

Nietrzymanie moczu u kobiet

– epidemiologia i czynniki ryzyka

The prevalence and risk factors for urinary incontinence among gynaecological patients

Zenon Płachta¹, Paweł Mazur¹, Paweł Walaszek¹, Paweł Skorupski², Aneta Adamiak², Jacek Tomaszewski², Tomasz Rechberger²

Częstość występowania nietrzymania moczu (NM) oceniono wśród 500 pacjentek poradni ginekologicznej. Kobiety cierpiące z powodu NM identyfikowano na podstawie wywiadu oraz danych uzyskanych z kwestionariusza Gaudenza. Dokonano analizy częstości występowania schorzenia w zależności od obecności następujących czynników ryzyka: wieku (okres reprodukcyjny, menopauza), indeksu masy ciała, rodzaju wykonywanej pracy oraz rodności. Nietrzymanie moczu stwierdzono u 84 pacjentek, a więc u 16,8% badanych. Schorzenie występowało najczęściej u kobiet w grupach wiekowych 51–60 lat (34,4%) oraz 61–70 lat (35,4%). Problem ten zdecydowanie rzadziej dotyczył pacjentek przed menopauzą – (10,7%) w porównaniu do kobiet po menopauzie (34,6%).

Nadwaga i otyłość zdecydowanie częściej towarzyszyły objawom NM – objawy występowały u 21,7% pacjentek w przedziale BMI 25,0–29,9 kg/m² i aż u 30,1% w przedziale BMI 30,0–39,9 kg/m². Chorobę rozpoznano u 21,3% kobiet pracujących fizycznie i u 11,7% pracujących umysłowo. Nietrzymanie moczu stwierdzono jedynie u 3,1% nieródek i 2,7% kobiet rodzących cięciem cesarskim. Odsetek ten wzrastał wraz z liczbą porodów przebytych drogą pochwową i wynosił 15 dla jednego porodu, 20,8 dla 2–3 porodów i 33,3 dla rodzących więcej niż 3 razy.

Słowa kluczowe: nietrzymanie moczu, epidemiologia

(Przegląd Menopauzalny 2002; 1: 28–32)

Wstęp

Nietrzymaniem moczu (NM) u kobiet określa się mimowolne, niekontrolowane wyciekanie moczu. Stan ten jest przyczyną wielu problemów higienicznych i socjalnych (definicja *International Continence Society*). Problem ten dotyczy głównie kobiet i wg różnych autorów choroba dotyka 17–60% ich populacji [4, 8]. Zdarza się, że występują jedynie pojedyncze epizody braku kontroli nad oddawaniem moczu. Tych pacjentek nie zalicza się do grupy nietrzymających moczu, z wyjątkiem osób, które odbierają tę sytuację jako problem socjalno-higieniczny. Ze względu na charakter schorzenia, które nie zagra-

ża bezpośrednio życiu pacjentki, jest ono często bagatelizowane przez lekarzy. Diagnostyka i leczenie NM są więc odkładane na późniejszy termin. Z drugiej strony, duża część chorych nie zapytana o gubienie moczu nie zgłasza swoich dolegliwości aż do czasu znacznego ich nasilenia. Wynika to z ich fałszywego przekonania, że jest to nieodłączny atrybut starzenia się organizmu.

Przyjmuje się, że w krajach wysoko rozwiniętych omawiany problem dotyczy ok. 10% populacji kobiet. W grupie kobiet po 30. roku życia odsetek chorych na NM wynosi nawet do 30%, zaś po 50. roku życia 60% [6]. Z powodu nietrzymania moczu cierpi w Stanach Zjednoczonych 13 mln ludzi [14]. Reprezentatywne ba-

¹ Oddział Położniczo-Ginekologiczny Szpitala Rejonowego w Pionkach, ordynator: lek. med. Paweł Walaszek

² II Katedra i Klinika Ginekologii Operacyjnej AM w Lublinie, kierownik Kliniki: prof. zw. dr hab. med. Jerzy Jakowicki



danie oceniające 7 795 kobiet w Danii pozwoliło oszacować, iż nietrzymanie moczu występuje u 8,9% z nich, w tym u 4% nieródek, u 14% pierworódek i u 16% wieloródek [7]. Wśród 100 pensjonariuszek domów opieki społecznej 39–83 zgłasza częściowy lub całkowity brak kontroli nad trzymaniem moczu [11]. Według Rocznika Statystycznego z 1999 r. liczba kobiet w Polsce wynosiła 19 865 tys. W przedziale wiekowym 45–69 lat było 10 363 tys. kobiet. Badania brytyjskie podają, że częstość występowania NM w grupie kobiet po 45. roku życia wynosi 25–30% [16, 17]. Biorąc pod uwagę te wartości, można obliczyć, że w Polsce 2,5–3 mln (8%) kobiet choruje na nietrzymanie moczu. Przyjmuje się aktualnie, że jeżeli 5% społeczeństwa cierpi na jakieś schorzenie, to ma ono charakter choroby społecznej [19]. Powyższe dane statystyczne jasno obrazują skalę problemu, który oprócz aspektów medycznych posiada wydźwięk społeczny i ekonomiczny.

Cel pracy

Celem pracy była ocena częstości występowania nietrzymania moczu u kobiet z uwzględnieniem najczęściej występujących czynników ryzyka tego schorzenia.

Materiał i metody

Badaniem objęto grupę 500 nieciężarnych kobiet, które zgłosiły się do Poradni Położniczo-Ginekologicznej SP ZOZ w Pionkach od maja 2001 r. do stycznia 2002 r. Wiek pacjentek wahał się od 17 do 87 lat. Po zebraniu wywiadu lekarskiego wszystkie pacjentki poddano badaniu ginekologicznemu, w trakcie którego wykonywano próbę kaszlową. Następnie pacjentki wypełniały w obecności lekarza kwestionariusz Gaudenza [5], co pozwalało na otrzymanie precyzyjnych i jednoznacznych danych dotyczących kontroli nad trzymaniem moczu. Celem ankiety nie było określenie rodzaju czy stopnia zaawansowania NM, a jedynie potwierdzenie lub negacja występowania tego problemu oraz identyfikacja czynników ryzyka choroby. Częstość występowania NM przeanalizowano w zależności od wieku, indeksu masy ciała (BMI), rodzaju wykonywanej pracy zawodowej (fizyczna lub umysłowa), rodności oraz daty ostatniego krwawienia miesięcznego (kobiety przed i po menopauzie). Analizę statystyczną przeprowadzono testem Fishera wykorzystując program Statistica. Za istotną statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$.

Wyniki

Nietrzymanie moczu stwierdzono u 84 pacjentek, a więc u 16,8% ogółu badanych. U kobiet poniżej 30 roku życia nie odnotowano żadnego przypadku choroby. Nietrzymanie moczu stwierdzono u 12 badanych w grupie wiekowej 31–40 lat (13,0%) oraz u 25 kobiet w przedziale wiekowym 41–50 lat (19,2%).

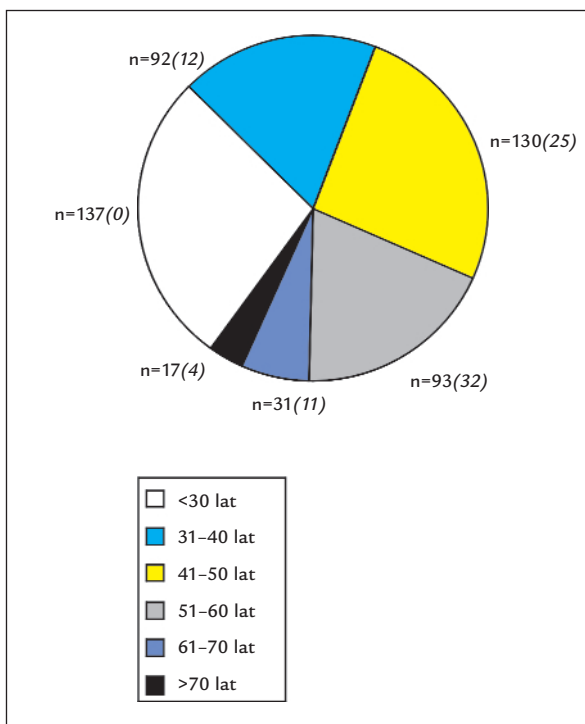
Częstość występowania NM w obu powyższych przedziałach wiekowych nie różniła się w sposób istotny statystycznie, jakkolwiek zaznaczył się trend wzrostowy, towarzyszący zwiększeniu wieku badanych. W grupie wiekowej 51–60 lat stwierdzono 32 przypadki NM, co stanowiło 34,4% pacjentek. Podobny odsetek wynoszący 35,4% stwierdzono w przedziale wiekowym 61–70 lat (11 badanych). U kobiet powyżej 70 roku życia odsetek cierpiących na NM wynosił 23,5% (4 przypadki). Częstość występowania NM stwierdzona w przedziale wiekowym 51–60 lat oraz 61–70 lat była większa niż u młodszych kobiet. Różnica ta była istotna statystycznie ($p < 0,001$ i $p < 0,01$).

Nietrzymanie moczu stwierdzono u 40 kobiet przed menopauzą (10,7%) i u 44 kobiet pomenopauzalnych (34,6%). Wartości te różniły się w sposób istotny statystycznie ($p < 0,001$). Menopauzę definiowano jako trwający dłużej niż rok brak krwawień miesięcznych. Masa ciała istotnie wpływała na częstość występowania schorzenia. W przedziałach BMI: 18,5–24,9 kg/m² problem zgłosiło 34 kobiety (11,7%); BMI 25,0–29,9 kg/m² – 34 (21,7%); zaś w przedziale 30,0–39,9 kg/m² NM stwierdzono u 16 (30,1%) kobiet. Częstość występowania NM u kobiet z nadwagą (BMI 25–39,9 kg/m²) różniła się w sposób istotny od częstości obserwowanej u kobiet z prawidłową masą ciała ($p < 0,01$). Rodzaj wykonywanej pracy wpływał istotnie na częstość występowania NM. Chorobę rozpoznano u 56 kobiet pracujących fizycznie (21,3%), w porównaniu do 28 pracujących umysłowo (11,7%). Wartości te były istotnie różne ($p < 0,001$). W prezentowanym materiale rodność wywierała znaczący wpływ na częstość występowania NM. Schorzenie stwierdzono jedynie u 3 nieródek (3,1%) (grupa kontrolna), u 1 pacjentki (2,7%), która urodziła drogą cięcia cesarskiego, u 9 kobiet po jednym porodzie (15%, $p < 0,01$), u 52 pacjentek (20,8%, $p < 0,001$) z dwoma lub trzema porodami w wywiadzie oraz u 19 kobiet (33,3%, $p < 0,001$) rodzących drogą pochwową więcej niż 3 razy. W badanej populacji nie stwierdzono istotnych różnic w występowaniu NM pomiędzy nieródkami a rodzącymi drogą cięcia cesarskiego.

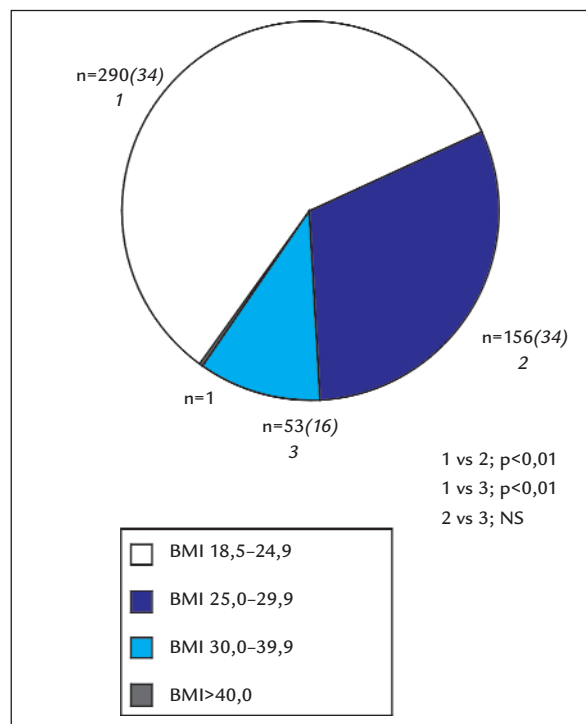
Dyskusja

Nietrzymanie moczu u kobiet jest częstym problemem medycznym, ale złożona etiologia schorzenia oraz nieprecyzyjne kryteria diagnostyczne powodują, że badacze odmiennie oceniają częstość występowania tego schorzenia [10, 12, 18]. Przeprowadzona przez autorów analiza wykazała, że 16,8% kobiet ma problemy z utrzymaniem moczu. Odsetek ten jest zbliżony do danych uzyskanych przez Sherburna [13], który NM stwierdził u 15% kobiet z badanej populacji. W zdecydowanej większości analiz klinicznych problem nietrzymania moczu kojarzony jest z procesem starzenia się oraz ze zmianami inwolucyjnymi w obrębie narządów moczowo-płciowych spowodowanymi hipoestrygenizmem. Niedobór estroge-

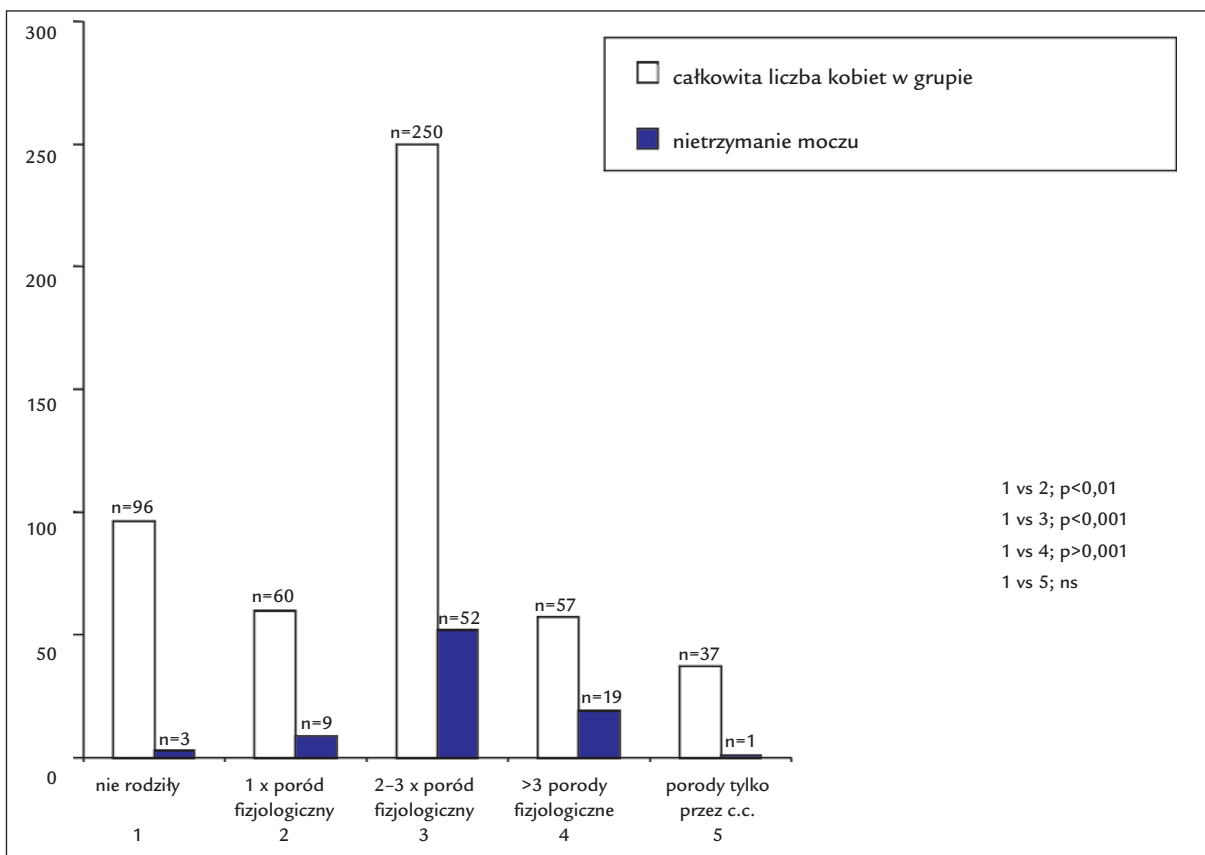




Ryc. 1. Częstość występowania nietrzymania moczu u kobiet w poszczególnych przedziałach wiekowych



Ryc. 2. Wpływ indeksu masy ciała (BMI) na częstość występowania nietrzymania moczu u kobiet



Ryc. 3. Częstość występowania nietrzymania moczu w zależności od wywiadu położniczego



Tab. I. Częstość występowania nietrzymania moczu w zależności od charakteru wykonywanej pracy oraz okresu życia kobiety

Nietrzymające moczu		Test Fischera
pracownice fizyczne (n=262)	n=56	p< 0,01
pracownice umysłowe (n=238)	n=28	
kobiety przed menopauzą (n=373)	n=40	p< 0,001
kobiety po menopauzie (n=127)	n=44	

nów powoduje bowiem spadek przepływu naczyniowego w podśluzówkowych spłotach naczyniowych w cewce moczowej, czego efektem jest obniżenie ciśnienia zamykającego cewkę moczową. Ponadto niedobór estrogenów prowadzi do niekorzystnych zmian właściwości biomechanicznych tkanki łącznej miednicy małej, która jest odpowiedzialna za prawidłową statykę pęcherza moczowego i cewki moczowej. W materiale autorów nie wykazano żadnego przypadku NM u kobiet przed 30. rokiem życia. Największy odsetek chorych występuje w populacji pomenopauzalnej, co pozostaje w zgodzie z klasycznym już opracowaniem Jolleysa [8]. Nieco inne dane prezentują Arnfinn i wsp. [3], którzy NM stwierdzili aż u 4,4% kobiet w przedziale wiekowym do 30 lat. Jednym z najistotniejszych czynników odpowiedzialnych za występowanie wysiłkowej formy nietrzymania moczu są porody drogą pochwową, szczególnie płodów o masie przekraczającej 4 000 g. Z większości analiz wynika, że 3 i więcej porodów odbytych drogami natury są szczególnie znaczącym czynnikiem ryzyka wystąpienia nietrzymania moczu [7, 12]. Dane te potwierdzają wyniki naszej analizy – wśród wieloródek po 3 i więcej porodach NM występuje z częstością 33,3%. Należy dodać, że w opinii niektórych autorów indukcja i akceleracja porodu oksytocyną zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia objawów NM [15]. Nie jest to jednak absolutnie jednoznaczne i być może zależy od różnic kulturowych i sposobu prowadzenia porodu, jak wykazały badania Junga-Anuwata i Roongruangsilp [9], którzy w swoim opracowaniu czynników ryzyka wystąpienia NM u mieszanek Tajlandii stwierdzili, że jedynym istotnym czynnikiem ryzyka jest nadwaga, natomiast rodność, wiek, przebyte operacje ginekologiczne, czy palenie tytoniu nie mają istotnego wpływu na wystąpienie choroby. W opracowaniu autorów, podobnie jak w badaniach Alling i Sherburn [2, 13] nadwaga istotnie częściej towarzyszyła objawom nietrzymania moczu. Oprócz wspomnianych czynników ryzyka, również przebyte operacje ginekologiczne, a zwłaszcza hysterectomia, której konsekwencją jest zmiana statyki narządu rodowego oraz zaburzenia unerwienia narządów miednicy małej, zalicza się do stanów predysponujących do wystąpienia NM [1]. Kolejne obciążenia nie analizowane w niniejszym materiale to nawracające infekcje dróg moczowych i przewlekłe zaparcia [13]. Nietrzymanie moczu poza aspektami medycznymi, jest bardzo poważnym problemem społeczno-ekonomicznym. W Stanach Zjednoczo-

nych koszty leczenia i opieki nad pacjentami z NM wyniosły w 1999 roku 13,1 mld dolarów, a Kanadzie – 1,5 mld dolarów. Z kolei w Szwecji w roku 1990 wydano na leczenie NM 2 mld koron. W Norwegii refundacja zakupu pieluch i podasek jednorazowych dla pacjentów cierpiących z powodu NM kosztowała 200 mln koron [18]. Powyższe dane obrazują skalę ekonomicznego aspektu problemu, zarówno jednostkową – dotyczącą poszczególnych pacjentek, jak i szerszą – na miarę budżetu państwa. Pacjentki z NM zmuszone są do częstszej zmiany i prania bielizny osobistej i pościelowej. Zaopatrują się w większe ilości podasek, podkładow ochronnych jednorazowego użytku i proszku do prania. Szacuje się, że dla jednej pacjentki przeciętny, miesięczny koszt związany z problemem gubienia moczu wynosi w Polsce 200–300 zł [19]. W kraju brak jest aktualnych danych dotyczących globalnych kosztów związanych z refundacją pieluchomajtek i pieluch anatomicznych oraz absencją chorobową związaną z NM. Problem ten dotyczy dużego odsetka kobiet czynnych zawodowo. Konieczność częstego korzystania z toalety, popuszczanie moczu, obawa o nieprzyjemny zapach są przyczyną dekoncentracji, rozdrażnienia i zmniejszenia efektywności pracy. Kobiety chore na NM częściej korzystają ze zwolnień lekarskich, a w skrajnych sytuacjach zmuszone są do zmiany pracy.

Poznanie czynników ryzyka wystąpienia nietrzymania moczu stwarza możliwości działań profilaktycznych. Właściwe prowadzenie porodu, rozważne decyzje dotyczące indukcji i akceleracji porodu oksytocyną, rozważenie selektywnego cięcia cesarskiego w przypadkach, gdy masa płodu przekracza 4 000 g, czy wreszcie walka z otyłością, to działania mogące w przyszłości doprowadzić do zmniejszenia częstości występowania nietrzymania moczu.

Wnioski

1. Nietrzymanie moczu jest częstą dolegliwością wśród kobiet i w związku z tym może być traktowane jako choroba społeczna.
2. Nietrzymanie moczu występuje najczęściej u kobiet między 50. a 70 rokiem życia, czyli u kobiet po menopauzie.
3. Objawy nietrzymania moczu częściej zgłaszają pacjentki z nadwagą i otyłe.
4. Porody drogami natury zwiększają ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu.



Summary

Objectives. To assess the prevalence of urinary leakage among gynaecological patients and to identify the most common risk factors for this disorder.

Material and methods. Five hundred consecutive female patients aged from 17 to 87 years seen in outpatient gynaecological department between May 2001 and January 2002 were included into the study. After gynaecological examination patients were asked to fill Gaudenz questionnaire. The prevalence of urinary symptoms was analysed in terms of risk factors such as age, parity, body mass index, and menopausal and occupational status.

Results. The prevalence of urinary incontinence among study group was 16,8%. Urinary leakage was most common complaint in patients in the age of 51–60 years (34,4%) and 61–70 years (35,4%) and these values were statistically different from patients aged 31–40 years ($p<0,001$; $p<0,01$; Fisher exact test). Urinary problems occurred almost three times more often in postmenopausal patients (34,6%) when compared to premenopausal patients (10,7%; $p<0,001$). Overweight women were more prone to urinary incontinence. Patients with body mass index (BMI) ranged from 25 to 29,9 kg/m² and group with BMI ranged from 30 to 39,9 kg/m² significantly more often experienced urinary incontinence ($p<0,01$). However, no difference in the incidence of urinary incontinence was found between both groups of overweight women. Occupational status exerts profound effect on urinary disorders. Urinary incontinence is almost two times more frequent among blue-collar workers when compared to white-collar workers (21,3% and 11,7% respectively; $p<0,01$). Undoubtedly, parity status has influence on the occurrence of urinary incontinence. This condition was rare in nulligravidas (3 cases in our material, 3,1%). This value can be compared to incidence of urinary incontinence in primigravida group (15%, $p<0,01$), women after two or three vaginal deliveries (20,8%, $p<0,001$) and women who delivered more than three times (33,3%, $p<0,001$).

Conclusions. Urinary incontinence is a common disorder especially among postmenopausal, overweight, multiparous women. Occupational status exerted a significant influence on the incidence of the disease – blue-collar workers are almost two times more prone to the development of urinary incontinence.

Key words: urinary incontinence, epidemiology

Piśmiennictwo

1. Adamiak A, Bogusiewicz M, Skorupski P, Surowski S et al. Ocena częstości nietrzymania moczu po operacji wycięcia macicy drogą brzuszną lub pochwową. *Pol-ski Przegląd Ginekologiczny* 2000; 1: 23-6.
2. Alling Moller L, Lose G, Jorgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 446-51.
3. Arnfinn S, Bjarne CE, Steinar H. A study of female urinary incontinence in general practice. *Scand J Urol Nephrol* 1996; 30: 465-71.
4. Diokno AC, Brown MB, Brock BM, et al. Clinical and cystometric characteristics of continent and incontinent noninstitutionalized elderly. *J Urol* 1993; 140: 567-71.
5. Gaudenz R. A questionnaire with a new urge-score and stress-score for the evaluation of female urinary incontinence. *Geburtsh Frauenheilkd* 1979; 39: 784-92.
6. Gidian D. Problem nietrzymania moczu u dorosłych. *Medycyna Rodzinna* 2000; 3: 43-4.
7. Hojberg K-E, Salvig JD, Winslow NA, et al. Urinary incontinence: prevalence and risk factors at 16 weeks gestation. *Br J Obstet Gynecol* 1999; 106: 842-50.
8. Jolleys JV. The reported prevalence of urinary symptoms in women in one rural general practice. *Br J Gen Pract* 1990; 39: 277-79.
9. Jueng-Anuwat P, Roongruangsilp U. Risk factors urinary incontinence in middle aged elderly Thai women. *J Med Assoc Thai* 2001; 84: 1121-5.
10. MacKay K, Hemmett L. Needs assessment of women with urinary incontinence in a district health authority. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 801-4.
11. Resnick NM, Subbarao V, Yalla MD, Laurino E. The pathophysiology of urinary incontinence among institutionalized elderly patients. *N Engl J Med*. 1989; 320: 1-7.
12. Rortveit G, Hannestad YS, Daltveit AK. Age – and typ e-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 1004-10.
13. Sherburn M, Guthrie JR, Dudley EC. Is incontinence associated with menopause? *Obstet Gynecol* 2001; 98: 628-33.
14. Singla A. Nowe aspekty leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu. *Ginekologia po Dyplomie* 2001; 3: 23-31.
15. Thom DH, van den Eeden SK, Brown JS. Evaluation of parturition and other reproductive variables as risk factors for urinary incontinence in later life. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 983-9.
16. Thomas TM, Plymot KR. Prevalence of urinary incontinence. *Br Med J* 1980; 281: 1243-5.
17. Vetter NJ, Jones DA, Victor CR. Urinary incontinence in the elders at home. *Lancet* 1981; 21275-7.
18. Vinker S, Kaplan B, Nakar S. Urinary incontinence in women: prevalence, characteristics and effect on quality of life. A primary care clinic study. *Isr Med Assoc J* 2001; 3: 663-6.
19. Zajda J, Połujański M, Zbrzeźniak M. Leczenie nietrzymania moczu u kobiet – problem społeczny, ekonomiczny i leczniczy. *Nowa Medycyna – Urologia* 2000; 7: 76-81.

Adres do korespondencji:

II Katedra i Klinika Ginekologii AM
ul. Jaczewskiego 8
20-954 Lublin

