

Nietrzymaniem moczu powinien zajmować się ten, kto się na tym zna

O specyfice pracy urologa i właściwym podejściu do leczenia schorzeń układu moczowo-płciowego z dr. hab. Bartoszem Dybowskiem z Oddziału Urologii Szpitala Kolejowego im. dr. Wł. Roeflera w Pruszkowie rozmawia Tomasz Michałek.

Ile ma Pan lat?

45.

W urologii to dużo czy mało?

Myszę, że to najlepszy wiek dla chirurga i dla urologa.

A ilu jest urologów w Polsce?

Twardych danych nie mam, ale spodziewam się, że ok. 1200.

Od wielu lat słyszę, że polską urologię zdominowała uroonkologia. Pan tę tezę potwierdza?

W sumie to dobrze byłoby, gdyby społeczeństwo traktowało nas jako lekarzy leczących nowotwory. Wydaje mi się, że spojrzenie przeciętnego Kowalskiego na urologa jest takie, że to „taki ginekolog od mężczyzny, co wkłada palec tam, gdzie nie trzeba i zajmuje się narządami płciowymi”. Rzeczywiście, zajmujemy się diagnostyką i leczeniem przerostu prostaty oraz chorób zewnętrznych narządów płciowych. Jednak tym, co zawsze staram się podkreślić w rozmowach z nie-lekarzami, jest fakt, że urologia w 50-70 proc. to onkologia. W naszym przypadku oznacza to zaangażowanie na każdym etapie: w akcje popularyzujące prewencję i badania przesiewowe, w diagnostykę i leczenie mające na celu wyleczenie pacjenta. Nie wiem, czy można powiedzieć, że onkologia nobilituje, ale w pewnym sensie chyba tak. Ale urologia to oczywiście nie jest wyłącznie specjalność onkologiczna, bo trzeba wymienić jeszcze co najmniej dwie bardzo duże gałęzie i szereg mniejszych, acz równie ważnych i ciekawych. Jedną z tych dużych jest urologia czynnościowa, która jest bardzo szerokim pojęciem, czasem niepotrzebnie zawężanym, a drugą - leczenie kamicy.

W takim razie porozmawiajmy chwilę o urologii czynnościowej. Mirabegron w pierwszej czy w drugiej linii leczenia farmakologicznego OAB?

Mirabegron pojawił się jako kolejny lek, właściwie pierwszy lek nowej grupy farmakologicznej służącej do



Dr hab. Bartosz Dybowski

Fot. Materiały dr hab. Bartosza Dybowskiego

leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego, więc tylko historycznie jest lekiem „drugim”. Czy w związku z tym powinien być stosowany w drugiej kolejności? To jest lek równie skuteczny i mający nieco lepszy profil bezpieczeństwa niż cholinolityki [leki antycholinergiczne, takie jak: solifenacyna, tolterodyna, oksybutynina etc. - przyp. red]. Dlatego uważam, że powinniśmy mieć pełny wybór między cholinolitykami a mirabegronem w dowolnej fazie leczenia OAB.

Powinien zostać zrefundowany?

Oczywiście. Wiemy, że tutaj wchodzi kwestie kosztów, rozmaitych negocjacji. Trzeba zrozumieć, że firma, która jest jedynym w tej chwili producentem jedyne leku w jedynej takiej klasie, musi też zarobić. Natomiast na pewno powinniśmy robić wszystko, żeby dostępność tego leku dla pacjentów była większa niż jest dzisiaj.

Czy jest jakaś alternatywa dla tego leku? A może jedyną alternatywą są cholinolityki?

Jeżeli chodzi o farmakoterapię, to tak. Oczywiście między cholinolitykami są różnice, ale nadal to jest ta sama grupa, obarczona tymi samymi działaniami niepożądanymi, lecz oczywiście charakteryzująca się dużą skutecznością, którą znamy.

A widzi Pan potrzebę pojawienia się nowych leków w leczeniu OAB?

To, że pojawiła się nowa grupa pod postacią właśnie beta 3-mimetyków (jej przedstawicielem jest mirabegron), to już zmieniło bardzo wiele. To tak jak w leczeniu innych przewlekłych chorób. Im więcej mamy grup leków, tym większe możliwości ich łączenia, zastępowania itp. Trudno mi powiedzieć nawet, co może wnieść nowy lek, gdyby stanowił zupełnie nowe podejście, natomiast z pewnością ułatwiłby leczenie trudnych przypadków.

Pęcherz nadaktywny, czy też, trzymając się bardziej rozpowszechnionej terminologii, zespół pęcherza nadreaktywnego, może być przyczyną nokturii?

Tak jest.

Czy powinniśmy się nokturii obawiać?

Obawiać się nie musimy, bo najczęściej wiemy, jak sobie z nią poradzić. Natomiast jest to objaw, na który warto zwracać szczególną uwagę, bo może prowadzić do zaburzeń snu i do całej kaskady rozmaitych niepożądanych zdarzeń, takich jak: zmęczenie, zaburzenia nastroju, urazy wywołane nocnymi wędrowkami do toalety, wybudzanie innych domowników. Nokturia jest, oprócz parć nagłych, jednym z najczęstszych objawów ze strony dolnych dróg moczowych, o które zawsze pytamy pacjentów i staramy się im w tym zakresie pomóc.

Trzeba jednak pamiętać, że nokturia prowokowana nadmierną nocną produkcją moczu, czyli nocną poliurią, często bywa objawem niewydolności serca, podwyższonego nocnego ciśnienia tętniczego albo zespołu bezdechów sennych. Tym bardziej nie wolno nam tego objawu bagatelizować.



Fot. Materiały dr hab. Bartosza Dybowskiego

Tak jak mirabegron staje się standardem w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego, tak standardem w leczeniu poliurii nocnej miała być desmopresyna. Czy Pana zdaniem tak się stało?

Mój mentor urologiczny, dr Janusz Judycki, który jest wybitnym, osiemdziesięcioletnim, ale wciąż aktywnym zawodowo urologiem, przyjął mnie dawno temu, w 1998 roku, do koła naukowego i podrzucił wówczas temat desmopresyny. Już wtedy ten lek był w Polsce dostępny, ale był stosowany głównie u dzieci z moczeniem nocnym. Tematem naszej pracy miało być zastosowanie desmopresyny w leczeniu nocnej poliurii i nokturii. To ile lat temu to było? 23. To chyba jest odpowiedź na pana pytanie. Są już nowe

formy tego preparatu. Pojawił się on w wytycznych dotyczących diagnostyki i leczenia nocnej poliurii. Na pewno w ostatnich kilku latach świadomość istnienia tego leku zwiększyła się wśród urologów. Natomiast nadal troszkę się boimy jego stosowania. Odczuwamy zapewne respekt przed zaburzeniami jonowymi, ale być może równie ważna jest świadomość, że trzeba poszukać przyczyny poliurii. A to wykracza już poza zakres naszej specjalizacji. Desmopresyna odgrywa ważną rolę w leczeniu tego objawu, ale nie może być traktowana jako panaceum.

Gdy leczenie zachowawcze nie pomaga, zostają nam zabiegi. W Polsce mamy to szczęście, że jest już z czego wybierać. I pozostając przy OAB, zacznę znowu od prostego pytania: neuromodulacja nerwów krzyżowych czy toksyna botulinowa?

To nie jest proste pytanie, ponieważ rozmawiamy o zabiegach zupełnie różnego kalibru. Dodatkowo, z neuromodulacją krzyżową polscy urolodzy mają jeszcze niewielkie doświadczenie. Z jednej strony to dobrze, że mają możliwość stosowania tej metody, ale od kiedy można ją stosować w Polsce? Od kiedy jest refundowana?

Od 2019 roku.

Właśnie, od dwóch lat. Doświadczenie większości z nas jest bardzo znikome. Głównie opiera się na wiedzy książkowej. Do tego publikowane badania obejmowały zwykle niezbyt liczne grupy pacjentów. Jednocześnie jest też pewną wątpliwością i niepokojem, i dla pacjenta, i dla lekarza, zwłaszcza urologa, żeby implantować coś, co dociera elektrodą wprost do układu nerwowego. Na dodatek jest to urządzenie dość dużych rozmiarów, które implantuje się pod skórę. Tymczasem stosowanie toksyny botulinowej jest prostsze, w zasadzie jest czymś elementarnym dla nas, urologów, i uznajemy to za zabieg, który można wykonywać w trybie ambulatoryjnym, w znieczuleniu miejscowym. Ryzyko powikłań jest nikłe. Nie wkraczamy w zakres innego układu, nie ingerujemy bezpośrednio w układ nerwowy. Podsumowując, ja sam mam jeszcze bardzo dużo respektu dla neuromodulacji krzyżowej, ale cieszę się, że w Polsce ta metoda jest już stosowana i że moi koledzy i koleżanki nabierają w tym doświadczenia. To jest niezmiernie cenne, bo bez tego doświadczenia nie będziemy mogli w pełni odpowiedzieć na zadane przez pana pytanie.

O ile panowie nie mają tego typu dylematów, o tyle wiele pań zastanawia się, do kogo udać się z problemem nietrzymania moczu. Do urologa czy do ginekologa? Co by im doradził dr hab. Bartosz Dybowski, podkreślił - specjalista urologii?

Kobiety zwykle odwiedzają ginekologa przez większość dorosłego życia. Do urologa wybierają się znacznie rzadziej, najczęściej w związku z objawem lub chorobą,

z którą lekarze innych specjalności nie mogą sobie poradzić. Wydaje się więc, że zawsze pierwszym lekarzem, z którym kobieta z nietrzymaniem moczu będzie chciała porozmawiać o tym objawie, będzie ginekolog. Pomijając już zupełnie kwestię niejasnego terminu „uroginekologia”, to zagadnienie wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet na pewno znajduje się na pograniczu dwóch dziedzin medycyny. I nie odkrywamy tutaj żadnej Ameryki, ponieważ chociażby w USA też jest na pograniczu. Wystarczy spojrzeć na afiliacje lekarzy biorących udział w wielośrodkowych badaniach dotyczących tego zagadnienia. Są tam i urolodzy, i ginekolodzy. Nietrzymaniem moczu u kobiet powinien zajmować się więc ten, kto się na tym zna i kto chce się tym zajmować. W związku z tym kobiety powinny trafiać do specjalistów, którzy chcą się poświęcić leczeniu zaburzeń czynnościowych dolnych dróg moczowych, w tym leczeniu nietrzymania moczu, i którzy potrafią samodzielnie radzić sobie z nieuniknionymi powikłaniami.

Przejdźmy do panów. Następnym terapii uroonkologicznych u mężczyzn, takich jak radykalna prostatektomia, radio- czy chemioterapia, często jest nietrzymanie moczu. Wtedy pojawia się opcja zwieracza hydraulicznego. Ponieważ jest to już jednak terapia wysoko inwazyjna, chciałbym zapytać, kiedy jest ona już niezbędną?

To akurat proste pytanie. Możemy ocenić, czy nietrzymanie moczu jest mało, średnio czy bardzo nasilone za pomocą odpowiednich testów. Zwieracz hydrauliczny jest niewątpliwie rekomendowany do zastosowania w przypadku nietrzymania moczu wysiłkowego o dużym natężeniu, trwającego rok od operacji, która spowodowała uszkodzenie funkcji zwieracza. Natomiast, o dziwo, pomimo że metoda implantacji zwieracza hydraulicznego jest w Polsce dostępna i refundowana od wielu, wielu lat, pacjenci, moim zdaniem, mają złą dostępność do tej techniki.

Dlaczego?

Wpływa na to wiele czynników. Po pierwsze, jest to technika operacyjna, która wymaga doświadczenia i nie powinien się nią zajmować każdy. Ryzyko różnych komplikacji, reoperacji, zdecydowanie wzrasta wraz z brakiem doświadczenia. Jest ono duże w przypadku ośrodków, które robią to kilka razy w roku. W tym przypadku musi być pewna centralizacja, być może nawet narzucona w jakiś sposób z góry. Jednocześnie dostęp do tych centralnych ośrodków powinien być dobry, a dzisiaj go nie ma. Mówię z punktu widzenia centralnej Polski, w której pacjenci miotają się, mając zapisywane na karteczkach nazwiska kolejnych lekarzy. Trafiają do ich gabinetów, a nawet wtedy mają kłopot i oczekują wiele miesięcy czy nawet lat na to, żeby móc uzyskać pomoc, po którą przyszli.

Co jest tego przyczyną?

Bloki operacyjne są zajęte przede wszystkim urologią on-

kologiczną. Brakuje w nich miejsca na dość kosztowny zabieg, jakim jest implantacja zwieracza hydraulicznego. Ten zabieg zabiera dużo punktów, z których większość jest zużywana na zakup samego urządzenia i daje zarazem nie-duży zysk szpitalowi. W związku z tym dyrekcje ośrodków niechętnie widzą w nich implantowanie dużej liczby tego typu urządzeń.

To ma znaczenie?

Olbrzymie. To nie są drobne rzeczy. To właśnie z tego wynikają problemy. Pacjenci nie mają do tej terapii dostępu i szukają go w prywatnych ośrodkach, płacąc za to horrendalne pieniądze. A przecież teoretycznie powinni mieć wykonaną tę terapię w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Na koniec muszę zapytać o robotykę. Jaki jest jej faktyczny wpływ na rozwój urologii w Polsce oczami specjalisty, przed którym jest jeszcze perspektywa wielu lat pracy?

Z punktu widzenia wyników czynnościowych prostatektomii radykalnej, a więc odsetka pacjentów trzymających moczu, a jeszcze lepiej odsetka pacjentów mających zachowany wzwód, to wprowadzenie urologii robotycznej powinno przyczynić się do poprawy wyników. Po pierwsze, jest to technologia, która generuje centralizację ośrodków. Nie będzie tak, że każdy oddział urologiczny będzie posiadał robota. Już teraz roboty pojawiają się w większych ośrodkach, z największą operatywą. Tak przynajmniej powinno być, bo powinni na nich pracować najlepsi specjaliści.

Drugi aspekt to ergonomia pracy. Prostatektomia z oszczędzeniem nerwów odpowiadających za wzwody i za trzymanie moczu jest operacją bardzo precyzyjną i żmudną. Użycie robota poprawia widoczność pola operacyjnego, które jest ukryte głęboko pod spojeniem łonowym. Nie męczy też tak bardzo urologa, dzięki czemu drugi kluczowy dla trzymanie moczu etap procedury, czyli zespolenie pęcherza z cewką moczową, może wykonywać nadal, dysponując dobrą koncentracją i pełną swobodą ruchów. W rozwoju robotyki w Polsce dopatruję się więc szans na poprawę wyników czynnościowych. To z kolei może przełożyć się na większe zaufanie pacjentów do urologów.

Z drugiej strony, nie należy się spodziewać poprawy wyników onkologicznych. Te nie zależą bowiem od techniki, lecz od odpowiedniej kwalifikacji i doszczędności [radykalności - przyp. red.] operacji. Dla pacjentów z miejscowo zaawansowanym rakiem prostaty ważniejszy obecnie wydaje się dostęp do protez i zwieraczy hydraulicznych niż do robota. Inaczej nadal pozostawiać będziemy po sobie inwalidów, chodzących do końca życia w pieluchach.

Dziękuję za rozmowę.