

Wysiłkowe nietrzymanie moczu, zastosowanie pessarów.

Nietrzymanie moczu (NM) według szacunków dotyczy 4-6 milionów Polaków obu płci, jednak liczba ta uznawana jest za niedoszacowaną. Wysiłkowe nietrzymanie moczu dotyczy aż 50% przypadków osób z nietrzymaniem moczu. Najczęściej występuje u kobiet w okresie pomenopauzalnym (ogółem 60% kobiet, a po 75r.ż. dotyczy 75% kobiet), niemniej około 36% kobiet w okresie rozrodczym także cierpi na tą przypadłość.

Wysiłkowe nietrzymanie moczu (ang. stress urinary incontinence – SUI) to niekontrolowany wypływ moczu wskutek zwiększonego ciśnienia śródbrzusznego w wyniku ciężkiego wysiłku fizycznego (zwłaszcza porodu), kaszlu, zaparc czy kichania. Powodowane to może być nadmierną ruchomością szyi pęcherza moczowego (powodowana niewydolnością przepony miednicy) lub niewydolnością mięśni zwieraczy. Klinicznie klasyfikuje się je na trzy typy:

I stopień – nietrzymanie moczu występuje tylko w pozycji stojącej po gwałtownym wzroście ciśnienia śródbrzusznego;

II stopień – nietrzymanie moczu występuje stale przy aktywnościach fizycznych;

III stopień – nietrzymanie moczu występuje w pozycji leżącej już przy nieznacznym wysiłku.

Czynnikami predysponującymi do wystąpienia wysiłkowego nietrzymania moczu są: płeć żeńska, rasa kaukaska, predyspozycje genetyczne, choroby układu nerwowego, wady anatomiczne, ciąża i poród, zabiegi operacyjne w okolicach miednicy, radioterapia, cukrzyca. Czynniki sprzyjającymi są: palenie tytoniu, otyłość (BMI powyżej 30), infekcje układu moczowego, zwiększone spożycie płynów, niektóre leki (Duloksetyna, leki antycholinergiczne), podeszły wiek, ograniczony ruch, niedobór estrogenów (menopauza) i zaburzenia funkcji poznawczych.

Leczenie wysiłkowego nietrzymania moczu dzieli się na dwa etapy: leczenie zachowawcze i operacyjne. Skuteczne leczenie zachowawcze wyklucza potrzebę dalszego leczenia. Do leczenia zachowawczego zaliczamy m.in.:

-zmianę trybu życia – wyeliminowanie czynników sprzyjających powstawaniu wysiłkowego nietrzymania moczu;

-trening pęcherza moczowego - terapia polegająca na nauce kontroli mięśnia wypierającego pęcherz tak, aby móc hamować jego aktywność;

-kinezyterapię - ćwiczenie mięśni Kegla, które wchodzi w skład przepony miednicy, dzięki któremu możliwe jest powstrzymanie się od bezwiednego oddawania moczu;

-ćwiczenia myofeedback – nauka napinania i rozluźniania mięśni z możliwością monitorowania postępów leczenia;

-elektrostymulacja – powodująca wzmocnienie mięśni;

-stosowanie stożków pochwowych, które wzmacniają mięśnie dna miednicy;

-leczenie farmakologiczne z zastosowaniem estrogenów, estriolów, leków pobudzających receptory alfa-adrenergiczne (także łączenie ich z estrogenami), leków antycholinergicznych oraz duloksetyny;

-stosowanie urządzeń zewnątrzcewkowych (łatki), wewnątrzcewkowych (zatyczki) oraz wewnątrzpochwowych (pessary) powodujących ucisk lub zamknięcie cewki moczowej, uniesienie szyi pęcherza i/lub cewki od strony pęcherza.

Na szczególną uwagę zasługują metoda wymieniona jako ostatnia. Pessary stosowane są u kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, u których przepona miednicy jest wydolna i nie występuje obniżenie ścian pochwy, lub jest ono nieznaczne. Dostępne na rynku modele posiadają szeroką gamę rozmiarów, czy materiałów z których są wykonane, przez co ginekolog może dobrać odpowiedni typ dla pacjentki. Odpowiednio dobrany i stosowany pessar pozwala w niektórych przypadkach całkowicie uniknąć operacji chirurgicznej.

Na potrzeby terapii wysiłkowego nietrzymania moczu stosuje się pessary cewkowe i kołnierzowe. Najnowsze ich generacje wykonane są z miękkich materiałów, które minimalizują uczucie dyskomfortu i pozwalają na samodzielną ich aplikację przez pacjentkę w trakcie dnia lub przed wysiłkiem. Ginekolog, po doborze pessara, udziela niezbędnych instrukcji dla pacjentki dotyczących założenia oraz korzystania z urządzenia.

Pessary, które są usuwane na noc wiążą się z minimalnym ryzykiem powikłań. Producenci nierzadko dołączają kremy przeciwzapalne lub z dodatkiem estrioli, które zmniejszają dyskomfort związany z użytkowaniem pessarów lub wspomagają terapię. Podczas stosowania pessarów należy przestrzegać terminów wizyt u lekarza oraz postępować zgodnie ze wskazówkami producenta. W przypadku odpowiedniego stosowania pessarów dziennych nie stwierdzono występowania skutków ubocznych.

W terapii zachowawczej warto rozważyć zastosowanie pessarów ze względu na małą inwazyjność, możliwość samodzielnej aplikacji przez pacjentkę, łatwe utrzymanie higieny, relatywnie niski dyskomfort i możliwość uniknięcia interwencji chirurgicznej.

- [1] Położnictwo i ginekologia. Tom 2. G. Bręborowicz, PZWL 2016
- [2] Oxford handbook of obstetrics and gynaecology. S. Collins, S. Arulkumaran, K. Hayes, S. Jackson, L. Impey, Oxford University Press, 2016
- [3] Oxford handbook of urology. J. Reynard, S. Brewster, S. Biers, Oxford University Press, 2016
- [4] Urologia. Podręcznik dla studentów medycyny. A. Borkowski, PZWL, 2008
- [5] Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu. M. Bidzan, Wydawnictwo Impuls, 2008
- [6] Stosowanie pessarów pochwowych. Komentarz do wytycznych SOGC. E. Właźlak, G. Surkont, Portal Medycyna Praktyczna (<https://www.mp.pl/ginekologia/wytyczne/sogc/170796,stosowanie-pessarow-pochwowych-komentarz-do-wytycznych-sogc>), 2014