator Oddziału Urologii

Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Białymstoku

prof. dr hab. med. Andrzej Borkowski

Kierownik Katedry i Kliniki Urologii AM w Warszawie

Etiologia

Wysiłkowe NTM (WNTM) u mężczyzn zdarza się po najczęściej po operacjach prostaty, najczęściej po prostatektomii radykalnej (PR). Terminem tym określane jest całkowite wycięcie prostaty i pęcherzyków nasiennych z powodu raka prostaty. Według różnych opracowań w rok po PR częstość WNTM wynosi 5-60 proc. W relacjach chorych jest dwu-, trzykrotnie częstsze niż w ocenach lekarzy. Należy pamiętać, że stan kontynencji po PR ulega poprawie do 1-2 lat po operacji. Nie każdy przypadek nietrzymania moczu po PR jest przypadkiem WNTM. Czyste WNTM stanowi ok. 1/3 przypadków, a w dalszych 20% współistnieje z nietrzymaniem z parć (tzw. mieszane NTM). Pozostali chorzy mają nietrzymanie z parć, które skutecznie można leczyć farmakologicznie. Do precyzyjnego rozpoznania i leczenia konieczne jest badanie urodynamiczne. Wystąpienie WNTM zależy od wielu, nie zawsze jasnych i dających się zidentyfikować czynników. Większe ryzyko NTM mają chorzy starsi, ze współistniejącymi chorobami neurologicznymi (np. u chorych z MSA ryzyko NTM po PR sięga 100%), po przebytej radioterapii i elektrotresekcji przezcewkowej prostaty (TURP). Nie bez znaczenia wydaje się być technika chirurgiczna: oszczędzenie pęczków naczyniowo-nerwowych (jeśli względy onkologiczne na to pozwalają), technika preparowania szyi pęcherza moczowego, sposób preparowania szczytu prostaty i zespolenia cewkowo-pęcherzowego.

Nietrzymanie moczu dotyczy, według różnych źródeł, 3-11 proc. mężczyzn. Zapadalność na NTM wzrasta z wiekiem i według jednego z opracowań cytowanych przez ICS w przedziale wieku 50-59 lat wynosi - 0,7 proc., 60-69 lat - 2,7 proc., a powyżej 70 lat - 3,4 proc. Nietrzymanie wysiłkowe stanowi poniżej 10% wszystkich przypadków i zawsze związane jest z niedomogą zwieracza zewnętrznego. Zwieracz ten zbudowany jest z włókien mięśni poprzecznie prążkowanych zależnych od woli. Jego część zewnętrzna stanowi część mięśni dna miednicy, a część wewnętrzna otacza pierścieniem cewkę moczową w jej odcinku błoniastym, tuż poniżej wierzchołka prostaty (stercza, gruczołu krokowego). Drugi ze zwieraczy cewki mężczyzny zbudowany jest z włókien mięśni gładkich i jego działanie jest niezależne od woli. Zwieracz wewnętrz-

ny stanowi część szyi pęcherza moczowego i cewki moczowej w jej części sterczowej. Zrozumienie podstaw anatomii zwieraczy cewki moczowej pozwala na zrozumienie mechanizmu wysiłkowego NTM mężczyzn.

Dlaczego poruszamy więc ten rzadko występujący problem? Przyczyn jest kilka. Po pierwsze, wysiłkowe NTM mężczyzn jest trudne w leczeniu, ale nie nieuleczalne. Po drugie, często spada ono na chorego niespodziewanie: po złamaniu miednicy, operacji prostaty, zwężenia tylnej cewki moczowej lub innej operacji w miednicy małej. Jeśli występuje jako powikłanie po operacji to powoduje zrozumiały niepokój i żal, a często rozpacz chorego oraz frustrację operującego go urologa lub chirurga. Po trzecie, pojawiają się nowe metody leczenia wysiłkowego NTM u mężczyzn i mamy nadzieję na znaczny postęp w tej dziedzinie na początku XXI wieku.

Znacznie rzadziej WNTM występuje po operacjach z powodu łagodnego rozrostu prostaty: elektrosekcji przezcewkowej (TURP) lub - obecnie rzadziej wykonywanej - operacji otwartej usunięcia gruczolaka prostaty (adenomektomii). Częstość występowania tego powikłania nie przekracza 0,5-1 proc. W czasie tych zabiegów usuwana jest przerosnięta część gruczołu krokowego zwana gruczolakiem, która otacza cewkę sterczową, ale zawiera także zwieracz wewnętrzny cewki. Tak więc jedynym zwieraczem decydującym o kontynencji po tych zabiegach jest zwieracz zewnętrzny. Jeśli w czasie zabiegu dojdzie do porażenia lub uszkodzenia tego zwieracza może wystąpić przejściowe lub trwałe WNTM. Podobnie jednak jak po PR, jedynie około 1/3 przypadków NTM po TURP ma charakter czysto zwieraczowy, t.j. wysiłkowy, a pozostałe przypadki to (po około 50 %) mieszane NTM i nietrzymanie z parcia. Po TURP ryzyko wystąpienia WNTM jest znacznie większe, jeśli zabieg ten jest wykonywany z powodu zatrzymania moczu u chorego z rakiem prostaty.

Innymi przyczynami wysiłkowego NTM moczu bywa złamanie miednicy, któremu towarzyszy rozerwanie cewki moczowej tylnej i zwieracza zewnętrznego. Wiąże się to z uszkodzeniem samych mięśni, jak i nerwów zaopatrujących zwieracz. Ryzyko NTM jest znacznie większe u chorych, którzy są poddawani natychmiastowej operacji rozerwanej cewki. Późniejsza, odroczone o kilka miesięcy operacja, jest obarczona mniejszym ryzykiem NTM (około 4-5%), choć ryzyko to nadal istnieje. Wysiłkowe NTM może wystąpić także po innych operacjach w miednicy małej, najczęściej są to rozległe operacje onkologiczne prowadzące do uszkodzenia nerwów splotów miedniczego i podbrzusznego oraz gałęzi nerwu sromowego. U tych chorych kontrola zwieracza często powraca po kilku miesiącach po operacji. Wysiłkowe NTM może występować także w schorzeniach neurologicznych, na ogół towarzyszą mu zaburzenia czynności mięśnia wypieracza pęcherza moczowego.

Szczególnie trudny problem stanowią chorzy po przebytych złamaniu, którzy nieraz w wiele lat po urazie są poddawani operacji z powodu przerostu prostaty. U tych chorych trzymanie moczu zapewnia jedynie zwieracz wewnętrzny. Operacja prostaty, w czasie której zawsze usuwany jest zwieracz wewnętrzny prawie nieuchronnie prowadzi do WNTM.

Leczenie

Do metod leczenia zachowawczego należą: fizykoterapia, farmakoterapia oraz zabezpieczenia mechaniczne (cewniki zewnętrzne,

zaciski zakładane na prącie zamykające cewkę prąciową). Fizykoterapia najczęściej stosowana jest w WNTM do 12-24 miesięcy po operacjach prostaty. Wtedy możemy się jeszcze spodziewać poprawy czynności zwieracza zewnętrznego i nie kwalifikujemy chorych do leczenia operacyjnego. Skuteczność tych metod sięga 60-95% w porównaniu z 25-81% w grupie nieleczonych.

Farmakoterapia za pomocą leków stymulujących receptory alfa adrenergiczne (fenylefryna, efedryna) lub blokujących receptory beta adrenergiczne ma wartość bardzo wątpliwą. Pewne nadzieje stwarza lek nowej generacji, duloksetyna.

Działa on na poziomie struktur rdzenia kręgowego tzw. jąder Onufa.

W leczeniu zabiegowym istnieją 3 podstawowe metody - wstrzyknięcia substancji uszczelniających szyję pęcherza moczowego, operacje pętlowe („sling”) i ich liczne warianty oraz implantacja sztucznego zwieracza hydraulicznego. Praktycznie zaniechano różnych wersji operacji Kaufmanna, polegających na zbliżeniu lub skrzyżowaniu ciał jamistych prącia pod cewką opuszkową, bądź wszczepieniu pomiędzy ciała jamiste poduszczonego silikonowej. Sporadycznie stosowane są operacje plastyczne na szyi pęcherza mające na celu wydłużenie cewki moczowej (np. operacja Tanagho, Young-Dees czy Laedbettera). Znajdują one zastosowanie w leczeniu operacyjnym NTM w przebiegu wierzchniactwa u dzieci.

Najskuteczniejszą metodą leczenia WNTM mężczyzn jest implantacja sztucznego zwieracza hydraulicznego. Obecnie stosowanym modelem jest AMS 800. Działanie tego urządzenia polega na zamykaniu i otwieraniu mankietu wszczepionego wokół szyi pęcherza lub cewki opuszkowej. Włączana za pomocą przełącznika umieszczonego pod skórą moszny pompka przepompowuje płyn ze zbiornika (umieszczonego w jamie brzusznej lub przestrzeni przedpęcherzowej) do mankietu, co powoduje jego zaciśnięcie i zatrzymanie wycieku moczu. Opróżnienie mankietu otwiera cewkę i umożliwia oddanie moczu. Jest to metoda bardzo skuteczna. Około 95% pacjentów odzyskuje kontynencję po zabiegu, a po około 5 latach nadal 85% chorych trzyma moc. Problemem jest wysoki koszt zwieracza (ok. 6000 \$) i konieczność wymiany jego elementów po ok. 10 latach. U około 5-10% chorych zdarzają się problemy (erozja, zagięcia przewodów) wymagające ponownej operacji i naprawy lub usunięcia zwieracza. Istnieją także przeciwwskazania do wszczepienia sztucznego zwieracza. Są to m.in. zespół pęcherza nadreaktywnego, zwężenie cewki moczowej i zakażenie dróg moczowych.

Operacje typu sling polegają na wprowadzeniu pod cewkę moczową opuszkową paskę z naturalnego lub syntetycznego materiału, który powoduje ucisk cewki. Ostatnio zaczęto stosować łąty polipropylenowe mocowane za pomocą mikroktwiczek do kości kulszowych (np. zestaw InVance, AMS). Operacje te charakteryzuje znacznie niższy koszt i nieco niższa skuteczność (około 85% bezpośrednio po zabiegu i 75% po 5 latach). Trudnym problemem jest uzyskanie optymalnego napięcia taśmy, która jednocześnie zapewni kontynencję i nie spowoduje trudności w opróżnianiu pęcherza. Istnieją dostępne zestawy pozwalające na regulację napięcia taśmy po operacji (np. Reemex), co umożliwia zarówno zwiększenie zbyt niskiego napięcia przy obecności przetrwałego NTM, jak i zmniejszenie napięcia w przypadku nasilonych trudności w mikcji czy zatrzymania moczu.

Wstrzyknięcia okołocewkowe są najmniej skuteczne spośród klasycznych metod leczenia chirurgicznego. Zasada ich działania jest uszczelnienie szyi pęcherza moczowego. Stosowane są liczne substancje (silikon - Macroplastique, kolagen wołowy- Zyplast, kolagen świni - Permacol, mikrokulki pokryte węglem - Durasphere, hydroksyapatyt - Coaptite, mieszanina dekstranomeru z kwasem hialuronowym - Zuidex), które podaje się najczęściej na drodze przezcewkowej przez cystoskop. Zaletą tej metody jest jej minimalna inwazyjność, możliwość powtarzania zabiegu i wykonania go w znieczuleniu miejscowym.

Nowa metoda (adjustable continence therapy) polega na implantacji baloników o regulowanej objętości w okolicy szyi pęcherza (ACT po PR) lub szczytu prostaty (Pro ACT po TURP). Po operacji można dostosować objętość balonów dla uzyskania optymalnego wyniku. Wstępne wyniki są zachęcające, a odsetki chorych, którzy odzyskują kontynencję oscylują wokół 70%.

W razie przeciwwskazań do leczenia operacyjnego wymienionymi wyżej metodami lub ich niepowodzenia ostatecznością jest nadpęcherzowe odprowadzenie moczu lub zamknięcie cewki moczowej i wytworzenie szczelnej stomii (np. z wyrostka robaczkowego - tzw. operacja Mitroffanowa), przez którą chory opróżnia pęcherz za pomocą cewnika.

Podsumowanie

Trudny problem WNTM mężczyzn być może w najbliższych latach znajdzie skuteczne rozwiązania. Doskonalenie metod prostatektomii radykalnej i doskonała wizualizacja struktur miednicy w jej laparoskopowej wersji być może zmniejszy odsetek WNTM po prostatektomiach. Pojawia się nowe, skuteczne leki. Metody minimalnie inwazyjne coraz bardziej natomiast swą skutecznością zbliżają się do złotego standardu początku XXI wieku, jakim jest sztuczny zwieracz cewki.