

Wytyczne Zespołu Ekspertów odnośnie postępowania diagnostyczno- terapeutycznego u kobiet z nietrzymaniem moczu i pęcherzem nadreaktywnym

- **Piotr Radziszewski** (Przewodniczący)
Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej
WUM, Warszawa
- **Włodzimierz Baranowski**
Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej WIM,
Warszawa
- **Ewa Nowak-Markwitz**
Klinika Onkologii Ginekologicznej UM, Poznań
- **Tomasz Rehbeger**
II Katedra i Klinika Ginekologii UM, Lublin
- **Jacek Suzin**
I Katedra Ginekologii i Położnictwa, Klinika Ginekologii
Operacyjnej i Onkologicznej, Łódź
- **Andrzej Witek**
Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa, SUM, Katowice

Dnia 18.08.2010 r. w Warszawie spotkała się grupa Ekspertów w celu wypracowania wytycznych odnośnie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u kobiet z nietrzymaniem moczu i pęcherzem nadreaktywnym.

Nietrzymanie moczu i pęcherz nadreaktywny stanowią coraz częstszą przyczynę niskiej jakości życia. Zgodnie z danymi epidemiologicznymi społeczeństwo w Polsce starzeje się, a to nieuchronnie oznacza wzrost zapadalności na oba wymienione schorzenia. Brak jasnych wytycznych co do postępowania u takich pacjentek uniemożliwia objęcie jak największej ich liczby skuteczną opieką. W związku z powyższym Zespół Ekspertów postanowił opracować wytyczne, umożliwiające proste i szybkie podejmowanie decyzji diagnostyczno-terapeutycznych na poziomie gabinetu ginekologicznego, urologicznego oraz wybranych zainteresowanych problemem lekarzy innych specjalności.

Wytyczne te są odzwierciedleniem sugestii zawartych w rekomendacjach NICE (*National Institute of Clinical Excellence*), ICI (*International Consultations on Incontinence*) i EAU (*European Association of Urology*).

Zespół stoi na stanowisku, że diagnostyczno-terapeutyczne postępowanie u kobiet z nietrzymaniem moczu i pęcherzem nadreaktywnym może być realizowane przez wszystkich lekarzy ginekologów i urologów, oraz przez zainteresowanych problemem lekarzy innych specjalności.

1. Definicje

- **Nietrzymanie moczu (NTM)** to niezależny od naszej woli wyciek moczu.
- **Wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM)** to wyciek moczu w trakcie wysiłku fizycznego, kichania, kaszlu.
- **Nagłace nietrzymanie moczu (NNM)** to wyciek moczu, poprzedzony uczuciem parcia nagłacego (nagłej, niemożliwej do opanowania potrzeby oddania moczu).
- **Mieszane nietrzymanie moczu (MNM)** to wyciek moczu związany z parciem nagłacym oraz wysiłkiem, kichaniem, kaszlem.
- **Pęcherz nadreaktywny (OAB)** to występowanie parcia nagłacego, częstomoczu dziennego i/lub nocnego z lub bez nietrzymania moczu. Dla pęcherza nadreaktywnego bez nietrzymania moczu stosuje się nazwę „suchy” pęcherz nadreaktywny, dla pęcherza nadreaktywnego z nietrzymaniem moczu stosuje się nazwę „mokry” pęcherz nadreaktywny.

Istnieją jeszcze inne rodzaje nietrzymania moczu, ale na potrzeby niniejszych wytycznych Zespół postanowił, z racji na ich znacznie rzadsze występowanie, nie omawiać ich.

2. Rozpoznanie

A. Uwagi ogólne

Objawowe rozpoznanie w oparciu o wywiad i podstawowe badanie przedmiotowe, jest wystarczające do podjęcia decyzji o wdrożeniu postępowania podstawowego.

Rekomenduje się aktywne zadawanie pytań odnośnie nietrzymania moczu i parć nagłacych w trakcie każdej wizyty lekarskiej z uwagi na to, że nietrzymanie moczu jest nadal społecznym tematem tabu.

B. Wywiad

Podstawowym pytaniem powinno być pytanie o obecność nietrzymania moczu i/lub parć nagłacych.

Twierdząca odpowiedź na to pytanie powoduje rozszerzenie wywiadu o okoliczności występowania parć i/lub nietrzymania moczu:

- nietrzymanie w trakcie kaszlu, kichania, wysiłku fizycznego,
- nietrzymanie poprzedzone parciem nagłym,
- obecność częstomoczu nocnego i/lub dziennego.

Każda pacjentka powinna odpowiedzieć na prosty test trzech pytań:

Pytanie 1.

Czy w ciągu ostatnich trzech miesięcy zauważyła Pani wyciek moczu, nawet niewielki?

- tak,*
- nie (jeśli zaznaczono tę odpowiedź, kwestionariusz uznaje się za wypełniony).*

Pytanie 2.

Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy wyciek moczu nastąpił podczas (proszę zaznaczyć wszystkie punkty odnoszące się do Pani przypadku):

- wykonywania czynności, takich jak kaszel, kichanie czy podczas ćwiczeń fizycznych?*
- odczuwania parcia lub potrzeby opróżnienia pęcherza, ale nie mogła Pani dostatecznie szybko skorzystać z toalety?*
- braku czynności fizycznych i braku odczuwania parcia?*

Pytanie 3.

Czy podczas ostatnich 3 miesięcy wyciek moczu występował najczęściej (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź):

- w czasie kaszlu, kichania lub podczas ćwiczeń fizycznych?*
- przy odczuwaniu parcia lub potrzeby opróżnienia pęcherza, ale nie mogła Pani dostatecznie szybko skorzystać z toalety?*
- przy braku czynności fizycznych i braku odczuwania parcia?*
- równie często w czasie wykonywania czynności fizycznych, jak i podczas odczuwania parcia?*

Ocena wyników:

Rodzaj nietrzymania moczu określa się na podstawie odpowiedzi na pytanie 3.

- najczęściej podczas wykonywania czynności fizycznych – **tylko wysiłkowe lub przeważające wysiłkowe nietrzymanie moczu;**
- najczęściej podczas odczuwania parcia i potrzeby opróżnienia pęcherza – **tylko nagłące nietrzymanie moczu lub przeważające nagłące nietrzymanie moczu;**
- przy braku czynności fizycznych czy też braku odczuwania parcia – **inna przyczyna lub przeważająca inna przyczyna;**
- równie często podczas wykonywania czynności fizycznych, jak i podczas odczuwania parcia – **mieszane nietrzymanie moczu.**

Kolejnymi punktami wywiadu są choroby współistniejące i przebyte, operacje, porody, status hormonalny, obecność dolegliwości bólowych, krwiomoczu. Należy również określić

jakość życia pacjentki i chęć poddania się leczeniu. Przydatnym elementem wywiadu jest określenie: objętości przyjmowanych płynów, liczby epizodów nietrzymania moczu, liczby mikcji na dobę, liczby mikcji nocnych (nokturia), liczby i nasilenia parć nagłych, określenie nasilenia nietrzymania moczu w oparciu o liczbę i rodzaj zużytych wkładek/podpasek/pieluch. Dane te można zebrać w trakcie wywiadu lub polecić pacjentce wypełnienie trzydniowej karty mikcyjnej.

C. Badanie fizykalne

- Następujące punkty są obowiązkowe w trakcie badania:
 - badanie ginekologiczno-urologiczne w pozycji litotomijnej z oceną napięcia mięśni, ogólna ocena statyki miednicy mniejszej, stanu estrogenizacji pochwy, obecności infekcji, obecności przetok,
 - próba kaszlowa w pozycji ginekologicznej i stojącej.
- Nie są zalecane:
 - badanie neurologiczne,
 - dokładna klasyfikacja zaburzeń statyki,
 - badanie *per rectum*.

D. Badania dodatkowe

- Badanie ogólne moczu. Test paskowy lub badanie laboratoryjne wykonuje się celem ewentualnego wykrycia w moczu: glukozy, krwi, białka, leukocytów i azotynów.
 - kobiety z objawami infekcji dróg moczowych powinny mieć dodatkowo wykonany posiew moczu wraz z antybiogramem,
 - posiewu moczu nie wykonuje się rutynowo i w przypadku bezobjawowej leukocyturii i/lub obecności azotynów w moczu.
- Ocena zalegającego moczu powinna być wykonywana u kobiet z objawami sugerującymi dysfunkcję mikcyjną (osłabiony strumień moczu, używanie tłoczni brzusznej, uczucie zalegania po mikcji) oraz u kobiet z nawracającymi infekcjami dróg moczowych.
- Ocenę zalegania moczu powinno się wykonywać za pomocą badania ultrasonograficznego (preferowane) lub poprzez cewnikowanie pęcherza.

Następujące badania diagnostyczne nie są zalecane w postępowaniu podstawowym:

- cystoskopia, badanie ultrasonograficzne (z wyjątkiem USG przezpochwowego ze wskazań ginekologicznych), badanie urodynamiczne, test podpaskowy, testy Q-tip, Bonneya, Marshall'a oraz test mostka wodnego.

Przeprowadzenie powyższego wywiadu oraz wykonanie rekomendowanych badań pozwala z dużym prawdopodobieństwem na ustalenie z jakiego rodzaju nietrzymaniem moczu mamy do czynienia.

3. Wskazania do przesłania pacjentki do ośrodka referencyjnego

- znaczne, powodujące dolegliwości wypadanie narządu płciowego,
- zaleganie moczu powyżej 200ml lub 50% pojemności pęcherza,
- nawrotowe nietrzymanie moczu,
- krwimocz,
- nietrzymanie moczu związane z bólem w obrębie miednicy,
- nawrotowe infekcje dróg moczowych (więcej niż 3 epizody infekcji w ciągu roku, potwierdzonych posiewem moczu),
- nietrzymanie moczu po radioterapii,
- podejrzenie przetoki.

4. Podstawowe postępowanie terapeutyczne

A. Uwagi ogólne

- W ramach podstawowego postępowania terapeutycznego, po wykonaniu wyżej wymienionych badań możemy rozpocząć leczenie. W przypadku dobrej tolerancji leczenia pierwsza ocena powinna mieć miejsce po upływie 2-3 miesięcy i jeżeli leczenie jest skuteczne powinno być kontynuowane przez okres minimum 6 miesięcy. Jeżeli leczenie jest nieskuteczne po 2-3 miesiącach, przy przestrzeganiu przez pacjentkę zaleceń terapeutycznych, należy rozważyć skierowanie pacjentki do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności.
- W trakcie kontrolnej wizyty (po 2-3 miesiącach) należy ocenić:
 - stopień poprawy oceniany przez pacjenta,
 - stopień poprawy oceniany przez lekarza,
 - stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych (jeśli nie były przestrzegane i brak jest poprawy klinicznej, należy ponowić zalecenia).
- W trakcie kontroli obowiązują wszystkie punkty wywiadu (patrz wyżej) oraz ogólna ocena poprawy w skali 5 stopniowej (pogorszenie, brak poprawy, niewielka poprawa, znaczna poprawa, wyleczenie). Nie obowiązują natomiast badanie fizykalne oraz badania diagnostyczne, jeżeli ich wykonanie nie jest sugerowane przez wywiad z pacjentką lub wytyczne co do diagnostyki i monitorowania innych schorzeń i/lub leczenia.
- Pacjentki po konsultacji w ośrodku referencyjnym. Nawrotowe nietrzymanie moczu, nagłace nietrzymanie moczu, utrzymywanie się parć nagłacych po leczeniu operacyjnym wysiłkowego nietrzymania moczu; jeżeli zostały zdiagnozowane w ośrodku referencyjnym mogą być leczone i kontrolowane przez lekarzy ginekologów i urologów, oraz przez zainteresowanych problemem lekarzy innych specjalności.

B. Leczenie wysiłkowego nietrzymania moczu

I. Modyfikacje stylu życia i fizykoterapia

- Rekomendowane jest zmniejszenie masy ciała.
- Rekomendowane jest zaprzestanie ciężkiej pracy fizycznej i palenia tytoniu.
- Rekomendowana jest zmiana diety (np. zmniejszenie spożycia napojów gazowanych, kofeiny, sztucznych środków słodzących).
- Rekomendowana jest poprawa sprawności mięśni - ćwiczenia mięśni dna miednicy (wymagany jest nadzór).
- Rekomendowana jest elektrostymulacja przezpochwowa mięśni dna miednicy w połączeniu z ćwiczeniami.
- Rekomendowane jest stosowanie pessarów odpowiednio dobranych pod względem rodzaju i wielkości u pacjentek, u których istnieją przeciwwskazania do leczenia operacyjnego oraz u tych, które nie chcą się operować. Większość pacjentek można nauczyć zakładania rano i wyjmowania wieczorem pessarów. Noszenie pessara na stałe (bez wyjmowania na noc) powinno być stosowane tylko w wyjątkowych sytuacjach, przez krótki okres czasu, pod bezwzględnie przestrzeganiem nadzorem specjalisty.
- Nie są rekomendowane do stosowania w ramach postępowania podstawowego: *biofeedback* oraz stymulacja magnetyczna. Mogą one być wykonywane w ośrodkach specjalizujących się w leczeniu nietrzymania moczu.

II. Leczenie farmakologiczne

- Miejscowa estrogenoterapia może być zastosowana jeżeli wystąpienie dolegliwości ma czasowy związek z menopauzą i stwierdzone są zmiany zapalno/zanikowe sromu i pochwy. Estrogenoterapia miejscowa nie ma udowodnionego działania w leczeniu WNM. Rekomendowane jest zastosowanie miejscowej estrogenoterapii przed leczeniem zabiegowym WNM u pacjentek z klinicznie stwierdzoną atrofią urogenitalną.
- Duloksetyna nie powoduje wyleczenia WNM u kobiet. Wykazano większą skuteczność duloksetyny w relacji do *placebo* i ćwiczeń mięśni dna miednicy w zmniejszeniu nasilenia WNM i poprawie jakości życia kobiet, choć różnica jest niewielka.
- Leki alfaadrenomimetyczne (efedryna, pseudoefedryna, midodryna, fenylopropanolamina) nie są rekomendowane w leczeniu farmakologicznym WNM.

Możliwe jest również niezastosowanie żadnego leczenia, jeżeli pacjentka uważa, że objawy nie są na tyle nasilone, by zastosować zaproponowaną terapię. Nieleczenie jest zwykle jedną z opcji, którą pacjentka może rozważyć.

III. Leczenie zabiegowe WNM

W przypadku nieskutecznego postępowania podstawowego należy rozważyć skierowanie pacjentki na leczenie zabiegowe WNM. W ramach przygotowania do leczenia zabiegowego rekomendowane jest wykonanie, poza badaniami wymienionymi w postępowaniu podstawowym, badań obrazowych układu moczowo-płciowego, badania urodynamicznego, testu podpaskowego.

Zalecanym leczeniem chirurgicznym WNM, o udowodnionej skuteczności, są operacje pętłowe (ang. MUS – *Mid-Urethral Slings*) oraz operacja sposobem Burcha.

Nie zaleca się wykonywania, nieskutecznych w leczeniu WNM, operacji plastyki przedniej ściany pochwy i szyi pęcherza moczowego.

C. Leczenie pęcherza nadreaktywnego

I. Modyfikacje stylu życia i fizykoterapia

- Rekomendowana jest zmiana diety (np. zmniejszenie spożycia napojów gazowanych, kofeiny, sztucznych środków słodzących).
- Nie jest rekomendowane ograniczanie ilości przyjmowanych płynów, jeśli dobowa ilość płynów nie przekracza 3000ml.
- Trening pęcherza należy zalecać tylko tym pacjentkom, które są skłonne ściśle go przestrzegać przez minimum 6 tygodni.
- Elektrostymulacja mięśni dna miednicy, techniki *bio-feedback* nie są rekomendowane w postępowaniu podstawowym w przypadku pęcherza nadreaktywnego.

II. Farmakoterapia

- Farmakoterapia lekami antycholinergicznymi jest podstawowym sposobem leczenia pęcherza nadreaktywnego i nagłego nietrzymania moczu.
- Rekomendowane jest stosowanie dawkowania zgodnego z rejestracją leku (darifenacyna 1x7.5-15mg, fesoterodyna 1x4-8mg, oksybutynina 3x5mg, solifenacyna 1x 5-10mg, tolterodyna 2x2mg, trospium 2x20mg).
- Zmniejszenie rekomendowanej dawki powoduje istotne obniżenie skuteczności terapii i nie jest zalecane.
- W przypadku nietolerancji rekomendowanej dawki, zalecana jest zmiana preparatu.
- Rekomendowane jest stosowanie leków nowej generacji, zwłaszcza u osób w starszym wieku i z chorobami towarzyszącymi, z uwagi na ich korzystny profil bezpieczeństwa (darifenacyna, fesoterodyna, solifenacyna).
- Miejscowa estrogenoterapia może być skuteczna w łagodzeniu objawów OAB, gdy współistnieją one ze zmianami zanikowymi w obrębie układu moczowo-płciowego u kobiet w okresie około i pomenopauzalnym. Nie należy jednak stosować estrogenów (w monoterapii) w leczeniu NNM i OAB,

ponieważ brak jest dowodów wskazujących na ich bezpośredni wpływ na dolne drogi moczowe. Estrogeny należy zawsze kojarzyć z lekami antycholinergicznymi.

- Skuteczność farmakoterapii należy oceniać po 2-3 miesiącach, jeżeli wcześniej nie pojawiły się nasilone, istotne dla pacjentki objawy niepożądane. Farmakoterapia powinna trwać minimum 6 miesięcy. Jeżeli po 6 miesiącach, po odstawieniu leku występuje nawrót dolegliwości, należy na nowo włączyć farmakoterapię.

III. Leczenie zabiegowe

W przypadku nieskutecznego postępowania podstawowego należy rozważyć skierowanie pacjentki na leczenie zabiegowe OAB. W leczeniu zabiegowym pęcherza nadreaktywnego rekomendowane jest stosowanie toksyny botulinowej dopęcherzowo oraz neuromodulacji korzeni krzyżowych. Leczenie to powinno być prowadzone w ośrodkach referencyjnych.

D. Leczenie mieszanego nietrzymania moczu

Postępowaniem z wyboru w przypadku MNM jest leczenie w pierwszej kolejności objawów dominujących. W przypadku decyzji o postępowaniu chirurgicznym w MNM, przed zabiegiem rekomendowane jest leczenie farmakologiczne komponenty pęcherza nadreaktywnego.

Każdej pacjentce z MNM powinno rekomendować się:

- modyfikacje stylu życia i fizykoterapię w połączeniu z lekami antycholinergicznymi,
- w przypadku decyzji o leczeniu operacyjnym MNM należy wdrożyć przed zabiegiem leki antycholinergiczne i kontynuować je minimum 6 miesięcy po zabiegu.

5. Postępowanie z pacjentkami po diagnostyce/leczeniu specjalistycznym

A. Pacjentki po leczeniu operacyjnym wysiłkowego nietrzymania moczu, u których nadal występują objawy WNM, MNM lub OAB:

- powinny mieć wykonaną diagnostykę na poziomie podstawowym, ze zwróceniem szczególnej uwagi na możliwość infekcji dróg moczowych, erozji taśmy i zalegania moczu,
- w przypadku wystąpienia erozji lub zalegania moczu pacjentkę należy skierować do ośrodka referencyjnego,
- w przypadku istnienia objawów OAB (przy braku infekcji, erozji i zalegania moczu) powinny otrzymać farmakoterapię lekami antycholinergicznymi,
- w przypadku nieskutecznego leczenia operacyjnego (ocena po 3 miesiącach od zabiegu) lub nawrotu WNM powinny być skierowane do ośrodka referencyjnego.

B. Pacjentki po leczeniu zabiegowym pęcherza nadreaktywnego, u których pojawiły się objawy WNM powinny być diagnozowane i leczone zgodnie z postępowaniem podstawowym.

Deklaracja konfliktu interesów

Włodzimierz Baranowski

– konsultant i wykładowca AMS, Astellas Pharma, Bayer Schering, Covidien, Johnson&Johnson, Novo Nordisk, Pfizer.

Ewa Nowak-Markwitz

– konsultant i wykładowca Amgen, Bayer Schering, GSK, MSD, Novo Nordisk.

Piotr Radziszewski

– konsultant i wykładowca Astellas Pharma, Adamed, Allergan, AMS, Berline Chemie, GSK, MSD, ONO, PierreFabre, Solvay, Pfizer, G-Pharma.

Tomasz Rechberger

– konsultant i wykładowca Astellas Pharma, Adamed, Alergan, Covidien, Johnson&Johnson, ONO, Novo Nordisk, Pfizer.

Jacek Suzin

– konsultant i wykładowca Elan, Farmolan, ICON.

Andrzej Witek

– nie zgłasza.

Piśmiennictwo

1. Urinary incontinence the management of urinary incontinence in women. RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*, 2006.
2. Urinary incontinence. The management of urinary incontinence in women. quick reference guide. *National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2006.
3. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, [et al.]. *Incontinence*. 4th EDITION 2009. Health Publication Ltd 2009.
4. Zasady postępowania u chorych z nietrzymaniem moczu. Wersja polska zaaprobowana przez PTU, w oparciu o *Guidelines on Incontinence EAU*. BW PTU 2010
5. *Neurourology and Urodynamics*. 2010, 29,(1), 1-240.

Wydrukowano w:

Ginekol Pol. 2010, 81, 789-793