Ocena komfortu życia pacjentek po operacyjnym leczeniu nietrzymania moczu

Life comfort estimation after surgical treatment of urinary incontinence

Sławomir Jędrzejczyk[1], Witold Kłosiński[1], Katarzyna Lau[1], Marek Wieczorek[1], Beata Rutkowska[1], Bartosz Izdebski[2]

[1]Klinika Szybkiej Diagnostyki i Terapii Ginekologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi; kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Sławomir Jędrzejczyk

[2]Student ITS, Uniwersytet Medyczny w Łodzi; opiekun: prof. dr hab. med. Sławomir Jędrzejczyk

Przegląd Menopauzalny 2008; 5: 264-268

Streszczenie

Wstęp: Nietrzymanie moczu, czyli każdy stan niekontrolowanego wycieku moczu z cewki moczowej bez udziału świadomości, jest poważnym problemem medycznym dotyczącym w przeważającym odsetku kobiet w okresie okołomenopauzalnym i pomenopauzalnym.

Cel pracy: Ocena zmiany komfortu życia, kontroli mikcji i ich częstości we wczesnym okresie pooperacyjnym po zabiegu TOT w stosunku do okresu bezpośrednio poprzedzającego operację.

Materiał i metody: Analizie poddano 28 pacjentek w wieku 47–60 lat, operowanych w Klinice Szybkiej Diagnostyki i Terapii Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi metodą przezzasłonowego slingu, które odpowiedziały na ankietę dotyczącą komfortu życia przed operacją i 4 mies. po niej.

Wyniki: W badanej grupie częstość oddawania moczu na dobę przed operacją wynosiła średnio 9 razy, po operacji zaś 6,1. Żadna z pacjentek nie stwierdziła pogorszenia stanu zdrowia. Większość pacjentek uznała, że końcowy efekt operacji i rekonwalescencji w sposób znaczący wpłynął na poprawę samopoczucia.

Wnioski: Założenie beznapięciowej taśmy przezzasłonowej (TOT) już we wczesnym okresie pooperacyjnym powoduje poprawę kontroli mikcji oraz zmniejszenie ich częstotliwości, także w porze nocnej. U pacjentek w ciągu 4 mies. po operacji stwierdzono ustąpienie większości dodatkowych dolegliwości związanych z nietrzymaniem moczu.

Słowa kluczowe: nietrzymanie moczu, operacje taśmowe, komfort życia

Summary

Background: Urine incontinence is defined as involuntary leakage of urine from urethra. This is a serious medical problem at menopausal and postmenpausal age.

The aim of the study was to compare the quality of life after TOT procedure.

Material and methods: In our study we included 28 patients aged between 47-60 years old. All patients were operated in Dept. of One Day Gyneacological Surgery Clinic of Medical University of Lodz and answered to our questionnaire before and 4 months after operation.

Results: In all group the frequency of miction was average 9,0 times a day before operation and 6,1 after. The cure rate of TOT procedures increase quality of life of all patients.

Conclusions: Transobturator tape procedure is very effective surgical treatement which provides to better miction control and reduced frequency of miction. Four months after operation we did not observe additional side-effects connected with urine incontinence.

Key words: urine incontinence, transobturator tape procedures, quality of life

Adres do korespondencji:
prof. dr hab. med. **Sławomir Jędrzejczyk**, Klinika Szybkiej Diagnostyki i Terapii Ginekologicznej UM, ul. Przyrodnicza 7/9, 91-480 Łódź

Wstęp

Nietrzymanie moczu jest poważnym problemem medycznym dotyczącym w przeważającym odsetku kobiet w okresie okołomenopauzalnym i pomenopauzalnym. W ostatnich latach znaczący statystycznie wzrost liczby kobiet, u których stwierdza się nietrzymanie moczu (NM), związany jest głównie z coraz lepszą diagnostyką tego schorzenia [1].

Według powszechnie przyjętej definicji nietrzymaniem moczu nazywa się każdy stan niekontrolowanego wycieku moczu z cewki moczowej, bez udziału świadomości [2, 6]. Problem związany z tą chorobą jest bardzo poważny. Według różnych doniesień 15–60% kobiet na całym świecie cierpi z powodu zaburzeń kontynencji moczu. Intymny i krępujący charakter schorzenia może prowadzić do niedoszacowania skali zjawiska, ponieważ należy się liczyć z tym, że liczna grupa pacjentek, u których występuje NM, nie informuje o tym lekarza [3, 5, 7]. Około 10% pacjentek już w wieku 20 lat zgłasza dolegliwości związane z NM, a odsetek zachorowalności w okresie reprodukcyjnym, a potem menopauzalnym stale rośnie [9, 10].

Ze względu na mechanizm i etiologię nietrzymanie moczu zostało sklasyfikowane w 5 grupach, jakkolwiek w codziennej praktyce lekarskiej liczą się tylko 3. Wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM), naglące nietrzymanie moczu (NNM) i trzecia postać – mieszana (MNM), czyli taka, w której jednoczasowo występują składowe wysiłkowego i naglącego typu nietrzymania moczu [4].

Wśród najczęściej wymienianych w piśmiennictwie czynników etiologicznych zaburzeń kontynencji moczu wymieniane są:
- przebyte ciąże,
- rasa,
- urazy związane z porodem,
- wiek okołomenopauzalny,
- operacje w obrębie miednicy mniejszej,
- wrodzone defekty tkanki łącznej (zespół Marfana, Ehlers-Danlosa),
- wrodzone wady anatomiczne narządu moczowo-płciowego,
- choroby towarzyszące (głównie cukrzyca, otyłość) [8, 11, 12].

Materiał i metody

Analizie poddano 67 pacjentek operowanych w Klinice Szybkiej Diagnostyki i Terapii Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi metodą przezzasłonowego slingu od 1 września 2007 r. do 12 maja 2008 r. Badaniem ankietowym objęto pacjentki operowane z powodu nietrzymania moczu, w ciągu 4 mies. po wykonanym zabiegu. Proponując ankietę po takim okresie, kierowano się przede wszystkim ustabilizowaniem stanu klinicznego pacjentek oraz większą łatwością wglądu pacjentek w stan sprzed operacji, który odnosiły do stanu po wykonanej operacji. Wszystkie ankietowane były kwalifikowane do operacji podwieszenia cewki moczowej na podstawie badania urodynamicznego, którego wynik potwierdzał wysiłkowy lub mieszany charakter nietrzymania moczu.

Kryteriami włączenia do badania były:
- liczba porodów drogami i siłami natury <3;
- POPQ 0;
- negatywny wywiad w kierunku operacji w obrębie miednicy mniejszej;
- brak wrodzonych wad układu moczowo-płciowego;
- negatywny wywiad w kierunku cukrzycy;
- negatywny wywiad w kierunku przyjmowania leków:
  – antycholinergicznych (oksybutyniny, tolterodyny, solifenacyny),
  – blokerów kanałów wapniowych;
- BMI <30;
- odesłanie wypełnionej ankiety dotyczącej komfortu życia po 4 mies. od operacji TOT.

Średni wiek pacjentek wynosił 53,8 roku (47–60 lat).

Oceny skuteczności leczenia oraz subiektywnej poprawy komfortu życia dokonano na podstawie ankiet otrzymanych od pacjentek w ciągu 4 mies. od operacji. W przeprowadzonych badaniach ankietowych pacjentkom poddanym operacjom typu TOT postawiono wiele pytań mających na celu określenie ich odczuć odnośnie do komfortu życia przed zabiegiem i 4 mies. po nim. Pytania zostały sformułowane tak, aby pacjentki oprócz odpowiedzi słownych określiły swoje odczucia w skali punktowej, po uprzednim zapoznaniu się z ich opisem.

Cel pracy

Celem pracy były:
1. Ocena zmiany komfortu życia we wczesnym okresie pooperacyjnym po operacji TOT w stosunku do okresu bezpośrednio poprzedzającego operację.
2. Ocena stopnia kontroli mikcji w porównaniu z okresem przed operacją na podstawie skal punktowych.
3. Ocena częstości oddawania moczu w okresie przedoperacyjnym i we wczesnym okresie pooperacyjnym.
4. Ocena dolegliwości związanych z mikcją przed operacją i po niej.

Wyniki

W analizowanej grupie 24 pacjentki określiły swoją aktywność zawodową na poziomie 6 pkt (2–10 pkt), co przekładało się średnio na ok. 7–8 godz. dziennie lekkiej pracy fizycznej.

W badanej grupie częstość oddawania moczu na dobę przed operacją wynosiła średnio 9 razy (od 3 do ponad 10 razy), po operacji zaś 6,1, co oznacza zmniejszenie częstości oddawania moczu średnio o 3 mikcje na dobę (tab. I).

Tab. I. Częstotliwość w dobowym oddawaniu moczu przed operacją i po niej

Częstość oddawania moczu na dobę	Przed operacją	Po operacji
3–4 razy	5	7
5–7 razy	1	12
8–10 razy	16	9
>10 razy	6	–

Tab. II. Kontrola mikcji w skali punktowej (0–10) przed operacją i po niej (0 – brak kontroli nad mikcją, 5 – częściowa kontrola, z epizodami nietrzymania, 10 – pełna kontrola oddawania moczu)

Kontrola mikcji		
skala punktowa	przed operacją – średnio	po operacji – średnio
0–10	1,8	8,3

Analizując wyniki, stwierdzono, że dobowa liczba mikcji u pacjentki, która przed operacją mieściła się w przedziale 3–4 razy na dobę, po operacji nie uległa zmianie. Znacząco za to obniżyła się liczba mikcji w grupie pacjentek zgłaszających więcej niż 8 mikcji dziennie.

Oceniając poziom zadowolenia pacjentek ze swojego stanu zdrowia po operacji, uzyskano średni wynik 8,4 (przy odpowiedziach mieszczących się pomiędzy 4 a 10 pkt) w 10-punktowej skali, gdzie 0 oznaczało brak zadowolenia, a 10 zadowolenie całkowite. Żadna z pacjentek nie stwierdziła pogorszenia stanu zdrowia. Nie zgłaszały również dolegliwości związanych z nietrzymaniem moczu, jednakże nie zawsze poprawa i stopień zadowolenia były maksymalne.

W trakcie analizowania ankiet stwierdzono, że kontrola oddawania moczu (tab. II) była najlepiej odczuwalną przez pacjentki zmianą korelującą z poprawą komfortu życia (tab. III). Przed operacją żadna z pacjentek nie oceniała kontrolowania mikcji na więcej niż 3 punkty (0–3 pkt), a po operacji na mniej niż 5 (5–10 pkt).

Uzyskując po operacji TOT znaczną poprawę kontroli mikcji – z 1,8 na 8,3 w 10-punktowej skali (tab. II) oraz jednoczesny wzrost komfortu codziennego życia – z 2,2 na 8,1 w 10-punktowej skali (tab. III), większość pacjentek stwierdziła, że końcowy efekt operacji i rekonwalescencji w sposób znaczący wpłynął na poprawę samopoczucia. Wśród przeanalizowanych ankiet nie stwierdzono obecności pacjentek, które zgłosiłyby obniżenie komfortu życia, ogólnego samopoczucia związanego z oddawaniem moczu czy pogorszenie kontroli mikcji w okresie do 4 mies. od operacji. Pacjentki w okresie przedoperacyjnym najczęściej zgłaszały brak komfortu życia lub jego przeciętny poziom. Większość pacjentek po operacji wskazała wysoki i średni komfort życia (tab. IV).

Tab. III. Ocena komfortu życia w skali punktowej (0–10 pkt) przed operacją i po niej (0 – całkowity brak komfortu, 5 – średni komfort, 10 – pełen komfort)

Komfort życia		
skala punktowa	przed operacją – średnio	po operacji – średnio
0–10	2,2	8,1

Tab. IV. Ocena komfortu życia w skali słownej przed operacją i po niej

Jak ocenia Pani swój komfort życia?	Liczba pacjentek	
	przed operacją	po operacji
wysoki	0	14 (50%)
średni	2 (7,14%)	9 (32,14%)
przeciętny	9 (32,14%)	4 (14,28%)
niski	4 (14,28%)	1 (3,57%)
brak komfortu	13 (46,42%)	0
razem	28 (100%)	28 (100%)

Poproszono również kobiety biorące udział w badaniu o ocenę dolegliwości (ból, pieczenie, problem z higieną osobistą, trudne do opanowania parcia na mocz, problemy z dłuższym przebywaniem poza domem) związanych z nietrzymaniem moczu, które w sposób oczywisty utrudniały codzienne funkcjonowanie. Wyniki z okresu przed- i pooperacyjnego, przedstawiono w (tab. V).

Jak wynika z tab. V, pacjentki po operacji nie zgłaszały bardzo uciążliwych dolegliwości związanych z nietrzymaniem moczu, które miałyby realny wpływ na codzienne funkcjonowanie (takie jak ograniczone spożywanie płynów, zakupy tylko w sklepach z toaletą, unikanie długich spacerów itp.). W okresie pooperacyjnym ponad połowa pacjentek stwierdziła ustąpienie dolegliwości i powrót do normalnego funkcjonowania w życiu codziennym (53,57%), podczas gdy przed operacją bardzo uciążliwe i uciążliwe dolegliwości zgłaszało 20 spośród 28 pacjentek (71,42%).

Dyskusja

Operacje nietrzymania moczu z użyciem beznapięciowej taśmy zakładanej z dostępu przezzasłonowego w krótkim okresie od zabiegu prowadzą do poprawy komfortu życia poprzez ustąpienie niekontrolowanego wypływu moczu i zmniejszenie liczby mikcji. W naszych badaniach aż 82% pacjentek oceniło komfort życia po operacji jako wysoki lub średni, co oznacza wzrost o 75% w tych dwóch grupach łącznie w stosunku

do okresu przedoperacyjnego. Badania autorów niniejszej pracy korelują z badaniami Panga, który w grupie pacjentek po zabiegach taśmowych bez towarzyszącego *cystocoele* stwierdzał poprawę w 67% przypadków [13]. Jeszcze lepsze wyniki osiągnęli Giberti i wsp., którzy przeprowadzając badania nad poziomem zadowolenia pacjentek po TOT w 2 lata po zabiegu, uzyskali 92-procentowe zadowolenie operowanych, przy czym aż 88% kobiet biorących udział w tym badaniu oceniało poprawę komfortu życia jako bardzo wysoką [14]. Podobny poziom zadowolenia (ok. 78%) uzyskał Roumeguère w pracy oceniającej poprawę komfortu życia po roku od operacji, uwzględniając, podobnie jak autorzy niniejszej pracy w swoich badaniach, składowe tego komfortu, a więc aktywność zawodową, aktywność pozazawodową, zadowolenie z życia seksualnego i emocjonalnego oraz własną samoocenę [15].

W świetle przedstawionych badań światowych oraz naszych obserwacji, wydaje się, że ocena kobiet co do poprawy jakości życia po operacji założenia slingu przezzasłonowego jest bardzo wysoka i utrzymuje się na podobnym poziomie niezależnie od momentu po operacji, w którym ta ocena została dokonana. Można zatem przypuszczać, że bliskie i odległe efekty operacji są dobre.

Technika podwieszenia cewki moczowej przez otwory zasłonione wydaje się procedurą prostą, krótkotrwałą, bezpieczną i bardzo efektywną. Ponadto sama technika przeprowadzania taśm metodą *inside-out* czy *outside-in* nie ma wpływu na efekt leczniczy i obserwuje się porównywalny poziom zadowolenia, rzędu nawet 96–98%, pacjentek po operacjach TOT w obu modyfikacjach, co wykazały najnowsze badania Lee i wsp. w prospektywnej analizie porównawczej [16].

Stan psychiczny, komfort życia, poprawa codziennego funkcjonowania są dla pacjentek najważniejszymi korzyściami związanymi z korekcją chirurgiczną defektów prowadzących do nietrzymania moczu. Jest to niewątpliwie związane z dużo lepszą kontrolą procesu mikcji, zmniejszeniem częstotliwości oddawania moczu, ograniczeniem mikcji w okresie spoczynku nocnego, parć naglących czy wreszcie zmniejszeniem epizodów infekcji pęcherza moczowego. W badaniach autorów niniejszej pracy ponad połowa (15/28) ankietowanych pacjentek przyznała, że odkąd pojawiły się dolegliwości związane z nietrzymaniem moczu, wystąpiły także nawracające stany zapalne okolicy krocza oraz pęcherza moczowego z objawami bólu i pieczenia w trakcie częstego oddawania moczu, także w godzinach nocnych. Żadna z pacjentek nie zgłosiła infekcji dolnych dróg moczowych ani skóry sromu w okresie do 4 mies. od operacji. Miała na to wpływ zapewne również intensywniejsza higiena osobista w okresie pooperacyjnym, jednak fakt zahamowania samoczynnego wypływu moczu może być tutaj decydujący.

Poziom zadowolenia pacjentek po zabiegach TOT z ich punktu widzenia wydaje się w pełni satysfakcjonujący. Dla lekarza natomiast nie bez znaczenia pozostaje szybkość procedury i mała liczba powikłań.

Można pokusić się zatem o stwierdzenie, że zabieg podwieszenia cewki moczowej przez otwory zasłonione spełnia oczekiwania pacjentki i lekarza co do leczenia wysiłkowej postaci nietrzymania moczu.

Tab. V. Ocena dolegliwości związanych z nietrzymaniem moczu utrudniających codzienne funkcjonowanie

Ocena dolegliwości związanych z nietrzymaniem moczu	Liczba pacjentek	
	przed operacją	po operacji
bardzo uciążliwe (ograniczające codzienne funkcjonowanie)	14 (50%)	0
średnio uciążliwe (utrudniające codzienne funkcjonowanie)	6 (21,42%)	2 (7,14%)
niewielkie dolegliwości (niewpływające na funkcjonowanie)	6 (21,42%)	11 (39,28%)
brak dolegliwości	2 (7,14%)	15 (53,57%)
razem	28 (100%)	28 (100%)

Wnioski

1. Większość pacjentek już we wczesnym okresie pooperacyjnym stwierdza znaczącą poprawę komfortu i jakości życia.
2. Założenie beznapięciowej taśmy przezzasłonowej (TOT) powoduje poprawę kontroli mikcji oraz zmniejszenie ich częstotliwości także w porze nocnej już we wczesnym okresie pooperacyjnym.
3. U pacjentek w okresie 2–4 mies. po operacji stwierdzono ustąpienie większości dodatkowych dolegliwości związanych z NM oraz niewystępowanie infekcji dolnych dróg moczowych i skóry okolicy sromu.

Piśmiennictwo

1. Abrams P, Andersson KE, Atribani W, et al. Recommendation of the international Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence. Health Publication 2002; 1079-17.
2. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. The International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology. Scand J Urol Nephrol Suppl 1988; 114: 5-19.
3. Oskay UY, Beji NK, Yalcin O. A study on urogenital comlaints of postmenopausal women aged 50 and over. Acta Obstet Gynecol Scand 2005; 84: 72-8.
4. Karram MM, Bhatia NM. Management of coexisting stress and urge urinary incontinence. Obstet Gynecol 1989; 73: 4-7.
5. Haessler AL, Lin LL, Ho MH, et al. Reevaluation occult incontinence. Curr Opin Obstet Gynecol 2005; 17: 535-40.
6. First report on the standardisation of terminology of lower urinary tract function. Br J Urol 1976; 48: 39-42.
7. Jolleys JV. Reported prevalence of urinary incontinence in women in a general practice. Br Med J (Clin Res Ed) 1988; 296: 1300-2.

8. Benassi L, Bocchalini E, Bertelli M, et al. Risk of genital prolapse and urinary incontinence due to pregnancy and delivery. A prospective study. Minerva Ginecol 2002; 54: 317-24.
9. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S; Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. J Clin Epidemiol 2000; 53: 1150-7.
10. Jóźwiak M, Tekień B, Bekisz A, et al. Farmakologiczna indukacja porodu i pochwowe zabiegi położnicze – potencjalny czynnik sprawczy WNM u kobiet. Nowe trendy w uroginekologii. IZT, Lublin 2005; 160-71.
11. Friebe Z, Brębowicz GH. Ciąża, poród, i połóg u kobiet z zespołem Marfana. W: Zespół Marfana. Charakterystyka schorzenia i studia przypadków osób nim dotkniętych. Rudzińska B (red.). Polski Związek Niewidomych, Warszawa 2000; 90-123.
12. Kolb H. Schwangerschaft, Geburt und Beckenboden. Zentralbl Gynakol 2001; 123: 666-71.
13. Pang MW, Chan LW, Yip SK. One year urodynamic outcome and quality of life in patients with concomitant tension-free vaginal tape during pelvic floor reconstruction surgery for genitourinary prolapse and urodynamic stress incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2003; 14: 256-60.
14. Giberti C, Gallo F, Cortese P, Schenone M. Transobturator tape for treatment of female stress urinary incontinence: objective and subjective results after a mean follow-up of two years. Urology 2007; 69: 703-7.
15. Roumeguère T, Quackels T, Bollens R, et al. Trans-obturator vaginal tape (TOT) for female stress incontinence: one year follow-up in 120 patients. Eur Urol 2005; 48: 805-9.
16. Lee KS, Choo MS, Lee YS, et al. Prospective comparison of the "inside-out" and "outside-in" transobturator-tape procedures for the treatment of female stress urinary incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2008; 19: 577-82.