

Głównym celem leczenia NTM jest poprawa kontynencji, ale ważna jest również sfera intymna

Właściwie przeprowadzony wywiad medyczny, dobrze dobrana diagnostyka i leczenie operacyjne dają pacjentkom szansę na odzyskanie kontynencji. O tym, jak leczenie zabiegowe wysiłkowego nietrzymania moczu może pomóc pacjentkom w poprawie życia seksualnego z dr hab. n. med. Edytą Horosz, zastępcą kierownika Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie, rozmawia Violetta Madeja.

Co decyduje o sposobie leczenia NTM u kobiet?

Nietrzymanie moczu, zgodnie z danymi epidemiologicznymi, dotyczy od kilku do nawet kilkudziesięciu procent kobiet. Przyjmuje się natomiast, że średnio około 30 proc. kobiet zmaga się z problemem nietrzymania moczu. Objawy wysiłkowego NTM, czyli niekontrolowanego wycieku moczu związanego z wysiłkiem fizycznym, kaszlem, kichaniem, czy śmiechem, mogą mieć u pacjentek różny stopień nasilenia - począwszy od epizodycznego nietrzymania moczu w sytuacji np. dużego wysiłku fizycznego, po codzienne gubienie moczu, nawet kilkakrotnie w ciągu dnia. O sposobie leczenia wysiłkowego NTM decyduje przede wszystkim stopień jego nasilenia i związane z tym pogorszenie jakości życia, obejmujące najczęściej szereg sfer, począwszy od sfery społecznej, zawodowej, rodzinnej, po szczególnie istotną sferę emocjonalną.

Przy niewielkim nasileniu objawów pierwszym etapem leczenia jest fizjoterapia, u pacjentek po menopauzie dodatkowo wspomaganą miejscową (dopochwową) estrogenoterapią. W sytuacjach, w których wyciek moczu związany jest jedynie z wysiłkiem fizycznym, można w pierwszym etapie postępowania rozważyć pessaroterapię.

Leczenie operacyjne jest opcją terapeutyczną skierowaną do pań z dużym nasileniem objawów oraz w sytuacjach, gdy leczenie zachowawcze nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Decyzję o leczeniu zabiegowym musimy

podjąć w oparciu o wnikliwy wywiad medyczny oraz badanie fizykalne pacjentki. W kwalifikacji do leczenia bardzo istotne jest określenie rodzaju nietrzymania moczu, gdyż jest to podstawowy warunek skuteczności wdrożonego postępowania. Leczenie operacyjne stosuje się przy wysiłkowym nietrzymaniu moczu, natomiast w przypadku nietrzymania moczu z parą naglących należy wdrożyć leczenie farmakologiczne.

W kwalifikacji pacjentki do leczenia operacyjnego należy ponadto uwzględnić choroby współistniejące oraz przebyte operacje w obrębie miednicy mniejszej.

Decyzję o leczeniu operacyjnym podejmujemy wspólnie z pacjentką, po dokładnym przedstawieniu możliwych opcji

terapeutycznych, uwzględniając przede wszystkim oczekiwania chorej.

Jakie badania należy wykonać przed rozpoczęciem leczenia operacyjnego?

Kwalifikacja do leczenia operacyjnego obejmuje, jak już wspomniałam, dokładny wywiad medyczny, badanie fi-



Dr hab. n. med. Edyta Horosz

Fot. Materiały z konferencji Stowarzyszenia "UroConti" z okazji Światowego Tygodnia Kontynencji

zykalne pacjentki wraz z próbą kaszlową, ultrasonografię narządu płciowego oraz dna miednicy, test podpaskowy, jak również badania laboratoryjne. USG dna miednicy wykonujemy zarówno jako element diagnostyki przed operacją, jak również w okresie pooperacyjnym. Badanie to pozwala nam ocenić długość oraz ruchomość cewki moczowej, a także uwidocznnić potencjalne nieprawidłowości w obrębie tkanek okołocewkowych, a tym samym wpłynąć na rodzaj stosowanej techniki operacyjnej. Badania laboratoryjne obejmują badanie ogólne moczu, przede wszystkim celem wykluczenia infekcji w układzie moczowym. Podczas badania fizykalnego oceniamy również statykę narządu płciowego. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, w pierwszym etapie leczenia wykonujemy operację naprawczą w tym zakresie, a dopiero w drugim etapie leczenie operacyjne wysiłkowego nietrzymania moczu.

Nietrzymanie moczu jest nie tylko problemem zdrowotnym, ale również społeczno-socjalnym, który pogarsza jakość życia - wyklucza z relacji, jak również wpływa na sferę emocjonalną naszych pacjentek. Musimy pamiętać, że sam fakt nietrzymania moczu wpływa na obniżenie poczucie własnej wartości u pacjentek i deprawację własnej atrakcyjności. NTM zaburza relacje pacjentek z bliskimi - społeczne, zawodowe i partnerskie. Dane literaturowe wskazują, że od 10 do 50 proc. pacjentek z wysiłkowym NTM doświadcza nietrzymania moczu w czasie współżycia płciowego. Stopień nasilenia dolegliwości związanych z nietrzymaniem moczu oraz ich wpływ na jakość życia, w tym życia seksualnego, oceniamy na podstawie międzynarodowych kwestionariuszy. Celem naszego leczenia jest poprawa jakości życia pacjentek, dlatego ocena jakości życia u pacjentek z NTM wykonywana jest dwukrotnie - przed leczeniem operacyjnym oraz po upływie około 6 miesięcy od przeprowadzonego zabiegu.

Jakie metody leczenia operacyjnego stosuje się w przypadku NTM?

Obecnie w leczeniu operacyjnym wysiłkowego NTM najwyższą i jednocześnie długofalową skuteczność mają operacje slingowe z zastosowaniem taśm podcewkowych załonowych (tension free vaginal tape, TVT) i przezzaślonych (transobturator tape, TOT). Początek operacji z użyciem slingów podcewkowych sięga lat 90. XX wieku. W ostatnich 20 latach technika powyższych operacji ulegała niewielkim modyfikacjom. Wyniki wielu randomizowanych badań wskazują na skuteczność obydwu rodzajów taśm sięgającą od 70 do nawet powyżej 90 proc. i co również bardzo istotne, skuteczność nie ulega istotnym zmianom w obserwacji wieloletniej.

Jakie są wady i zalety każdego z tych typów taśm?

Skuteczność taśm załonowych (TVT) oraz przezzaślonych (TOT) jest bardzo zbliżona - zarówno w odniesie-

niu do efektów krótko-, jak i długotrwałych. W ostatnich dwóch latach opublikowano dwie metaanalizy porównujące skuteczność obu rodzajów taśm, w jednej nie wykazując różnic pomiędzy taśmami załonowymi w stosunku do taśm przezzaślonych, w drugiej natomiast współczynnik wyleczeń był wyższy dla taśm załonowych. Odnosząc się do możliwych powikłań związanych z implantacją taśm podcewkowych, należy podkreślić, że częstość ich występowania pozostaje niezmiennie na niskim poziomie.

Do potencjalnych powikłań śródoperacyjnych związanych z zastosowaniem TVT należy zaliczyć uszkodzenie pęcherza moczowego (wg danych literaturowych do 4 proc.) oraz krwawienie śródoperacyjne i związaną z tym możliwość powstania krwiaka. W przypadku TVT częściej w stosunku do TOT obserwuje się pooperacyjne zaburzenia mikcji i związaną z tym retencję moczu. Z kolei z zastosowaniem TOT wiąże się wyższe ryzyko ekspozycji taśmy do światła pochwy oraz dolegliwości bólowe w okolicach ud i pachwin.

Dla wielu kobiet ważna jest również jakość życia seksualnego. Czy dobór metody leczenia operacyjnego może się przekładać również na tę sferę życia?

W przypadku operacyjnego leczenia wysiłkowego NTM, z uwagi na wysoką skuteczność i profil bezpieczeństwa optymalnym leczeniem są wyżej omówione operacje slingowe. Większość przeprowadzonych badań wskazuje na poprawę jakości życia seksualnego u pacjentek, u których zastosowano taśmy podcewkowe, znacznie rzadziej opisywano brak wpływu lub pogorszenie jakości życia seksualnego. Przeprowadzona w naszym ośrodku analiza wpływu leczenia operacyjnego wysiłkowego NTM z zastosowaniem TVT na jakość życia seksualnego, obejmująca 170 pacjentek, wykazała istotną poprawę w tej sferze życia poprzez zmniejszenie uczucia lęku, wstydu, zakłopotania wynikającego z NTM oraz zwiększenie zadowolenia i satysfakcji związanej z życiem seksualnym. Przed operacją 56 proc. kobiet deklarowało NTM związane z aktywnością seksualną, po 6-12 miesiącach od operacji jedynie 8,6 proc. Całkowite wyleczenie uzyskaliśmy u 91 proc. kobiet. Brak poprawy jakości życia seksualnego obserwowaliśmy w grupie pacjentek z nieskutecznym leczeniem operacyjnym. Operacja nie miała wpływu na występowanie dyspareunii, nie obserwowaliśmy natomiast pojawienia się dyspareunii de novo.

Które z taśm uważa Pani za korzystniejsze w kontekście zachowania lub przywrócenia komfortu życia seksualnego?

Wyniki obserwacji w naszym ośrodku, jak również analiza danych literaturowych pozwala wnioskować, że podstawowym warunkiem poprawy jakości życia seksualnego jest skuteczne leczenie operacyjne. Brak poprawy

obserwuje się u pacjentek z przetrwałym nietrzymaniem moczu oraz u pacjentek, u których wystąpiły powikłania w postaci ekspozycji taśmy do światła pochwy, czy objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego.

Co z punktu widzenia klinicysty jest kluczowe przy doborze metody leczenia operacyjnego?

Podstawowym elementem warunkującym skuteczność postępowania terapeutycznego jest postawienie prawi-

jest włączenie farmakoterapii celem redukcji objawów związanych z nagłym NTM. Natomiast w przypadku współistnienia zaburzeń statyki narządu płciowego i wysiłkowego NTM, w pierwszym etapie należy dokonać operacyjnej korekty zaburzeń statyki, a następnie w drugim etapie, implantacji taśmy podcewkowej.

Kobiety trafiające do gabinetów lekarzy specjalistów z problemem NTM to zazwyczaj panie, które już przełamały tabu związane ze swoim schorzeniem. Czy te pacjentki nie mają zahamowań, aby otwarcie rozmawiać z lekarzami o swoich potrzebach związanych ze sferą intymną?

To jest kwestia bardzo indywidualna. Część pacjentek, szczególnie tych, u których to nietrzymanie moczu jest bardzo nasilone, jest skoncentrowana na swoim głównym problemie. W rozmowach wyraźnie wskazują, że NTM zamyka je w domach - rezygnują z aktywności fizycznej czy społecznej. Natomiast pacjentki, dla których życie intymne jest ważne, są w związkach i chcą mieć udane współżycie, nie obawiają się mówić w gabinecie o swoich potrzebach.

Celem leczenia wysiłkowego NTM jest poprawa jakości życia pacjentek, na które składa się również życie seksualne. Prowadząc wywiad i rozmawiając całościowo o problemie pacjentki i jakości jej życia, nie możemy zaniedbywać życia intymnego. To, co my, lekarze, obserwujemy w przypadku pacjentek z NTM, to fakt, że choroba może rzutować na całość relacji na linii pacjentka - jej partner. Bardzo często NTM ogranicza życie ludzi jako pary, często kobiety zmagające się z NTM rezygnują nie tylko z życia intymnego, ale również z wyjazdów, aktywności fizycznej, czy różnych codziennych obowiązków. Na to wszystko nakłada się poczucie wstydu i brak samoakceptacji, co dodatkowo pogarsza jakość życia pacjentek z NTM.

Reasumując, współczesna medycyna jest w stanie zaferować pacjentkom z wysiłkowym NTM skuteczne leczenie, co poprawia jakość życia w bardzo wielu aspektach, zmieniając codzienne funkcjonowanie w pracy, rodzinie, relacjach i przede wszystkim wpływając niezwykle pozytywnie na samopoczucie emocjonalne kobiet.



Konferencja "Światowy Tydzień Kontynencji 2023 - Zaangażowani we współpracę" (19.06.2023, Warszawa)

Fot. Materiały z konferencji Stowarzyszenia "UroConti"

dłowego rozpoznania w oparciu o starannie przeprowadzony wywiad medyczny i badanie fizykalne. Sposób leczenia uzależniony jest od rodzaju nietrzymania moczu. W przypadku, gdy nietrzymanie moczu ma charakter mieszany (łączy komponentę wysiłkowego oraz nagłego NTM), przed leczeniem operacyjnym wskazane