

Skuteczność fizjoterapii urologicznej w leczeniu zaburzeń erekcji

mgr Kinga Religa-Popiołek, fizjoterapeutka z Centrum Medycznego MCC w Warszawie, wiceprezes Małopolskiego Oddziału Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”

Po wykonaniu zabiegu radykalnej prostatektomii, bez względu na sposób jej przeprowadzenia, pacjent może doświadczać różnych skutków ubocznych. Wśród nich najczęściej pojawiają się nietrzymanie moczu i problemy ze wzrodem. W czym może mu pomóc fizjoterapeuta urologiczny?

Radykalna prostatektomia jest zabiegiem chirurgicznym polegającym na usunięciu gruczołu krokowego (prostaty) z powodu raka. Zazwyczaj metoda ta wykorzystywana jest w przypadku, gdy rak ogranicza się tylko do prostaty i nie rozprzestrzenił na inne części ciała. Podczas radykalnej prostatektomii chirurg usuwa całą prostatę wraz z pęcherzykami nasennymi oraz częścią sterczową cewki moczowej.

Istnieją 3 różne sposoby przeprowadzenia zabiegu prostatektomii radykalnej:

1. Laparoskopowa prostatektomia radykalna - wykorzystuje się małe nacięcia w jamie brzusznej, aby wprowadzić kamerę i narzędzia chirurgiczne.
2. Laparoskopowa prostatektomia radykalna z asystą robota - podobna do laparoskopowej, jednak do manipulacji narzędziami wykorzystuje się robotyczne ramiona, co umożliwia bardziej precyzyjne operacje.
3. Prostatektomia radykalna otwarta - wykonywana poprzez większe nacięcie jamy brzusznej.

Po wykonaniu radykalnej prostatektomii, bez względu na sposób jej przeprowadzenia, pacjent może doświadczać różnych skutków ubocznych. Wśród nich najczęściej pojawiają się nietrzymanie moczu i problemy ze wzrodem. Oznacza to, że pacjent operowany przez chirurga metodą laparoskopową z użyciem robota również może odczuwać kłopoty z utrzymaniem moczu i osiągnięciem erekcji, tak jak w przypadku pacjentów operowanych laparoskopowo bez wykorzystania robota.

Zaburzenia erekcji: w jaki sposób się je leczy?

Zaburzenia erekcji są jednym z potencjalnych skutków ubocznych radykalnej prostatektomii. Wynikają one z uszkodzenia włókien nerwowych i tętnic zaopatrują-



Fot. Syda Productions - stock.adobe.com

cych prącie. Ponadto, na możliwości seksualne negatywnie wpływa usunięcie pęczków nerwowo-naczyniowych biegnących po ścianie torebki gruczołu krokowego. Zaoszczędzenie tych struktur jest możliwe tylko w wyjątkowych przypadkach, kiedy to rak prezentuje niską agresywność i ograniczony jest do narządu. W przypadku obustronnego zachowania pęczków nerwowo-naczyniowych szansa na odzyskanie erekcji waha się w granicach 50 proc., natomiast w przypadku ich jednostronnego zaoszczędzenia spada do 30 proc.

Na jakość erekcji po usunięciu gruczołu krokowego wpływają również inne czynniki, m.in. choroby towarzyszące, dieta, nałogi, wiek i aktywność fizyczna pacjenta. Jeżeli kłopoty ze wzrodem pojawiały się jeszcze przed radykalną prostatektomią, po zabiegu sytuacja na pewno nie ulegnie poprawie.

Wśród terapii wykorzystywanych w leczeniu zaburzeń erekcji po radykalnej prostatektomii można wymienić:

- fizjoterapię urologiczną (m.in. ćwiczenia mięśni dna miednicy, techniki usprawniające krążenie krwi itp.);
- autoterapię poprzez stymulację samodzielną lub z pomocą partnerki/a;
- terapię próżniową (pompa próżniowa zakładana na prącie);
- terapię farmakologiczną: sildenafil, tadalafil, wardenafil - substancje wpływające na zwiększenie przepływu krwi do prącia;
- iniekcje - zastrzyki wykonywane bezpośrednio w prącie, które powodują rozszerzenie naczyń krwionośnych i poprawę erekcji;
- leczenie chirurgiczne - wszczepienie protezy prącia, czyli urządzenia umożliwiającego uzyskanie erekcji na żądanie;
- opiekę psychologiczną (psycholog, psychoterapeuta, seksuolog).

Najczęściej w leczeniu zaburzeń erekcji stosuje się terapię wielokierunkową, która oznacza jednoczesne wykorzystanie kilku metod terapeutycznych, np. fizjoterapii urologicznej, farmakoterapii, autoterapii i psychoterapii, co wymaga interdyscyplinarnego podejścia do pacjenta. Oznacza to konieczność współpracy kilku specjalistów z różnych dziedzin, takich jak urolog, fizjoterapeuta, czy psycholog, by pacjent mógł być „zaopiekowany” we wszystkich, najważniejszych dla leczenia, obszarach. Taka forma terapii jest dostępna w wyspecjalizowanych ośrodkach, posiadających elastyczny program leczenia, który można dopasować indywidualnie do możliwości i potrzeb pacjenta.

Obecnie nie jest wyznaczony jednoznaczny algorytm postępowania fizjoterapeutycznego w przypadku zaburzeń erekcji po radykalnej prostatektomii. Przyczyną jest niewystarczająca ilość danych pozyskanych z dotychczasowych badań klinicznych. Dlatego też, według wytycznych Europejskiego Towarzystwa Urologicznego, powinno się stosować postępowanie charakterystyczne dla standardowej terapii zaburzeń wzwodu.

W podjęciu fizjoterapii urologicznej bardzo ważny jest czas jej rozpoczęcia – istotne jest, by po interwencji chirurgicznej poddać się leczeniu możliwie jak najszybciej.

Przygotowanie do zabiegu (prehabilitacja)

W ramach fizjoterapii urologicznej przedoperacyjnej należy wdrożyć trening mięśni dna miednicy pod kierunkiem specjalisty, który powinien odbywać się w różnych pozycjach, podczas różnych ruchów i na różnych podłożach (stabilnych i niestabilnych), w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta. Jeżeli pacjent ma problem z właściwym zlokalizowaniem i aktywacją mięśni dna miednicy, pomocna może okazać się terapia EMG biofeedback z użyciem elektrody doodbytniczej oraz terapia USG sonofeedback. W przypadku stwierdzenia innych dysfunkcji u pacjen-

ta, takich jak nadmierne napięcie mięśni dna miednicy, które może uniemożliwiać wdrożenie np. treningu mięśni dna miednicy, podjęta może zostać również terapia nacelowana na normalizację napięcia, zawierająca m.in. terapię manualną z podejścia zewnętrznego oraz *per rectum* (przez odbyt).

Ważne jest również zastosowanie terapii behawioralnej, mającej na celu zmianę m.in. nawyków toaletowych, czy też ruchowych. Istotne jest też nauczenie pacjenta prawidłowego wzorca oddechowego oraz ćwiczeń ogólnousprawniających, które przyczynią się do skrócenia czasu rekonwalescencji we wczesnym okresie pozabiegowym. Duże znaczenie ma ocena możliwości erekcyjnych przed interwencją chirurgiczną, bowiem jeśli pacjent cierpi na zaburzenia wzwodu przed podjęciem leczenia, istnieje duże prawdopodobieństwo niepowodzenia terapii w zakresie funkcji seksualnej po operacji. Ponadto, ważnym elementem jest również sprawdzenie odpowiedzi na zastosowanie farmakoterapii w okresie przedoperacyjnym. Kontrola skuteczności leczenia farmakologicznego przed zabiegiem stanie się punktem odniesienia dla oceny działania tych samych leków po radykalnej prostatektomii.

Pacjent w okresie przedoperacyjnym powinien mieć również możliwość odbycia konsultacji psychologicznej/seksuologicznej, z uwagi na to, jak dużym obciążeniem dla mężczyzny mogą być zaburzenia erekcji. Ponadto warto poinformować pacjenta o praktycznych aspektach współżycia po usunięciu stercza, takich jak brak wytrysku przy zachowaniu możliwości odczuwania orgazmu, czy też o epizodach nietrzymania moczu w trakcie stosunku. Należy dać szansę pacjentowi na przyswojenie tych informacji jeszcze przed zabiegiem.

Rehabilitacja po zabiegu

Fizjoterapia pooperacyjna zaczyna się po usunięciu cewnika dopęcherzowego i opiera się przede wszystkim na kontynuacji treningu mięśni dna miednicy rozpoczętego jeszcze przed zabiegiem lub, w przypadku braku prehabilitacji, na jego wdrożeniu. W tym celu, tak jak przed radykalną prostatektomią, niezbędna może okazać się terapia EMG biofeedback. Odpowiednio dobrane i prawidłowo wykonywane ćwiczenia mięśni dna miednicy wpływają pozytywnie zarówno na funkcję seksualną, jak i na poprawę kontroli moczu. Muszą być one wykonywane regularnie przez pacjenta przez minimum 3 miesiące, a na wyznaczonych wizytach kontrolnych fizjoterapeuta powinien sprawdzać postępy swojego podopiecznego. Optymalny okres rehabilitacji po zabiegu wynosi 6 miesięcy.

Regularny nadzór specjalisty pozwala na bieżąco kontrolować aktualny wzorzec aktywacji mięśni dna miednicy oraz dobrać odpowiednie ćwiczenia, w zależności od stanu i potrzeb pacjenta, by móc zauważyć progresję

efektów. Głównym celem treningu mięśni dna miednicy jest poprawa ich siły i wytrzymałości, bowiem odgrywają one bardzo ważną rolę w funkcji erekcyjnej oraz usprawnienie ich koordynacji podczas codziennej aktywności pacjenta.

W niektórych przypadkach pomocne może okazać się zastosowanie elektrostymulacji, która m.in. pomaga pacjentowi aktywować mięśnie dna miednicy, jeżeli istnieje problem z ich zlokalizowaniem i samodzielnym uruchomieniem. Do zabiegu, tak jak w przypadku terapii EMG biofeedback, wykorzystuje się elektrodę doodbytniczą, która stymuluje odpowiednie mięśnie, co pacjenci odbierają jako uczucie mrowienia i/lub ucisku w dnie miednicy. Zabieg jest bezbolesny i możliwy do wykonania jedynie w przypadku prawidłowego wyniku PSA. Z obserwacji wynika, że elektrostymulacja jest najskuteczniejsza, gdy pacjent bierze czynny udział w terapii, np. poprzez jednoczesne samodzielne aktywowanie mięśni dna miednicy we wcześniej określonej sekwencji.

W ramach fizjoterapii pooperacyjnej wdraża się również elementy stosowane w okresie przedoperacyjnym, takie jak reedukacja oddechowa, ćwiczenia ogólnousprawniające i terapia behawioralna. W przypadku obecności obrzęków, które mogą być następstwem usunięcia węzłów chłonnych w trakcie radykalnej prostatektomii, konieczne może okazać się zastosowanie drenażu limfatycznego. Jest to rodzaj delikatnego masażu powodującego usprawnienie krążenia chłonki (limfy) w obrębie jego zastoju i okolicach.

Rehabilitacja pooperacyjna będzie również polegać na zastosowaniu farmakoterapii, często wdrażanej jeszcze przed zabiegiem, mającej na celu poprawę krążenia w prąciu i okolicach. W niektórych przypadkach, kiedy zaburzenia erekcji są znacznie nasilone, a pacjent nie obserwuje poprawy w tym obszarze, niezbędna może okazać się konsultacja ze specjalistą z zakresu zdrowia psychicznego (psychiatra, psycholog, seksuolog).

Podsumowanie

Zaburzenia erekcji są częstym następstwem radykalnej prostatektomii. Świadomość zasadności podjęcia fizjoterapii urologicznej nie tylko po zabiegu, ale również w ramach przygotowania do niego, wydaje się mieć tu kluczowe znaczenie. Dlatego też, by pacjenci mogli skorzystać z opieki w ujęciu multidyscyplinarnym, należy kłaść nacisk na edukowanie ich w tym zakresie, co leży przede wszystkim w gestii personelu medycznego, oraz dbać o współpracę pomiędzy specjalistami z różnych dziedzin.

Terapia zaburzeń wzwodu opiera się na działalności w wielu obszarach i jedynie podjęcie jej w tak kompleksowym ujęciu daje pacjentowi szansę na odzyskanie radości w sferze seksualnej.



JESTEŚMY SOLIDARNI Z UKRAINĄ

ZWERYFIKOWANE ZBIÓRKI

Zbiórka pieniężna

Polska Akcja Humanitarna

Zbiórka na pomoc bezpośrednią (żywność i inne formy wsparcia) dla ludzi, którzy muszą uciekać ze swoich domów.

Wsparcie obejmie osoby pozostające na Ukrainie i uchodźców w Polsce

www.siepomaga.pl/pah-ukraina

Zbiórka pieniężna

Polski Czerwony Krzyż

Pozyskane środki będą przeznaczone w pierwszej kolejności m.in. na zakup żywności, materiałów opatrunkowych oraz zabezpieczenie innych priorytetowych potrzeb.

www.pck.pl/na-pomoc-ukrainie/

Zbiórka pieniężna

Caritas Polska

Zebrane środki zostaną wykorzystane do zakupu artykułów pierwszej potrzeby oraz wsparcie psychologiczne dla pokrzywdzonych w wyniku wojny.

www.caritas.pl/ukraina/

Więcej zbiórek i informacji znajduje się na stronie: www.pomagamukrainie.gov.pl