

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

Expert panel recommendations on therapeutic and diagnostic management of urinary incontinence and overactive bladder in women

- **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 Rechbeger**
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

Abstract

The expert panel recommendations are issued in order to increase the number of patients with urinary incontinence and overactive bladder receiving appropriate care. The expert panel recommends that urologists, gynecologists and other physicians interested in the field of incontinence should diagnose and initially treat women with incontinence.

Incontinence question should be actively asked during each physician visit and if the answer is positive it should be followed by detailed questionnaire aiming at disclosing at which occasion patient is loosing urine. The next step should be urogynecological examination and cough stress test. The panel recommends urine dipstick in all women and post void residual urine measurement only in women with voiding difficulties. Other tests, such as ultrasound, cystoscopy, urodynamics are not recommended during initial diagnostic procedure. The indications for referral are significant pelvic organ prolapse, haematuria, pain during micturition, recurrent incontinence and infections, suspicion of fistula.

The initial management of stress urinary incontinence should include lifestyle interventions, and physiotherapy. Use of pessaries is acceptable in women who are not fit or do not want surgical therapy. Local estrogen therapy should only be used in women with urogenital atrophy. Duloxetine is an option in the pharmacological therapy of stress incontinence, but it doesn't cure the disease. The ineffectiveness of initial procedure should be indication to surgery. Alphaadrenomimetic drugs are not recommended in the therapy of urinary incontinence. The initial management of overactive bladder and urgency incontinence should include lifestyle interventions, however fluid restrictions (if fluid load is less than 3000ml) are not recommended. The cornerstone of overactive bladder and urgency incontinence therapy remains the treatment with anticholinergic drugs. Drugs are only effective when used accordingly to the registered doses.

The new generation anticholinergics are recommended over the old ones, especially in frail elderly patients and in patients with concomitant diseases, due to their better safety profile. The evaluation of anticholinergics efficacy should be performed after 2-3 months, than after 6 months.

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

Dnia 18.08.2010 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 co raz 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 nagłym 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 nagłych 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 nagłych.

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 nagłace nietrzymanie moczu lub przeważające nagłace 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.**

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

Kolejnymi punktami wywiadu są choroby współistniejące i przebyte, operacje, porody, status hormonalny, obecność dolegliwości bólowych, krwimocz. 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,
- podejrzanie 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, nagłe nietrzymanie moczu, utrzymywanie się parć nagłych 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.

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

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 przeponowa 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 przestrzeganym 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. Estrogenoterapiami miejscowymi udowodniono 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.

Zalecany leczeniem chirurgicznym WNM, o udowodnionej skuteczności, są operacje pętlowe (ang. MUS - *mid-urethral slings*) oraz operacja sposobem Burch'a.

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 dobową 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 *biofeedback* 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.

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

- g. 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:

- modyfikację 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, Allergan, 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.