



Polskie Towarzystwo Ginekologiczne Polish Gynaecological Society

Poland, 60-535 Poznań, ul. Polna 33; tel.: +48 (61) 84-19-307; 84-19-330; fax.: +48 (61) 84-19-690; 84-19-465
e-mail: ptgzg@gpsk.am.poznan.pl; ptgzg@poczta.onet.pl; www.gpsk.am.poznan.pl/ptg

Poznań, 20 września 2005 r.

Prezes:
President:
prof.dr hab.n.med.
Marek Spaczyński
tel: +48 61 84-19-330

Prezes-Elekt:
President-elect:
prof.dr hab.n.med.
Jan Kotarski
tel. +48 81 532-78-47

Vice Prezesi:
Vice Presidents:
prof.dr hab.n.med.
Antoni Basta
tel. +48 12 424-85-60
prof.dr hab.n.med.
Krzysztof Szaflik
tel. +48 42 271-11-74

Sekretarz:
Secretary:
prof.dr hab.n.med.
Leszek Pawelczyk
tel. +48 61 84-19-412

Skarbnik:
Treasurer:
prof.dr hab.n.med.
Krzysztof Drews
tel. +48 61 84-19-223

Redaktor Naczelny
„Ginekologii Polskiej”
Chief Editor of :
„Polish Gynaecology”
prof.dr hab.n.med.
Longin Marianowski
tel. +48 22 502-14-30

Redaktor Naczelny:
Chief Editor of:
„Polish Journal of Gynaecological
Investigations”
prof.dr hab.n.med.
Artur Jakimiuk
tel. +48 22 508-11-20

Sekretariat ZG PTG:
Klinika Onkologii Ginekologicznej
60-535 Poznań, ul. Polna 33
tel. 061 84-19-265
fax. 061 84-19-465
ptgza@gpsk.am.poznan.pl

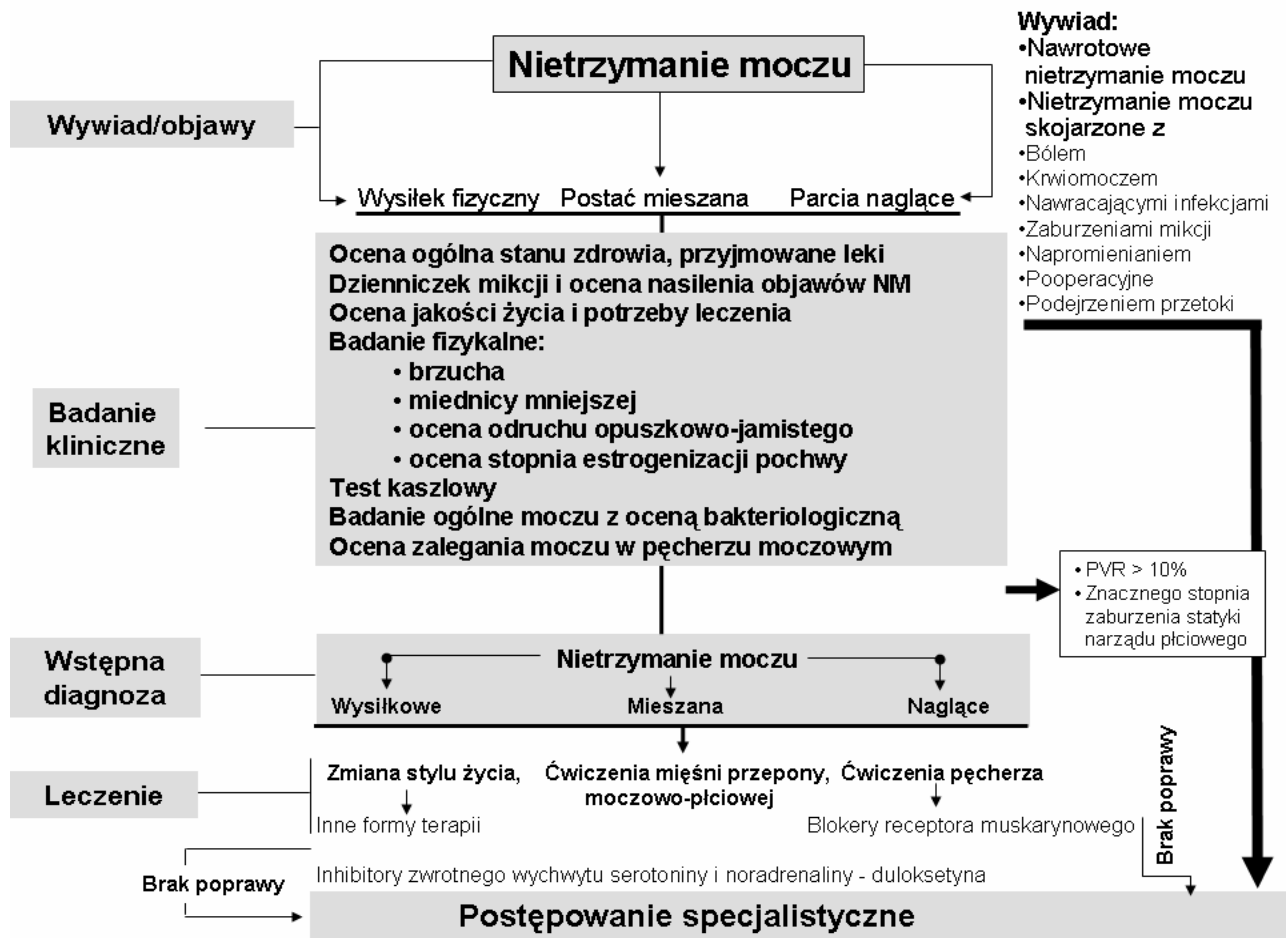
NIP: 526-17-46-830
REGON: 010144412
Bank PKO BP I/O Poznań
Nr konta:
29 1020 4027 0000 1702 0032 9656

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie diagnostyki i leczenia nietrzymania moczu u kobiet.

Niniejsze wytyczne opracowane i zaakceptowane przez zespół ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego odzwierciedlają współczesne trendy w diagnostyce i terapii nietrzymania moczu (NM) u kobiet i pozostają w zgodzie ze stanowiskiem towarzystw: International Consultation on Incontinence (ICI) oraz International Continence Society (ICS). Używane w całym dokumencie nazewnictwo jest jednolite i zgodne z zaleceniami ICS.

- Postępowanie z pacjentkami skarżącymi się na nietrzymanie moczu dzielimy na : wstępne oraz specjalistyczne postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne (w tekście zamieszczono schematy diagnostyczno-terapeutyczne zalecane przez ICI)
- Pierwszy kontakt pacjentki z lekarzem ma na celu zebranie dokładnego wywiadu chorobowego, badanie fizykalne oraz wykonanie podstawowych testów diagnostycznych. Jeżeli na tym etapie zostanie wdrożone leczenie to zawsze nosi ono nazwę „wstępnego” niezależnie od tego przez kogo zostało ono zaordynowane (Rycina 1).

Ryc. 1 Postępowanie wstępne w przypadku nietrzymania moczu u kobiet



PVR – objętość moczu zalegająca po mikcji

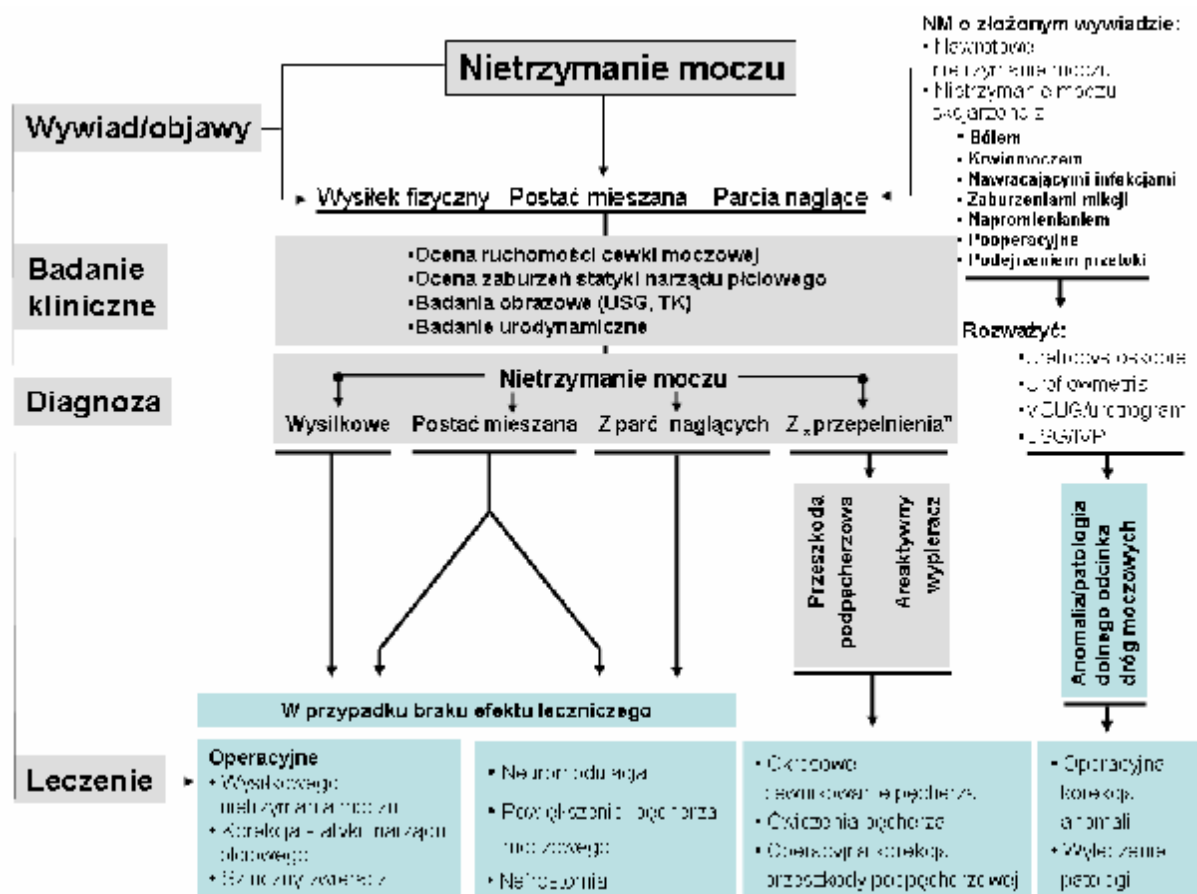
- W zależności od objawów klinicznych oraz okoliczności w których występuje nietrzymanie moczu pacjentkę należy wstępnie zakwalifikować do jednej z poniższych grup:
 1. NM podczas aktywności fizycznej (związane ze wzrostem ciśnienia śródbrzusznego)
 2. NM z parciem nagłymi i częstomoczem
 3. NM z objawami mieszanymi
 4. NM z wywiadem złożonym (choroby współistniejące, np. stwardnienie rozsiane)
- Wstępną kwalifikację należy zweryfikować dodatkowymi procedurami diagnostycznymi (szczegółowy wywiad chorobowy w kierunku czynników ryzyka NM, dzienniczek mikcji, kwestionariusz stopnia nasilenia dolegliwości związanych z NM, kwestionariusz oceniający jakość życia pacjentki z NM). Istotnych informacji dostarczają: analiza i posiew moczu oraz ocena objętości moczu zalegającego po mikcji (PVR – post void residue). Na tym etapie niezbędna jest ocena stopnia estrogenizacji pochwy (cytologiczne wykładniki atrofii oraz ocena odczynu pH) i zaburzeń statyki narządu płciowego. Po potwierdzeniu cytologicznych wykładników atrofii i/lub związanych z nią dolegliwości zaleca się rozpoczęcie miejscowej terapii estrogenowej oraz ponowną ocenę statusu cytohormonalnego pochwy po upływie 6 tygodni. Zalecane są preparaty estriolu lub estradiolu (Załącznik 1). W przypadku konieczności szybkiej estrogenizacji (przygotowanie do zabiegu operacyjnego) należy zastosować miejscową hormonoterapię opartą na estradiolu przez okres co najmniej 14 dni.
- Statykę narządu płciowego należy oceniać wg klasyfikacji POPQ (Załącznik 2). Pacjentki z klinicznie istotnymi zaburzeniami statyki (II, III i IV stopień POPQ) oraz chore ze znacznym zaleganiem moczu po mikcji kwalifikowane są, po uprzednim leczeniu zmian atroficznych, do leczenia specjalistycznego.

- U pacjentek bez złożonego wywiadu NM i z prawidłową statyką narządu płciowego zalecanymi formami leczenia wstępnego są: zmiana stylu życia, ćwiczenia mięśni dna miednicy, trening pęcherza moczowego oraz estrogenoterapia miejscowa. Uzupełniającymi metodami leczniczymi są: ćwiczenia z użyciem perineometru Kegela, elektrostymulacja zewnętrzna oraz stosowanie stożków dopochwowych o zmiennej wielkości i ciężarze.
- Nową formą terapii zachowawczej wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet jest inhibitor zwrotnego wychwytu serotoniny i noradrenaliny (duloksetyna). Stopień referencyjności preparatu IA.
- U pacjentek z NM na tle parć naglących zaleca się rozpoczęcie terapii lekami antymuskarynowymi już na etapie postępowania wstępnego (Załącznik 3). Warunkiem rozpoczęcia terapii jest wykluczenie infekcji oraz zmian organicznych w obrębie dróg moczowych (guzy miednicy mniejszej modelujące pęcherz moczowy, guzy i kamica pęcherza moczowego).
- Tylko preparaty o stopniu referencyjności 1A charakteryzują się wysoką efektywnością kliniczną. Niezbędne jest ustalenie najniższej dawki pozwalającej na uzyskanie optymalnego efektu terapeutycznego przy minimalnym nasileniu dolegliwości związanych z niepożądanym działaniem leku. W świetle aktualnie dostępnych badań najkorzystniejsze efekty kliniczne u pacjentów z nagłą formą NM uzyskuje się po zastosowaniu solifenacyny lub tolterodyny.
- Jeżeli u pacjentki występują objawy mieszane początkowo należy leczyć objaw dominujący.
- W przypadku złożonego wywiadu chorobowego w kierunku NM leczenie wstępne należy zastosować jedynie u chorych, u których objętość moczu zalegającego po mikcji jest mała.
- Udokumentowane zakażenia układu moczowego należy bezwzględnie wyleczyć przed rozpoczęciem postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Terapią z wyboru jest podanie trometamolu fosfomycyny (jednorazowo) albo antybiotyków chinolinowych lub pochodnych nitrofuranu przez okres co najmniej 7 dni. W przypadku braku poprawy proponujemy leczenie celowane oparte na wyniku posiewu moczu i antybiogramu.
- W przypadku nawracających zakażeń układu moczowego u kobiet po menopauzie zalecanym postępowaniem uzupełniającym jest miejscowa estrogenoterapia.
- Chore, u których trzymiesięczne leczenie wstępne zakończyło się niepowodzeniem, należy niezwłocznie skierować do leczenia specjalistycznego.
- Postępowanie specjalistyczne zalecane jest z wyboru u pacjentek z klinicznie istotnymi zaburzeniami statyki narządu płciowego oraz w sytuacjach, gdy PVR przekracza 10% pojemności cystometrycznej pęcherza (w praktyce > 100 ml).

Postępowanie specjalistyczne

- Określenie postępowanie specjalistyczne zarezerwowane jest dla procedur pozwalających na wnikliwą, multidyscyplinarną ocenę stanu klinicznego chorej a co za tym idzie, precyzyjne określenie przyczyny NM. Tego typu postępowanie umożliwia optymalizację procedur terapeutycznych (Rycina 2).
- Integralną częścią postępowania specjalistycznego jest badanie urodynamiczne, na które składa się cystometria i profilometria cewkowa. Należy ponownie dokonać oceny stopnia zaburzeń statyki narządu płciowego oraz nasilenia zmian atroficznych pochwy i sromu.
- Stopień niewydolności zwieracza pęcherza moczowego u chorych z wysiłkowym nietrzymaniem moczu określa się na podstawie pomiaru profilu ciśnienia cewkowego (UPP – urethral pressure profile) lub ciśnienia panującego w pęcherzu w momencie, w którym obserwuje się wyciekanie moczu przez cewkę podczas próby Valsalvy (VLPP – Valsalva leak point pressure). W uzasadnionych przypadkach należy przed planowanym leczeniem operacyjnym wykonać uretrocystoskopię.
- U pacjentek z potwierdzonym urodynamicznie wysiłkowym nietrzymaniem moczu lub postacią mieszaną NM z dominacją komponenty wysiłkowej zaleca się leczenie operacyjne. Dotyczy to pacjentek u których leczenie wstępne nie dało żadnej lub prawie żadnej poprawy.

Rycina 2. Postępowanie specjalistyczne w przypadku nietrzymania moczu u kobiet



PVR – objętość moczu zalegająca po mikcji
VCUG - wideocystourethrografia

Leczenie operacyjne – uwagi szczególne.

- Ze względu na udowodnioną efektywność kliniczną operacjami z wyboru w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu są: kolposuspensja sposobem Burcha oraz zabiegi slingowe (techniki operacyjne wykorzystujące dostęp załonowy i przez otwory zasłonięte) z wykorzystaniem syntetycznych materiałów opartych na polimerach propylenu (taśmy, siatki) oraz innych przeznaczonych do tego celu materiałów chirurgicznych.
- Alternatywnymi biomateriałami chirurgicznymi o szerokich perspektywach zastosowania w procedurach operacyjnych związanych z leczeniem NM są implanty ksenogeniczne.
- Właściwa trofika pochwy i struktur powięziowych miednicy mniejszej oraz poprawna technika operacyjna to warunki niezbędne do uzyskania sukcesu terapeutycznego. W przypadku zmian atroficznych w obrębie pochwy miejscowe leczenie estrogenowe jest obligatoryjne zarówno przed jak i po zabiegu operacyjnym, szczególnie w przypadku użycia syntetycznych materiałów chirurgicznych.
- Zakładanie dodatkowych szwów syntetycznych zacieśniających hamak podcewkowy może zwiększać odsetek powodzeń terapeutycznych.
- W chwili obecnej nie można jeszcze jednoznacznie wypowiedzieć się (zbyt krótki okres obserwacji) czy droga przez otwór zasłonięty wyprze całkowicie techniki oparte na slingu załonowym. Zabiegi wykonywane z dostępu przez otwór zasłonięty zmniejszają istotnie ryzyko powikłań śródoperacyjnych (perforacje pęcherza moczowego, cewki moczowej, jelita, urazy dużych naczyń oraz krwiaki załonowe). Obserwacje krótkoterminowe potwierdzają wysoką efektywność kliniczną technik zabiegowych stosowanych w leczeniu NM z dostępu przez otwory zasłonięte.
- W przypadku zaburzeń statyki narządu płciowego i współistniejącego wysiłkowego nietrzymania moczu konieczna jest korekta defektu anatomicznego.

Nagłace nietrzymanie moczu

- Nagłace nietrzymanie moczu jest jednym z objawów (oprócz parć nagłacych, zwiększonej częstości mikcji i nokturii) zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB – overactive bladder). Zespół ten rozpoznawany jest na podstawie wywiadu a leczenie (po wykluczeniu infekcji i przyczyn organicznych) polega na stosowaniu preparatów antycholinergicznym działających na receptory muskarynowe M2 i M3 znajdujące się w mięśniówce wypieracza (Załącznik 3).
- Nowe preparaty antycholinergiczne (tolterodyna, solifenacyna, darifenacyna) wykazują lepszy profil tolerancji i efektywności klinicznej w porównaniu z oksybutyniną, która ciągle (względnie ekonomiczne) pozostaje lekiem pierwszego rzutu w leczeniu objawów OAB.
- W przypadku braku poprawy lub bardzo nasilonych objawów ubocznych związanych z podawaniem leków antycholinergicznym można rozważyć inne specjalistyczne procedury terapeutyczne (stymulacja nerwów krzyżowych, neuromodulacja z wykorzystaniem toksyny botulinowej), ale zawsze decyzja taka musi być poprzedzona badaniem urodynamicznym oraz cystoskopowym (wykluczenie śródmięzszowego zapalenia pęcherza moczowego).

*Prezes
Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego
prof.dr hab.n.med. Marek Spaczyński*

Załączniki:

Załącznik 1. Preparaty estrogenów do stosowania miejscowego u kobiet z nietrzymaniem moczu dostępne w Polsce (wg stanu na dzień 17 września 2005 roku).

PREPARATY ESTRIOLU			
Nazwa handlowa	Postać	Dawka/skład	Opakowanie
Ovestin	glob. dopochw.	0,5 mg	15 globulek
Ovestin	krem	0,001 g/g	15 g + aplikator
Ovestin	tabl.	0,002 g	30 tabl.
Oekolp	krem dopochwowy	0,001 g/g (0,1%)	25 g
Oekolp forte	glob. dopochw.	0,5 mg	10 glob.
Ortho-Gynest	krem dopochwowy	0,1 mg/g (0,01%)	80 g + aplikator
Ortho-Gynest D	glob. dopochw.	0,0035 g	6 glob.
PREPARATY ESTRADIOLU			
Nazwa handlowa	Postać	Dawka/skład	Opakowanie
Vagifem	tabl. dopochw.	0,025 mg	15 tabl.

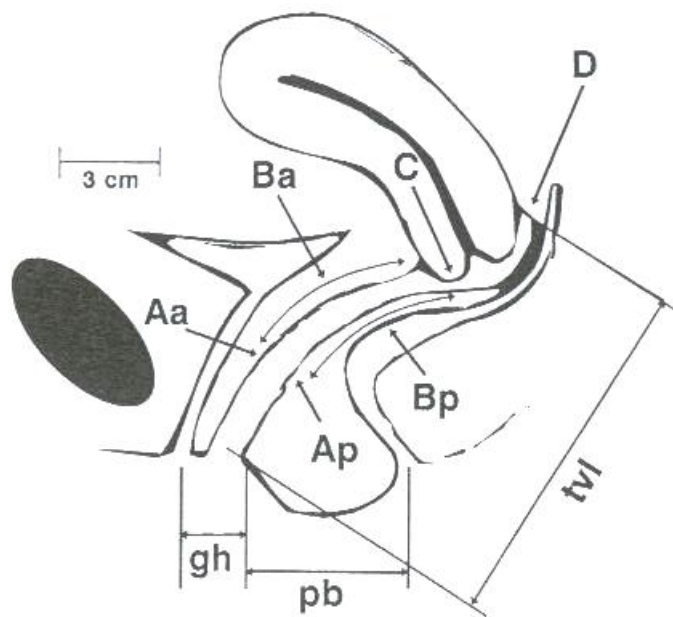
Załącznik 2. Klasyfikacja Pelvic Organ Prolapse Quantification (POPQ); Bump i wsp., 1996.

Klasyfikacja Pelvic Organ Prolapse Quantification (POPQ) umożliwia precyzyjne określenie nasilenia zaburzeń statyki narządu płciowego u kobiet po przeprowadzeniu wyłącznie badania klinicznego.

Wynik badania obniżenia lub wypadania narządów miednicy mniejszej u kobiet powinien zawierać opis ich największego wysunięcia stwierdzonego przez pacjentkę podczas jej codziennej aktywności. Wypadanie można uznać za największe, gdy (i) podczas parcia przez badaną nie obserwuje się wzrostu napięcia uwypuklonej ściany pochwy, (ii) pociąganie za wypadający narząd nie powoduje dalszego obniżania, (iii) w opinii pacjentki wysunięcie narządu jest maksymalne, (iv) stopień wypadania został potwierdzony w czasie parcia w pozycji stojącej. W opisie techniki badania, oprócz podania pozycji pacjentki podczas inspekcji, rodzaju fotela, czy instrumentów medycznych, należy odnotować stopień wypełnienia pęcherza moczowego i odbytnicy, a także metodę wywoływania parcia (próba Valsalvy, kaszlowa)

Wypadanie narządu rodnego oceniane jest w relacji do płaszczyzny błony dziewiczej, która w klasyfikacji POP-Q pełni funkcję tzw. stałego anatomicznego punktu odniesienia. W stosunku do bez trudu identyfikowanej wzrokowo błony dziewiczej, wyznaczana jest pozycja sześciu anatomicznych punktów dodatkowych (tzw. punkty zdefiniowane), niezbędnych dla obiektywnej i precyzyjnej oceny zaburzeń statyki pochwy i macicy.

W zakresie przedniej ściany pochwy zdefiniowano punkty Aa oraz Ba.



Ryc. 3. Punkty zdefiniowane (Aa, Ba, C, D, Ap i Bp), rozwór moczowo-płciowy (gh), środek ścięgniasty krocza (pb) oraz całkowita długość pochwy (tvl) służące do opisu położenia narządu płciowego u kobiet.

Punkt Aa znajduje się w linii środkowej przedniej ściany pochwy, 3 cm proksymalnie od ujścia zewnętrznego cewki moczowej, odpowiadając w przybliżeniu lokalizacji fałdu cewkowo-pęcherzowego. Zgodnie z definicją zakres położenia tego punktu wynosi od -3cm do +3cm w stosunku do płaszczyzny błony dziewiczej.

Punkt Ba znajduje się w najbardziej dystalnie położonym fragmencie górnej części przedniej ściany pochwy, znajdującym się między sklepieniem a punktem Aa. U kobiety bez wypadania narządów punkt ten znajduje się w położeniu -3cm. W przypadku wycięcia pochwy położenie tego punktu ma wartość dodatnią i odpowiada pozycji szczytu pochwy.

W górnym segmencie pochwy, w najbardziej proksymalnie położonych miejscach prawidłowych dróg rodnych, wyznaczane są punkty C oraz D.

Punkt C - oznacza najbardziej dystalnie położone miejsce na brzegu szyjki macicy, a u kobiet po usunięciu macicy – najbardziej dystalne miejsce szczytu pochwy

Punkt D – wyznaczany wyłącznie, gdy jest obecna szyjka macicy – oznacza tylne sklepienie pochwy. Odpowiada on poziomowi przyczepu do szyjki macicy więzadeł odbytniczo-macicznych.

Opis obniżenia albo wypadania tylnej ściany pochwy ułatwia ocena położenia dwóch punktów zdefiniowanych: Bp oraz Ap. Pierwszy z nich służy do oznaczenia najbardziej dystalnego fragmentu górnej części tylnej ściany pochwy. Znajduje się on między szczytem albo tylnym sklepieniem pochwy, a punktem Ap. Przy braku zaburzeń statyki tej części pochwy jego położenie określa się jako -3cm. W przypadku wycięcia pochwy pozycja tego punktu, odpowiadając położeniu szczytu pochwy, ma wartość dodatnią. Punkt Ap leży w linii środkowej tylnej ściany pochwy 3 cm proksymalnie od błony dziewiczej. Zakres jego położenia wynosi od -3 cm do 3 cm w odniesieniu do błony dziewiczej.

Ocenę statyki narządu płciowego u kobiet ułatwiają ponadto pomiary podawane w centymetrach:

1. rozworu moczowo-płciowego (ang. *genital hiatus*; *GH*). Jest to odległość między środkiem ujścia cewki moczowej i tylnym brzegiem błony dziewiczej, albo wyczuwalnym oporem środka ścięgnistego krocza, w przypadkach, gdy błony dziewiczej nie można zlokalizować.
2. środka ścięgnistego krocza (ang. *perineal body*; *PB*), – czyli odległości między tylnym brzegiem rozworu moczowo-płciowego a środkiem odbytu.
3. całkowitej długości pochwy (ang. *total vaginal length*; *TVL*) po odprowadzeniu punktów C i D na właściwe miejsce.

Klasyfikacja wypadania narządu płciowego u kobiet podawana jest w stopniach od 0 do IV i odnosi się do części, która najbardziej uległa przemieszczeniu. Użycie przy oznaczeniu stopnia dodatkowych symboli: *a* (przednia ściana pochwy), *p* (tylna ściana pochwy), *C* (szczyt pochwy), *Cx* (szyjka macicy), *Aa*, *Ap*, *Ba*, *Bp*, *D* (punkty zdefiniowane) umożliwia przekazanie informacji, która część narządu jest obniżona najbardziej.

Stopień 0. Wypadania nie stwierdza się. Punkty *Aa*, *Ap*, *Ba* i *Bp* znajdują się w pozycji -3 cm, punkt *C* (i *D*) w pozycji pomiędzy $-tvL$ cm, a $-(tvL - 2)$ cm.

Stopień I. Punkt największego obniżenia znajduje się w odległości większej niż 1 cm ponad płaszczyzną błony dziewiczej.

Stopień II. Dystalna część obniżenia położona jest w zakresie 1 cm proksymalnie albo dystalnie w stosunku do błony dziewiczej.

Stopień III. Punkt największego obniżenia znajduje się dalej niż 1 cm poniżej płaszczyzny błony dziewiczej, ale w odległości nie większej niż $(tvL - 2)$ cm.

Stopień IV. Określa wycięcie pochwy lub macicy. Najbardziej dystalna część narządu znajduje się w relacji do błony dziewiczej, co najmniej w położeniu $(tvL - 2)$ cm.

Zaproponowana skala oceny wypadania narządu rodowego uwzględnia zdolność pochwy do rozciągania oraz możliwość braku precyzji pomiaru jej całkowitej długości (*tvL*). Wyrazem tego jest obligatoryjne przyjęcie w stopniu 0 i IV dwucentymetrowego zakresu pozycji punktu *C*.

Załącznik 3. Preparaty farmakologiczne stosowane u chorych z parciem nagłymi (bez i z nietrzymaniem moczu) – modyfikacja wg zaleceń ICS.

	Poziom wiarygodności danych	Stopień zalecenia
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Randomizowane badania kliniczne 2. Dobrze zaprogramowane badania prospektywne 3. Kliniczno-kontrolne badania retrospektywne (case control) 4. Dane pochodzą z badań porównawczych (case series) 5. Opinie ekspertów oparte na doświadczeniu klinicznym 	<ol style="list-style-type: none"> A. Istnieją jednoznaczne dane oparte na pierwszym poziomie wiarygodności (rekomendacja wysoka) B. Istnieją wystarczające dane oparte na II i III stopniu wiarygodności (rekomendowane) C. Istnieją limitowane dane oparte na IV stopniu wiarygodności (rekomendacja niepewna) D. Brak jednoznacznych danych (nierekomendowane)
LEKI CHOLINOLITYCZNE		
Tolterodyna	1	A
Trospium	1	A
Solifenacyna	1	A
Darifenacyna	1	A
Propantelina	2	B
Atropina (Hyoscamina)	2	D
LEKI DZIAŁAJĄCE NA KANAŁY BŁONOWE		
Antagoniści kanału wapniowego	Trakcie badań klinicznych	
Leki otwierające kanał potasowy	Trakcie badań klinicznych	
LEKI O DZIAŁANIU MIESZANYM		
Oksybutynina	1	A
Propiweryna	1	A
Dicyklomina	4	C
Flawoksat	4	D
LEKI ALFA-ADRENOLITYCZNE		
Alfuzosyna	4	D
Doksazosyna	4	D
Prazosyna	4	D
Terazosyna	4	D
Tamsulosyna	4	D
LEKI BETA-ADRENOMIMETYCZNE		
Terbutalina	4	D
Klenbuterol	4	D
Salbutamol	4	D
LEKI PRZECIWDEPRESYJNE		
Imipramina	3	C*
INHIBITORY SYNTEZY PROSTAGLANDYN		
Indometacyna	4	C
Flurbiprofen	4	C
ANALOGI WAZOPRESYNY		
Desmopresyna	1	A
INNE LEKI		
Baklofen	2**	C**
Kapsaicyna	3	C
Resiniferatoksyna	2	C
Toksyna botulinowa	2	B
Estrogeny	2	C

*Powinny być stosowane ostrożnie; **stosowane dokanałowo