

Intersdyscyplinarne wytyczne diagnostyki i leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet (wytyczne opracowane na podst. wytycznych AGUB)

1. Definicja

Wysiłkowym nietrzymaniem moczu nazywamy bezwiedną utratę moczu w czasie wysiłku fizycznego, przy kichaniu, kaszlu.

2. Diagnostyka

2.1. Wywiad i badanie kliniczne

Wywiad u pacjentek cierpiących na wysiłkowe nietrzymanie moczu powinien obejmować: wywiad ogólny, wywiad uroginekologiczny, oczekiwania pacjentki co do efektów leczenia. Określić należy problemy z opróżnianiem pęcherza, dolegliwości z opróżnianiem pęcherza a także rodzaj oraz stopień wysiłkowego nietrzymania moczu oraz subiektywny stopień dolegliwości. (LOE 2)

2.2. Formularze wywiadu

Formularze są stosowane do zapisania objawów występujących u pacjentki, ich stopnia oraz wpływu na życie pacjentki a także zmiany tych symptomów w czasie, np. aby udokumentować wyniki leczenia. Należy stosować standaryzowane formularze. Nie ma dowodów naukowych, że używanie formularzy do wywiadu ma wpływ na leczenie nietrzymania moczu. (LOE 4)

2.3. Protokół mikcji.

Protokół mikcji powinien być prowadzony przez 3 do 7 dni. Metoda ta pozwala określić objętość mikcji jak również jej częstotliwość w ciągu dnia i nocy. (LOE 2b)

2.4. Badanie moczu.

U pacjentek z infekcjami dolnych dróg moczowych częściej występuje nietrzymanie moczu. Asymptomatyczna obecność bakterii w moczu wydaje się nie mieć wpływu na nietrzymanie moczu.

2.5. Zaleganie moczu.

Zaleganiem moczu nazywamy objętość moczu pozostającą w pęcherzu moczowym po mikcji. Nie ma jednoznacznej definicji, która mówi jaka objętość moczu uznawana jest za patologiczną. Ilość moczu po mikcji oznaczamy sonograficznie. (LOE 1b) Zaleganie moczu oznaczamy u wszystkich pacjentek cierpiących na nietrzymanie moczu oraz na problemy z mikcją. Zaleganie moczu należy również oznaczać u pacjentek, które będą poddane terapii mogącej wpłynąć na problemy z oddawaniem moczu, np. operacyjna terapia w przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu. (LOE 1b)

2.6. Test pieluchowy (pad test)

Pad test służy do określenia ilości utraconego moczu przez pacjentkę jak i również do określenia sukcesu leczenia. Polega on na pomiarach wagi pieluchy.

2.7. Pomiary urodynamiczne

Pomiary urodynamiczne służą do obiektywizacji dolegliwości zgłaszanych przez pacjentkę. Pomiary urodynamiczne poprzedzające leczenie zachowawcze nie przynoszą poprawy wyników leczenia i nie są konieczne przed rozpoczęciem terapii zachowawczej. (LOE 1a) Pomiary urodynamiczne powinny być wykonywane zawsze przed leczeniem operacyjnym. (LOE 3) Przy planowaniu zabiegów leczących wysiłkowe nietrzymanie moczu, należy zwrócić szczególną uwagę na funkcje cewki moczowej. (LOE 3) U pacjentek z obniżeniem narządów rodnych oraz pęcherza, należy po repozycji, przeprowadzić test kaszlowy. Jeżeli jest on pozytywny, zaleca się przed operacją, przeprowadzenie urodynamicznej po repozycji (pessary lub tamponada pochwy) w ten sposób da się wykazać ukryte wysiłkowe nietrzymanie moczu. (LOE 3)

2.8. Diagnostyka obrazowa

W diagnostyce obrazowej główną rolę odgrywa obecnie sonografia uzupełniana czasami o MRT. Badania rentgenowskie nie są konieczne w pierwotnej diagnostyce wysiłkowego nietrzymania moczu. Topograficzno-czynnościowa ocena pęcherza, cewki moczowej oraz mięśni dna miednicy dokonywana jest za pośrednictwem sonografii przedsionka pochwy oraz sonografii krocza. Diagnostyka sonograficzna jest nieodłączną częścią diagnostyki u kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, szczególnie u takich pacjentek, u których wystąpiła wznowa po leczeniu. (LOE 2) W ramach leczenia zachowawczego, szczególnie fizjoterapii USG ma znaczenie jako wizualny instrument biofeedback.

2.9. Endoskopia

W nieskomplikowanym wysiłkowym nietrzymaniu moczu utercystoskopia nie jest konieczna. Wykonujemy ją w przypadku dodatkowych parć naglących, problemów z opróżnieniem pęcherza, nawracających infekcji dolnych dróg moczowych czy w przypadku hematurii. (LOE 3)

3.1 Leczenie zachowawcze

3.1.1 Estrogeny

Przed rozpoczęciem systemowej terapii estrogenami, należy poinformować pacjentkę, iż leczenie to może prowadzić do pogłębienia wysiłkowego nietrzymania moczu bądź do jego wystąpienia w ogóle. Miejscowa estrogenizacja zalecana jest u wszystkich pacjentek postmenopauzalnych u których występuje nietrzymanie moczu. Nie ma standardów dotyczących długości trwania terapii i najlepszego sposobu aplikacji. (LOE 1a)

3.1.2. Waga ciała

Nadwaga jest czynnikiem ryzyka wystąpienia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet. Utrata wagi o 5% polepsza objawy wysiłkowe nietrzymanie moczu. Wszystkim pacjentkom z nadwagą, cierpiącym na wysiłkowe nietrzymanie moczu należy zalecić redukcję masy ciała co najmniej o 5%. (LOE 1b)

3.1.3. Duloksetyna nie leczy nietrzymania moczu tylko redukuje wysiłkowe nietrzymanie moczu i parcia naglące. Duloksetyna powoduje wzrost działań ubocznych w obrębie traktu żołądkowo-jelitowego a także centralnego układu nerwowego (nudności, wymioty, uczucie suchości w ustach, obstypacje, problemy z zachowaniem równowagi, problemy ze snem, przemęczenie) Objawy te powodują częste przerwanie terapii ze strony pacjentów. Duloksetyna jest zalecana wyłącznie u kobiet, które chcą tylko przejściowej poprawy inkontynencji. Z powodu objawów ubocznych, terapię duloksetyną należy rozpoczynać od niskiej dawki, zwiększając ją do osiągnięcia dawki terapeutycznej. (LOE 1b)

3.1.4 Pesaria.

Terapia pessarami powinna być zaproponowana pacjentce z problemem wysiłkowego nietrzymania moczu. (LOE 1b)

3.1.5. Fizjoterapia dna miednicy.

W przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu fizjoterapia dna miednicy powinna zostać przeprowadzona w okresie co najmniej trzech miesięcy. (LOE 1a) W ciąży i postpartalnie, fizjoterapia dna miednicy powinna być zalecana jako prewencja a także leczenie inkontynencji. (LOE 1a) Fizjoterapia dna miednicy powinna być przeprowadzana jako terapia „1 do 1” lub jako terapia grupowa a także u pacjentek które potrafią wykonywać ćwiczenia samodzielnie- terapia może być przeprowadzana bez trenera. Także u starszych pacjentek należy przeprowadzać ćwiczenia dna miednicy. (LOE 1b) Fizjoterapia dna miednicy jest lepszą metodą niż elektrostymulacja, jednakże

kombinacja fizjoterapii i elektrostymulacji może przynieść lepsze wyniki. (LOE 1b) W czasie fizjoterapii konieczna jest kontrola aktywności mięśni dna miednicy poprzez badanie palpacyjne lub za pomocą perineometru. (LOE 2b) Terapia wibracyjna w kombinacji z fizjoterapią dna miednicy prowadzi do poprawy inkontynencji. (LOE 2)

3.2. Leczenie operacyjne

Leczenie operacyjne następuje po wykorzystaniu możliwości leczenia zachowawczego. Przed każdą operacją należy przeprowadzić rozmowę z pacjentką, wyjaśnić powody i cele operacji a także zalety i wady proponowanego zabiegu. Zawsze należy wspomnieć również terapiach alternatywnych. O nieskomplikowanym wysiłkowym nietrzymaniu moczu mówimy wtedy, gdy w wywiadzie nie ma operacji uroginekologicznych, pacjentka nie ma objawów neurologicznych, nie występuje zaburzenie statyki dna miednicy oraz pacjentka ma zakończone planowanie rodziny. Jeżeli występuje któreś z podanych wyżej kryteriów mówimy o skomplikowanym wysiłkowym nietrzymaniu moczu.

3.2.1. Operacyjne leczenie nieskomplikowanego wysiłkowego nietrzymania moczu

3.2.1.1 Otwarta kolposuspensja. Studia retrospektywne pokazały, że otwarta kolposuspensja (operacja Burcha) ma podobną efektywność do innych metod jednak tylko przez pierwsze pięć lat. W pierwszym roku po operacji 85-90 % pacjentek nie miało problemów z inkontynencją. Nawroty stanowiły w ciągu pięciu lat 17 %, po pięciu latach wzrastały do 21%. Po operacji metodą Burcha częściej dochodzi do zaburzeń statyki dna miednicy. (LOE 1b)

3.2.1.2 Laparoskopowa kolposuspensja.

Laparoskopowa kolposuspensja wykazuje podobne efekty przy leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu przez pierwsze 2 lata jak otwarta kolposuspensja metodą Burcha. Wiąże się ona jednak z mniejszymi bólami pooperacyjnymi, pacjentka szybciej wraca do normalnej aktywności, pobyt szpitalny jest również krótszy. (LOE 1a)

3.2.1.3 Podcewkowe taśmy beznapięciowe.

Podcewkowe beznapięciowe taśmy są bardzo efektywne w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu, wykazują się niską inwazyjnością, szybkim powrotem do zdrowia i dużą skutecznością, tak że zostały przyjęte jako first line therapy w wysiłkowym nietrzymaniu moczu. Załonowe taśmy pokazują po 12 miesiącach od operacji, subiektywnie te same efekty co kolposuspensja a obiektywnie lepsze efekty w porównaniu z operacją metodą Burcha. (LOE 2) Taśmy przeprowadzone przez otwory zasłonowe, pokazują zarówno subiektywnie jak i obiektywnie, tą samą skuteczność jak kolposuspensja, jednak po operacji taśm założonych podcewkowo jest mniej parć naglących oraz mniej problemów z opróżnianiem pęcherza jak w kolposuspensji. (LOE 1a) Dla efektywnego i wykazującego jak najmniej efektów ubocznych leczenia, konieczna jest znajomość różnic między taśmami podcewkowymi prowadzonymi załonowo lub przez otwory zasłonowe. Efektywność leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu w okresie 12 miesięcy jest taka sama. (LOE 1a) Technika przeprowadzania taśm przez otwory zasłonowe wiąże się z niższym ryzykiem skaleczenia pęcherza, rzadziej także występują problemy z opróżnianiem pęcherza w porównaniu z techniką załonową. Po operacjach techniką przezzałonową częściej występują bóle w obrębie wewnętrznej strony ud i w pachwinach, częściej dochodzi także do zranienia pochwy w obrębie sulci. Erozje występują jednak równie często w obu metodach. Przy taśmie przeprowadzonej załonowo częściej występuje zranienie pęcherza, także tworzenie krwaków oraz problemy z oddawaniem moczu/opróżnianiem pęcherza. Po 12 miesiącach po założeniu taśmy przeprowadzonej za spojeniem łonowym występuje większe ryzyko perforacji cewki moczowej, a także chronicznych bólów w okolicach krocza. (LOE 1a) W przypadku cewki hypotonnej, uzyskujemy lepsze efekty w metodzie załonowej. (LOE 2)

Metody outside-in vs inside-out.

Metoda outside-in w przypadku przeprowadzania taśmy załonowo jest mniej efektywna jak metoda inside-out. Przy czym metoda outside-in w przypadku taśm załonowych wiąże się z większymi problemami w opróżnianiu pęcherza. (LOE 1a) W przypadku taśm przeprowadzanych przez otwory zasłonowe metoda outside-in jest porównywalna w swojej efektywności z metodą inside-out jednakże w przypadku postępowania outside-in częściej dochodzi do problemów z opróżnianiem pęcherza. (LOE 1b)

Single incision slings (tzw. mini taśmy)

Mini taśmy mają na celu zmniejszenie inwazyjności zabiegów w przypadku operacji wysiłkowego nietrzymania moczu. W tym celu używa się w różny sposób plecionych taśm z polipropylenu, które mają służyć do stabilizacji środkowej 1/3 cewki moczowej, punktami zaczepienia taśm jest tkanka załonowa lub membrana zasłonowa. Intencją przy rozwoju mini taśm jest zmniejszenie komplikacji na skutek pasaży taśm przez otwory zasłonowe lub załonowo. Single incision taśmy pokazują przez pierwsze 12 miesięcy pooperacyjne podobną skuteczność jak taśmy TVT lub TVT-O. (LOE 1b) Dłuższa skuteczność tych taśm nie została jeszcze dotychczas udowodniona. Utrata krwi i bóle pooperacyjne występują rzadziej w przypadku mini taśm. (LOE 1b) Dotychczas nie istnieją dowody, że inne komplikacje po mini taśmach występują rzadziej jak przy typowych zabiegach TVT i TVT-O. (LOE 1b)

Taśmy z możliwością ustawiania napięcia.

Taśmy z możliwością ustawiania napięcia pozwalają pooperacyjnie uzyskać równowagę między kontynencją a problemami z opróżnianiem pęcherza. Obecnie nie istnieją silne dowody na to, że taśmy podcewkowe z możliwością ustawienia napięcia są efektywne w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet. (LOE 3). Nie ma również dowodów, że taśmy z możliwością regulacji napięcia są lepsze w swoim działaniu od taśm typowych. (LOE 4)

3.2.1.4 Bulking agents

Bulking agents podawane są podśluzówkowo w proksymalnej części cewki moczowej i mają na celu poprawienie kontynencji poprzez zwężenie światła cewki moczowej. Okołocewkowa iniekcja bulking agents prowadzi do krótkiej lub średnioczasowej poprawy symptomów, jednak nie posiadamy wyników badań długoterminowych. (LOE 2a) Często konieczne jest powtarzanie iniekcji aby poprawić lub utrwalić efekt leczenia. (LOE 2a) Nie ma dowodów na to że jedna substancja jest lepsza od drugiej. Substancje jednak zdecydowanie różnią się i mogą powodować różne skutki uboczne. (LOE 1b) Bulking agents są mniej efektywne w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu niż kolposuspensja. (LOE 2a). Przechodzenie do śluzówki cewki jest w porównaniu do wejścia przezcewkowego związane z większym ryzykiem. (LOE 2b) Bulking agents mogą być rekomendowane pacjentkom o zwiększonym ryzyku operacyjnym lub po nieudanych zabiegach TVT i TVT-O oraz kolposuspensji. (LOE 2b)

3.2.2 Leczenie operacyjne skomplikowanego wysiłkowego nietrzymania moczu.

Częstość występowania nieskutecznych operacji leczenia nietrzymania moczu zależy od tego jak taka operacja zostanie zdefiniowana. Jeśli bezpośrednio po operacji nie zauważono poprawy wysiłkowego nietrzymania moczu, mówimy o tzw. trwającej inkontynencji, jeżeli do wznowy inkontynencji doszło w ciągu kilku lat od operacji mówimy o wznowie inkontynencji. Ważne jest odgraniczenie trwającej inkontynencji i wznowy inkontynencji od parę nagłych lub inkontynencji związanej z innymi przyczynami (np. inkontynencja jako skutek przetoki, inkontynencja spowodowana czynnikami neurologicznymi, inkontynencja z przepełnienia itd.) Ryzyko nieskuteczności terapii operacyjnej występuje szczególnie u pacjentek, które poddały się już uprzednio operacji z powodu nietrzymania moczu (LOE 2) Implantacja taśmy podcewkowej w przypadku powtórnego zabiegu jest mniej skuteczna niż ta sama operacja u pacjentki operowanej po raz pierwszy. (LOE 2) Na podstawie

posiadanych danych wydaje się, iż zalecenie usunięcia taśmy przed kolejną operacją nie jest konieczne.

Zewnętrzny zwieracz cewki moczowej.

Zastosowanie zewnętrznego zwieracza cewki moczowej u kobiet jest na dzień dzisiejszy jeszcze niedostatecznie zbadane. W literaturze z follow up od miesiąca do 25 lat większość pacjentek raportuje poprawę wysiłkowego nietrzymania moczu. Subiektywna poprawa została odnotowana u 59-88% pacjentek. Najczęstszą komplikacją są problemy techniczne, które powodują konieczność kolejnej operacji w 42% przypadków w ciągu 10 lat, a u 5,9-15% dochodzi do eksplantacji zwieracza. Implantacja zewnętrznego zwieracza cewki moczowej może, w przypadku skomplikowanego wysiłkowego nietrzymania moczu prowadzić do poprawy lub wyleczenia. (LOE 3) Problemy techniczne, konieczność eksplantacji zwieracza lub jego zastąpienie to typowe czynniki ryzyka. (LOE 3) Sposób leczenia skomplikowanego wysiłkowego nietrzymania moczu zależy od dolegliwości pacjentki, operacji wykonanych w przeszłości a także od preferencji i umiejętności operatora.

3.2.3 Leczenie operacyjne wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet z mieszanym nietrzymaniem moczu.

Po leczeniu operacyjnym wysiłkowego nietrzymania moczu, komponenta parć naglących (urgency) może się polepszyć, pogorszyć lub pozostać taka sama. (LOE 3) Pacjentki u których przed operacją wykazano urodynamicznie hyperaktywność wypieracza, są rzadziej zadowolone z operacji po założeniu taśmy podcewkowej w porównaniu z pacjentkami u których występowało tylko wysiłkowe nietrzymanie moczu. Pacjentki u których przeważała komponenta wysiłkowa nietrzymania moczu są bardziej zadowolone z operacji niż pacjentki u których przeważała komponenta parć naglących.

3.2.4 Podsumowanie

Zalecenia do operacyjnego leczenia nieskomplikowanego wysiłkowego nietrzymania moczu. Podcewkowe, beznapięciowe taśmy (TVT, TVT-O) powinny być pierwszą opcją operacyjną u kobiet z nieskomplikowanym wysiłkowym nietrzymaniem moczu. (stopień rekomendacji A)

Otwarta lub laparoskopowa kolposuspensja powinna być zalecana u pacjentek z wysiłkowym nietrzymaniem moczu jeżeli taśmy podcewkowe z jakiś względów nie mogą być zastosowane. Kolposuspensja może być także zastosowana przy jednoczesnym występowaniu cystcele z defektem bocznym, lub wtedy gdy z innych powodów przeprowadzony jest zabieg otwarty lub laparoskopowy. (stopień rekomendacji A)

Pacjentki z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, którym proponuje się taśmę TVT należy poinformować o wyższym ryzyku okołoperacyjnym w porównaniu z taśmami TVT-O (TOT). (stopień rekomendacji A)

Pacjentki, którym proponuje się w przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu, taśmę TVT-O należy poinformować o częstszych dolegliwościach w czasie stosunku oraz bólach np. podczas uprawiania sport. (stopień rekomendacji A)

W czasie zakładania taśm TVT należy intraoperacyjnie przeprowadzić uretrocystoskopię. (stopień rekomendacji B)

Pacjentki, u których proponuje się założenie mini taśmy, (single incision sling) należy poinformować o tym, że efekt leczenia po roku od operacji nie jest jednoznacznie zbadany. (stopień rekomendacji B)

Okołocewkowe bulking agents nie powinny być proponowane pacjentkom, które chcą wyleczyć wysiłkowe nietrzymanie moczu (stopień rekomendacji A)

Zalecenia w terapii operacyjnej skomplikowanego wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet.

Rodzaj operacji w leczeniu skomplikowanego wysiłkowego nietrzymania moczu należy określić indywidualnie po dokładnym zbadaniu pacjentek. (stopień rekomendacji B)

Pacjentkę należy informować o tym, że ponowny zabieg leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu związany jest z mniejszą skutecznością oraz z większym ryzykiem pooperacyjnym. (stopień rekomendacji B)

Zewnętrzny zwieracz cewki moczowej powinien być proponowany jako opcja terapeutyczna tylko w przypadku skomplikowanego wysiłkowego nietrzymania moczu. Pacjentka musi być w stanie obsługiwać zwieracz, musi być także poinformowana o dużym ryzyku problemów technicznych, które mogą prowadzić nawet do konieczności eksplantacji zwieracza. (stopień rekomendacji B)

3.2.5 Komplikacje

W procesie uzyskiwania zgody pacjentki na zabieg należy wymienić wszystkie znane ryzyka związane z proponowaną terapią oraz terapie alternatywne. Pacjentka musi rozumieć również oddziaływanie planowanego zabiegu na jej dalszy styl życia. Celem operacji w przypadku leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu jest poprawa jakości życia pacjentek. W związku z tym, możliwe ryzyka i komplikacje muszą być zestawione z indywidualną szansą na wyleczenie. W związku z planowaną operacyjną terapią leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu należy wymienić następujące, możliwe komplikacje: pęcherz nadreaktywny, zaleganie moczu, uszkodzenie pęcherza moczowego, uszkodzenie cewki moczowej, tworzenie przetok cewkowo-pochwowych oraz pęcherzowo-pochwowych, ogólne komplikacje np. natury kardiologicznej, dermatologicznej, gorączka, infekcje, komplikacje neurologiczne, pulmonologiczne a także bóle i ograniczenia funkcji seksualnych, komplikacje żołądkowo-jelitowe, naczyniowe, krwawienia.

5. Menagement okołoperacyjny

Pacjentki należy informować o tym, że podnoszenie ciężarów powyżej 5kg, jak również trening i wszelkie aktywności podnoszące ciśnienie śródbrzusze, są po operacji zabronione. Należy pacjentce wytłumaczyć także w jaki sposób może wykonywać normalne czynności życiowe, nie obciążając mięśni dna miednicy. Na tym etapie sensowna jest rozmowa z fizjoterapeutą (LOE 3) Należy również wspomnieć pacjentkom, że zbyt wczesne rozpoczęcie aktywności seksualnej może prowadzić do problemów z gojeniem i ewentualnych erozji.