

Wartość diagnostyczna wybranych kwestionariuszy (UDI 6SF, Gaudenza, MESA, ICIQ-SF, oraz King's Health Questionnaire) w rozpoznawaniu różnych postaci klinicznych nietrzymania moczu u kobiet

The diagnostic value of chosen questionnaires (UDI 6SF, Gaudenz, MESA, ICIQ-SF and King's Health Questionnaire) in diagnosis of different types of women's urinary incontinence

Kieres Paweł¹, Rokita Wojciech², Stanisławska Marta², Rechberger Tomasz³, Gałęzia Mieczysław¹

¹ Oddział Urologiczny Szpital im. Św. Rafała Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Kielcach

² Oddział Położnictwa i Ginekologii Szpital Kielecki NZOZ Św. Aleksandra w Kielcach

³ II Katedra i Klinika Ginekologii Operacyjnej Akademii Medycznej w Lublinie

Streszczenie

Cel pracy: Oceniono przydatność kwestionariuszy UDI 6SF, Gaudenza, MESA, ICIQ-SF oraz King's Health Questionnaire w diagnostyce poszczególnych postaci klinicznych nietrzymania moczu u kobiet.

Materiał i metody: Badaniem objęto 100 kobiet hospitalizowanych w Oddziale Urologii Szpitala Wojewódzkiego w Kielcach z powodu kłopotów z utrzymaniem moczu. Dane uzyskane z kwestionariuszy porównano z wynikami badań urodynamicznych i poddano je ocenie statystycznej.

Wyniki: Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 55,6 lat. Na podstawie danych uzyskanych z kwestionariuszy wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM) rozpoznano u 32%, nagłące nietrzymanie moczu (NNM) u 10%, a postać mieszaną nietrzymania moczu (MNM) u 55% badanych, natomiast postać neurogenną nietrzymania moczu u 3 kobiet (3%). Stwierdzono 98% czułość i 50% swoistość ocenionych kwestionariuszy w rozpoznaniu rodzaju nietrzymania moczu u kobiet.

Wnioski:

1. Dane uzyskane na podstawie kwestionariuszy nie są wystarczające do postawienia pewnego rozpoznania postaci klinicznej nietrzymania moczu u kobiet.
2. Kwestionariusz ICIQ-SF, Gaudenza i MESA są skuteczne w rozpoznawaniu mieszanej postaci nietrzymania moczu (MNM) u kobiet.
3. Mimo wysokiej czułości, swoistość danych z kwestionariuszy w diagnostyce nietrzymania moczu jest stosunkowo niska.

Adres do korespondencji:

Kieres Paweł
Oddział Urologiczny Szpital im. Św. Rafała
ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny
e-mail: p.kieres@interia.pl

Otrzymano: 03.03.2008

Zaakceptowano do druku: 25.04.2008

Słowa kluczowe: **urodynamika / badanie / nietrzymanie moczu / diagnostyka /
/ kwestionariusze /**

Abstract

The aim: The assessment of the usefulness of the following questionnaires: UDI 6SF, King's Health Questionnaire, Gaudenz, MESA, ICIQ-SF in diagnosis of different types of women's urinary incontinence.

Material and methods: The study included 100 women who were hospitalized in the Department of Urology of St. Rafael Hospital in Czerwona Góra due to urinary incontinence.

On the basis of the received data we have compared the data from questionnaires to the results of the urodynamic study.

Results: The mean age of women was 55,6 years. The stress urinary incontinence (SUI) was diagnosed in 32%, urgent urinary incontinence (UUI) in 10% and mixed urinary incontinence (MUI) in 55% of women, and neurogenic bladder in 3%.

The data obtained from the study showed that questionnaires had 98% sensitivity and 50% specificity in diagnosing the type of urinary incontinence in women.

Conclusions:

1. Data obtained from the questionnaires fails to offer enough information to make a certain diagnosis of urinary incontinence.
2. The questionnaires: ICIQ-SF, Gaudenz and MESA are effective in the diagnosis of mixed urinary incontinence.
3. In spite of their high sensitivity, the specificity of questionnaires in the diagnosis of urinary incontinence is rather low.

Key words: **urodynamics / examination / urinary incontinence / diagnostic procedures /
/ questionnaires /**

Nietrzymanie moczu jest jedną z najczęściej występujących przewlekłych chorób u kobiet, na którą cierpi od 17 do 60% populacji [1]. Znaczne rozpowszechnienie i charakter objawów sprawiają, że schorzenie to jest wymieniane jako jedno z najważniejszych, mających zdecydowanie negatywny wpływ na kondycję psychofizyczną całej populacji kobiet [2].

Warunkiem skutecznej terapii nietrzymania moczu jest postawienie właściwego rozpoznania i dobór odpowiedniej metody leczenia. Dlatego istnieje konieczność powszechnego stosowania prostych, tanich, a jednocześnie obiektywnych metod diagnostycznych, pozwalających na właściwe wyodrębnienie kobiet, które wymagają leczenia. Mając to na uwadze, w przedstawionej pracy postanowiono ocenić przydatność najczęściej stosowanych kwestionariuszy w diagnostyce poszczególnych postaci klinicznych nietrzymania moczu, poprzez określenie korelacji postawionych za ich pomocą rozpoznania z wynikami badań urodynamicznych.

Materiał i metody

Badaniami objęto 100 kobiet leczonych z powodu nietrzymania moczu w Oddziale Urologicznym Szpitala im. Św. Rafała w Czerwonej Górze k/ Kielc.

U każdej badanej kobiety wykonano: badanie ginekologiczne, pobrano rozmaz cytologiczny, oceniono biocenozę pochwy, zaburzenia statyki narządu rodowego określono według klasyfikacji POP-Q [3], wykonano badania urodynamiczne, oceniono masę ciała. Każda badana pacjentka wypełniła kwestionariusze UDI 6SF, Gaudenza, MESA, ICIQ-SF oraz King's Health Questionnaire. Diagnostykę ginekologiczną przeprowadzono w Poradni Konsultacyjnej Ginekologii i Patologii Ciąży Szpitala Kieleckiego. Wszystkie pacjentki wyraziły świadomą zgodę na udział w badaniu.

W badaniu podmiotowym zwrócono uwagę na szczególne wywiad położniczo-ginekologiczny z uwzględnieniem liczby porodów, sposobu zakończenia ciąży oraz występowania objawów wypadowych okresu menopauzalnego. Rozpoznania poszczególnych postaci klinicznych nietrzymania moczu ustalono na podstawie zebranego wywiadu i danych uzyskanych z wypełnionych przez pacjentki kwestionariuszy. Rozpoznania te weryfikowano za pomocą badań urodynamicznych.

Podczas badania urodynamicznego wykonywano: uroflowmetrię naturalną połączoną z oceną zalegania moczu po mikcji, cystometrię w fazie napełniania i badanie ciśnieniowo-przepływowo. Badanie urodynamiczne wykonywane było na aparacie Duet Logic G2 firmy Meden. Do interpretacji wyników wykorzystano definicje oraz jednostki ustalone przez International Continence Society (ICS) [4].

Uzyskane wyniki badań opracowano statystycznie przy użyciu programu Statistica PL ver. 6.0

Wyniki

Średnia wieku badanych kobiet wyniosła 55,6 lat (SD 10,47). Najmłodsza z badanych pacjentek miała 25 lat, a najstarsza 78 lat. 74 (74%) badane kobiety były po menopauzie, 81% (81) było wieloródkami, 9 (9%) pacjentek urodziło więcej niż trójkę dzieci, natomiast 10 (10%) badanych to nieródki. W badanej populacji odsetek cięć cesarskich wyniósł 9% i był porównywalny we wszystkich postaciach klinicznych nietrzymania moczu.

Na podstawie danych uzyskanych z kwestionariuszy wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM) rozpoznano u 32% kobiet, nagłace nietrzymanie moczu (NNM) w 10% przypadków, a postać mieszaną nietrzymania moczu (MNM) u 55% badanych, natomiast postać neurogenną nietrzymania moczu u 3%

Wartość diagnostyczna wybranych kwestionariuszy...

badanych pacjentek. W oparciu o analizę statystyczną uzyskanych wyników badań stwierdzono 98% czułość i 50% specyficzność kwestionariuszy w rozpoznawaniu nietrzymania moczu. Oceniono korelację rozpoznań poszczególnych typów nietrzymania moczu postawionych na podstawie kwestionariuszy z wynikami badań urodynamicznych.

Współczynnik korelacji liniowej Persona (r_{xy}) dla kwestionariusza ICIQ-SF w mieszanej postaci nietrzymania moczu (MNM) wyniósł 0,22, dla kwestionariusza UDI 6SF w przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM) 0,14 i 0,08 dla mieszanej postaci nietrzymania moczu (MNM).

Dla kwestionariusza Gaudenza w wysiłkowym nietrzymaniu moczu (WNM) współczynnik korelacji liniowej miał wartość 0,02 a w mieszanej postaci nietrzymania moczu (MNM) r_{xy} był równy 0,14.

Dla kwestionariusza MESA dodatnią korelację stwierdzono jedynie w odniesieniu do postaci mieszanej nietrzymania moczu, a wartość współczynnika korelacji liniowej Persona (r_{xy}) wyniosła 0,12.

Dyskusja

Ostatnia definicja nietrzymania moczu opracowana przez *International Continence Society* (ICS) określa nietrzymanie moczu jako epizod niekontrolowanej utraty moczu. Dodatkowo ICS zaleca, aby w części opisowej rozpoznania określać nasilenie objawów, częstość ich występowania, czynniki ryzyka, wpływ na higienę oraz na jakość życia dotkniętych tym problemem kobiet [5]. Te zmiany definicji spowodowały wzrost znaczenia badania podmiotowego (wywiadu) w rozpoznawaniu postaci klinicznych nietrzymania moczu. Odpowiednio zebrany wywiad oparty o kwestionariusze pozwala w większości przypadków na postawienie prawidłowego rozpoznania typu nietrzymania moczu [6].

Ze względu na dużą liczbę kwestionariuszy stosowanych w diagnostyce nietrzymania moczu oraz subiektywizm wypełniających je pacjentek istnieje konieczność obiektywizacji rozpoznań nietrzymania moczu stawianych na podstawie poszczególnych kwestionariuszy.

W prezentowanej pracy rozpoznanie klinicznych postaci nietrzymania moczu postawiono na podstawie kwestionariuszy: UDI 6SF, Gaudenza, MESA, ICIQ-SF oraz *King's Health Questionnaire*. Rozpoznania te zweryfikowano, wykonując u wszystkich pacjentek badania urodynamiczne. Analiza statystyczna uzyskanych wyników badań wykazała, że czułość kwestionariuszy w rozpoznaniu nietrzymania moczu wyniosła 98%, natomiast ich specyficzność określono na poziomie 50%.

Tak wysoka czułość świadczy o tym, że na podstawie kwestionariusza można rozpoznać nietrzymanie moczu u prawie wszystkich kobiet cierpiących na tą dolegliwość. Natomiast stwierdzona stosunkowo niska (50%) swoistość (specyficzność) powoduje, że istnieje konieczność weryfikacji rozpoznań postaci klinicznych nietrzymania moczu za pomocą dokładniejszych metod diagnostycznych ze względu na duże prawdopodobieństwo uzyskania wyników fałszywie dodatnich. Obserwacje nasze są zgodne z obserwacjami Korda i wsp., którzy stwierdzili dużą wartość badania anamnestycznego w diagnozowaniu nietrzymania moczu, ale jednocześnie zwracają uwagę na konieczność wykonywania badania urodynamicznego w celu ustalenia precyzyjnego rozpoznania [7].

Przydatność poszczególnych kwestionariuszy w rozpoznaniu określonej postaci klinicznej nietrzymania moczu określono, oceniając korelację postawionych za ich pomocą rozpoznań z wynikami badań urodynamicznych wykonanych u objętych badaniami kobiet. Największą wartość współczynnika korelacji liniowej Persona (r_{xy}) 0,22 uzyskano dla kwestionariusza ICIQ-SF w przypadku mieszanej postaci nietrzymania moczu (MNM).

Kwestionariusz Gaudenza wykazał się mniejszą siłą związku (r_{xy}) 0,14 w rozpoznawaniu wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM), a w grupie kobiet z mieszaną postacią nietrzymania moczu (MNM) wartość współczynnika korelacji (r_{xy}) wyniosła zaledwie 0,02.

Współczynnik Persona w diagnostyce mieszanej postaci nietrzymania moczu był wyższy w przypadku użycia kwestionariusza MESA, gdzie jego wartość wyniosła 0,12, natomiast wartość tego współczynnika dla kwestionariusza UDI 6SF wyniosła 0,08.

W przypadku *King's Health Questionnaire* stwierdzono korelację ujemną u kobiet z mieszanym nietrzymaniem moczu (MNM), co świadczy o braku przydatności tego kwestionariusza w rozpoznawaniu mieszanej postaci nietrzymania moczu (MNM).

U kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu (WNM) dodatnią korelację z wynikiem badania urodynamicznego stwierdzono w odniesieniu do kwestionariusza UDI 6SF, gdzie współczynnik korelacji liniowej Persona (r_{xy}) wyniósł 0,14, oraz dla kwestionariusza Gaudenza gdzie wartość (r_{xy}) wyniosła 0,02. Dla pozostałych kwestionariuszy stwierdzono brak dodatniej korelacji w tej postaci klinicznej nietrzymania moczu.

Wyniki naszych badań wykazały, że nie ma uniwersalnego kwestionariusza pozwalającego na precyzyjne rozpoznawanie wszystkich typów nietrzymania moczu u kobiet.

Kwestionariusz UDI 6SF jest najbardziej przydatny w diagnostyce wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM). Natomiast kwestionariusze: ICIQ SF, Gaudenza i MESA są skuteczne głównie w rozpoznawaniu mieszanej postaci nietrzymania moczu (MNM).

Uzyskane przez nas wyniki odbiegają znacząco od uzyskanych przez innych autorów, którzy stwierdzili, że dane z wywiadu nie mają znaczenia w diagnostyce nietrzymania moczu u kobiet [8, 9].

Stwierdzona przez nas 98% czułość i 50% specyficzność ocenianych kwestionariuszy potwierdza obserwacje Fitzgeralda i wsp. [10] którzy stwierdzili, że przede wszystkim wywiad kliniczny, a nie badanie urodynamiczne odgrywa podstawową rolę w diagnostyce w większości przypadków nietrzymania moczu u kobiet. Natomiast szczegółowe rozpoznanie typu nietrzymania moczu powinno opierać się na badaniu urodynamicznym [11].

Wyniki naszych badań wykazały ograniczoną przydatność kwestionariusza KHQ w rozpoznawaniu i różnicowaniu poszczególnych postaci klinicznych nietrzymania moczu. Uzyskane przez nas wyniki są zgodne z uzyskanymi przez innych autorów, którzy stwierdzili, że kwestionariusz *King's Health Questionnaire* jest bardziej przydatny do oceny ogólnego stanu zdrowia pacjentki niż w diagnostyce nietrzymania moczu [12].

Kieres P, et al.

Na uwagę zasługuje fakt, że u 5% badanych kobiet po wykonaniu badania urodynamicznego stwierdzono neurogeną postać nietrzymania moczu. Potwierdza to konieczność wykonania badania neurologicznego u każdej pacjentki z nietrzymaniem moczu, bowiem zaburzenia funkcji układu nerwowego są nierzadko przyczyną występowania tego schorzenia [12].

Wnioski

1. Dane uzyskiwane na podstawie ocenianych kwestionariuszy nie są wystarczające do postawienia pewnego rozpoznania klinicznej postaci nietrzymania moczu u kobiet.
2. Kwestionariusz ICIQ-SF, Gaudenza i MESA są skuteczne w rozpoznawaniu mieszanej postaci nietrzymania moczu (MNM).
3. Mimo wysokiej czułości, swoistość ocenianych kwestionariuszy w diagnostyce nietrzymania moczu jest stosunkowo niska.

Piśmiennictwo

1. Rechberger T, Skorupski P. Wprowadzenie. W: Nietrzymanie moczu u kobiet. Patologia, diagnostyka, leczenie. Pod red. Rechberger T, Jakowicki J. Lublin: *Bifolium*, 2005, 13-21
2. Espuma Pons M, Castro Diaz D, Carbonell C, [et al.] Comparison between the "ICIQ-UI Short Form" Questionnaire and the "King's Health Questionnaire" as assessment tools of urinary incontinence among women. *Acts Urol Esp*. 2007, 31, 502-510.
3. Cogan S, Weber A, Hammel J. Is urethral mobility really being assessed by the pelvic organ prolapse quantification (POP-Q) system? *Obstet Gynecol*. 2002, 99, 473-476.
4. Corcos J, Gajewski J, Heritz D, [et al.]. Canadian Urological Association guidelines on urinary incontinence. *Can J Urol*. 2006, 13, 3127-3138.
5. Fauconnier A, Zareski E, Abichedid J, [et al.]. Dynamic magnetic resonance imaging for grading pelvic organ prolapse according to the International Continence Society Classification: Which line should be used? *Neurourol Urodyn*. 2008, 27, 191-197.
6. Bengtson J, Versi E. Urogynecology. In: Gynecology: principles and practice. Ed. Ryan K, Berkowitz R, Barbieri R. Mosby, St. Louis: *Kistner's*, 1995, 412-436.
7. Korda A, Krieger M, Hunter P, [et al.]. The value of clinical symptoms in the diagnosis of urinary incontinence in the female. *Aust N Z J Obstet Gynecol*. 1987, 27, 149-151.
8. Góes V, Sartori M, Baracat E, [et al.]. Urodynamic and clinical evaluation of postmenopausal women with stress urinary incontinence before and after cyclic estrogen therapy. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2003, 30, 103-106.
9. Klijer R, Spruch T. Przydatność wywiadu zbieranego za pomocą kwestionariusza dolegliwości urologicznych w ocenie zaburzeń dolnych dróg moczowych u kobiet. *Ginekol Pol*. 2001, 72, 127-133.
10. Fitzgerald M, Jaffar J, Brubaker L. Risk factors for an elevated postvoid residual urine volume in women with symptoms of urinary urgency, frequency and urge incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2001, 12, 237-239.
11. Spaczyński M, Radowski S, Rechberger T [i wsp.]. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie diagnostyki i leczenia nietrzymania moczu u kobiet. *Ginekol Pol*. 2005, 76, 848-854.
12. Tamanini J, Dambros M, D'Ancona C, [et al.]. Concurrent validity, internal consistency and responsiveness of the Portuguese version of the King's Health Questionnaire (KHQ) in women after stress urinary incontinence surgery. *Int Braz J Urol*. 2004, 30, 479-486.
13. Contreras Ortiz O. Stress urinary incontinence in the gynecological practice. *Int J Gynaecol Obstet*. 2004, 86, 6-16.