

# Nietrzymanie stolca ogranicza aktywność, budzi wstyd i zakłopotanie. Leczymy je!

Violetta Madeja

**N**ietrzymanie stolca to wstydlivy problem zdrowotny, z którym dużo częściej borykają się kobiety. O tym, jak można mu zapobiegać, a także jak się diagnozuje i leczy osoby dotknięte tą dolegliwością z prof. dr. hab. Tomaszem Banasiewiczem, kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, rozmawia Violetta Madeja.

## Jaka jest skala problemu nietrzymania kału (NTK) w Polsce? Ilu pacjentów może mierzyć się z tym problemem zdrowotnym?

Skala problemu, jakim jest inkontynencja stolca, jest trudna do określenia w polskiej populacji. Jest to zagadnienie wstydlive, traktowane często jako przypadłość, w której nic nie da się zrobić, albo jako wyznacznik wieku - wówczas pacjent słyzy, błędną w mojej ocenie, opinię, że w pewnym wieku z takimi problemami trzeba się pogodzić. Pacjenci mają więc poczucie, że nic się nie da z tym zrobić, przez co nie sygnalizują swoich problemów, a system ochrony zdrowia nie podejmuje działań, żeby poprawić komfort ich życia. W efekcie mamy do czynienia z błędnym kołem.

O skali problemu wiemy głównie na podstawie badań prowadzonych w krajach, gdzie jest on zdecydowanie efektywniej zarządzany i rozwiązywany, na przykład z Wielkiej Brytanii. Niestety, w przypadku NTK nie możemy mówić o równouprawnieniu, bo zdecydowanie częściej dotyka on kobiet.

W zależności od grupy wiekowej i płci, z nietrzymaniem stolca może zmagać się od kilku do nawet kilkunastu procent populacji. Szacuje się, że około 15-20 proc. osób w wieku 60 i więcej lat może mieć problem z NTK. To

przekłada się na realne liczby - setki tysięcy, a nawet milion osób, bo takie szacunki też widziałem, które borykają się z nietrzymaniem stolca.

## Czy to schorzenie zamyka pacjentów w domach?

Zdecydowanie tak. Bardzo często znacznie ogranicza ich aktywność, budzi wstyd i zakłopotanie, o którym wielokrotnie słyzałem z relacji moich pacjentów. Zazwyczaj przyznawali, że pierwszą reakcją było unikanie dłuższych wyjazdów. Pacjenci zaznaczają w telefonie wszystkie pobliskie toalety publiczne, czy wręcz zabierają ze sobą bieliznę na zmianę, w końcu nawet krótkie wyjścia z domu stają się dla nich wyzwaniem. I to również zaczyna generować błędne koło, bo wycofywanie się z aktywności - czy to fizycznej, czy społecznej - to czynnik nasilający problem. W efekcie pacjenci zamykają się w swoich domach, wypracowują pewne rytuały funkcjonowania i trudno im wyjść z tej strefy złudnego komfortu.

## Dlaczego kobiety zdecydowanie częściej zmagają się z problemem NTK?

Przede wszystkim wynika to z budowy anatomicznej ich miednicy, która to budowa związana jest z przygotowaniem do porodu. Struktury kostne są więc bardziej od siebie oddalone, powodują, że mięśnie i inne narządy w miednicy szybciej ulegają rozciągnięciu. Drugą kwestią jest gospodarka hormonalna, która wpływa na budowę kolagenu i tkanek. U kobiet szybciej stają się one bardziej

wiotkie. Dodatkowo przebyte wcześniej ciąży i porody są czynnikami, które mechanicznie obciążają te struktury. Ostatnim czynnikiem sprzyjającym rozwojowi NTK jest nacięcie krocza przy porodzie siłami natury. Nietrzymanie stolca u kobiet szacowane jest na 6-10-krotnie częstsze niż u mężczyzn.



prof. Tomasz Banasiewicz

## Jak wygląda postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w przypadku NTK?

W praktyce klinicznej najczęściej spotykamy się z tzw. idiopatycznym NTK, czyli bez jednej konkretnej przyczyny, ale związanym ze stopniowym osłabianiem zwieracza. Niestety, w tych przypadkach mamy do czynienia z dysfunkcją narządu, natomiast chirurgia świetnie radzi sobie ze zmianami, które można zlokalizować i usunąć, np. w postaci guza czy innej patologii w obrębie jelita grubego. Z zaburzeniami funkcji radzi sobie nieco gorzej, aczkolwiek i w takich sytuacjach mamy wypracowane pewne ścieżki chirurgiczne.

Zanim jednak zakwalifikujemy pacjenta do leczenia, to musimy zacząć od diagnostyki i precyzyjnego określenia przyczyn NTK. Chodzi w głównej mierze o wykluczenie czynników usuwalnych, czyli ustalenie, czy przyczyną inkontynencji nie są zmiany rozrostowe, polipy, bądź hemoroidy, które nieleczone mogą prowadzić do takich następstw, jak nietrzymanie kału z wypadaniem śluzówki odbytnicy. Jest to cała grupa schorzeń, które są stosunko-

by poczuł, że problem ten dotyka wielu pacjentów, jest przypadłością taką samą, jak każda inna choroba.

## Jakie są pierwsze zalecenia w przypadku stwierdzenia tego problemu u pacjenta?

Wstępna rozmowa powinna prowadzić pacjenta do tego, co może zmienić w swoim stylu życia: diecie, ilości wypijanych płynów, aktywności fizycznej. Te zmiany potrafią dać często po krótkim czasie fantastyczne efekty. Jeśli jesteśmy przy aktywności fizycznej, to właściwie przeprowadzane ćwiczenia są najlepszą formą profilaktyki tego typu problemów. Kobiety po porodzie siłami natury powinny być właściwie zapytane przez lekarza każdego poziomu o to, czy po urodzeniu dziecka nie mają kłopotów z nietrzymaniem moczu lub stolca. W przypadku pojawienia się informacji o problemie, powinny być skierowane do fizjoterapeutów lub też poinformowane o prostych ćwiczeniach obejmujących mięśnie dna miednicy, potocznie nazywane mięśniami Kegla. Częstym zaleceniem jest również redukcja masy ciała. Ma to bezpośredni związek z ciśnieniem

śródbrzusznym, które u otyłych pacjentów jest większe i wówczas wypycha ono struktury w obrębie miednicy.

Ważne jest również właściwe dopasowanie się pacjenta do sytuacji stresowych i często w trakcie pierwszej rozmowy staramy się poruszyć właśnie te behawioralno-dietetyczne zagadnienia istotne dla pacjentów.

## A jakie jest dalsze postępowanie z pacjentami z NTK?

Równoległe z tymi zaleceniami, które wdrożone przez pacjenta, często dają mu pierwsze efekty w postaci poprawy, przechodzimy do szczegółowej diagnostyki i dzielimy pacjentów na trzy grupy.

Pierwsza grupa to pacjenci, u których zaburzenia są relatywnie nieduże i nie widać istotnych odchyień.

W przypadku tej grupy chorych staramy się wdrożyć zmiany w stylu życia i zazwyczaj skuteczne ich wdrożenie pozwala na poprawę stanu zdrowia pacjenta i doprowadzenie go do akceptowalnej formy.

Kolejna grupa to pacjenci, u których powodem nietrzymania kału są problemy morfologiczne. Czyli np. są to pacjentki po pęknięciu krocza, czy nacięciu go w trakcie porodu siłami natury. Wówczas możemy mieć do czynienia z deficytem zwieraczy i w takiej sytuacji konieczna może okazać się chirurgiczna naprawa zwieraczy. W sytuacji, gdy mamy do czynienia z wypadaniem śluzówki odbytnicy i hemoroidów, możemy usunąć



Fot. FTIare - istockphoto.com

wo proste w diagnostyce. Podstawowym badaniem jest *per rectum* z próbą parcia, które w szybki sposób jest w stanie dać nam obraz tego, z czym mamy do czynienia. Oczywiście zawsze musimy również pamiętać o wykluczeniu zmian nowotworowych, które mogą prowadzić do NTK.

Kolejnym etapem jest weryfikacja szczegółowa i dodatkowe badania obrazowe, np. rezonans miednicy. Ale wskazane przeze mnie badania specjalistyczne powinny się już toczyć w równoległym torze do uruchomionego leczenia. Powinniśmy przeprowadzić z pacjentem wnikliwy wywiad, w którym go ośmielimy. Chodzi o to

hemoroidy i odtworzyć anatomie kanału odbytu. Jest jeszcze grupa pacjentów, u których możemy stosować zaawansowane zalecenia fizjoterapeutyczne, np. elektrostymulację zwieraczy. Polega to na umieszczeniu w odbycie elektrod zasilanych z małego urządzenia, które pacjent może mieć w domu. Generuje ono sygnały pobudzające mięsień zwieracza, który kilka razy dziennie może być przez pacjenta ćwiczony.

Najrzadszą, ale jednocześnie najciekawszą chirurgicznie grupą są pacjenci, u których obserwujemy skrajne zaburzenia zwieracza lub jego całkowity brak. U takich pacjentów możemy wytworzyć zwieracz z mięśnia smukłego uda lub też pomyśleć o sztucznym zwieraczu odbytu.

### Czy są to wszystkie możliwości, jakimi dysponuje współczesna medycyna i chirurgia?

Nie. Ostatnią formą leczenia NTK jest wszczepienie elektrostymulatora i stymulacja nerwu krzyżowego odpowiedzialnego za funkcje zwieraczy. Technika ta w języku angielskim określana jest jako sacral nerve stimulation, natomiast w Polsce funkcjonuje pod nazwą neuromodulacji krzyżowej. W sytuacji, gdy widzimy, że mięsień zwieracza jest w dobrej kondycji, ale zaburzona jest jego funkcja, wówczas możemy pomóc mu

w prawidłowym funkcjonowaniu poprzez wszczepienie pacjentowi elektrod oraz małego stymulatora, pozwalającego w większości przypadków wrócić do normalnego funkcjonowania. Ta metoda z pewnością sprawdzi się u pacjentów młodych, aktywnych, z dysfunkcją zwieracza.

### Jaka jest dostępność tej metody?

W Europie procedura ta jest finansowana ze środków publicznych we wszystkich krajach z wyjątkiem Polski. Jako zespół ekspertów złożyliśmy w tej sprawie wnioski do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Jego opracowanie zabrało nam trochę czasu, ale jestem przekonany co do racjonalności wprowadzenia tej procedury - szczególnie dla pacjentów młodych i aktywnych. Mówimy tu o grupie kilkuset pacjentów w roku, którzy mogliby skorzystać z zabiegów tylko w wybranych ośrodkach mających największe kompetencje w tym zakresie. Liczymy, że ta mała grupa pacjentów, którzy mogliby skorzystać z tego rozwiązania, będzie generować stosunkowo małe koszty z punktu widzenia całego budżetu na ochronę zdrowia.

Dziękuję za rozmowę.

## Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej

MIASTO	PLACÓWKA	ADRES	KONTAKT	KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU
Bielsko-Biała	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	Al. Armii Krajowej 101 43-316 Bielsko-Biała	tel. 33 810 23 52 <a href="http://www.hospital.com.pl">www.hospital.com.pl</a>	lek. med. Krzysztof Pliszek
Bydgoszcz	Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza	ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz	tel. 52 585 45 00 tel. 52 585 40 45 <a href="http://www.jurasza.umk.pl">www.jurasza.umk.pl</a>	prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewa
Chorzów	Śląskie Centrum Urologii „Urovita”	ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów	tel. 32 111 42 42 <a href="http://www.urovita.pl">www.urovita.pl</a>	dr n. med. Andrzej Szurkowski
Jastrzębie-Zdrój	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju	Al. Jana Pawła II 7 44-330 Jastrzębie-Zdrój	tel. 32 478 44 20 <a href="http://www.wss2.pl">www.wss2.pl</a>	dr n. med. Agata Witościńska-Walica
Kraków	Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki	ul. Jakubowskiego 2 30-688 Kraków Budynek H, poziom 1	tel. 12 424 79 60 <a href="http://www.su.krakow.pl">www.su.krakow.pl</a>	prof. dr hab. n. med. Piotr L. Chtosta
Łódź	Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika	ul. Pabianicka 62 93-513 Łódź	tel. 42 689 52 13 tel. 42 689 52 47 <a href="http://www.kopernik.lodz.pl">www.kopernik.lodz.pl</a>	prof. dr hab. n. med. Waldemar Różański
Warszawa	Oddział Kliniczny Urologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	ul. Czerniakowska 231 00-416 Warszawa	tel. 22 621 71 78 tel. 22 584 11 42 <a href="http://www.szpital-orlowskiego.pl">www.szpital-orlowskiego.pl</a>	prof. CMKP dr hab. n. med. Jakub Dobruch
Warszawa	Katedra Ginekologii i Płodności Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie	ul. Bursztynowa 2 04-749 Warszawa	tel. 22 473 53 35 <a href="http://www.mssw.pl">www.mssw.pl</a>	prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz
Warszawa	I Klinika Płodności i Ginekologii CMKP, Centrum Medyczne „Żelazna”	ul. Żelazna 90 01-004 Warszawa	tel. 22 255 98 07 <a href="http://www.szpitalzelazna.pl">www.szpitalzelazna.pl</a>	prof. dr hab. n. med. Grzegorz Jakiel
Warszawa	Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	ul. Lindleya 4 02-005 Warszawa	tel. 22 502 17 02 <a href="http://www.klinikaurologii.edu.pl">www.klinikaurologii.edu.pl</a>	prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski