

Kontrowersje wokół diagnostyki wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet

Controversies in diagnostics of stress urinary incontinence in women

Edyta Właziak¹, Grzegorz Surkont¹, Katarzyna Topczewska-Tylińska², Tomasz Stetkiewicz³, Jacek Suzin¹

Współczesna uroginekologia dysponuje wieloma narzędziami diagnostycznymi, często o nie do końca określonej przydatności klinicznej. Istotne jest obiektywne zarejestrowanie objawów oraz określenie ich rzeczywistego wpływu na jakość życia pacjentek. Ważne znaczenie ma również ocena subiektywnych odczuć badanych kobiet. Odpowiedni dobór metod terapeutycznych zależy od właściwie przeprowadzonej diagnostyki. Obecnie dostępnych jest kilka sposobów leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu, o różnym stopniu inwazyjności, których skuteczność zależy w dużej części od postawienia właściwej diagnozy.

Słowa kluczowe: wysiłkowe nietrzymanie moczu, diagnostyka

(Przegląd Menopauzalny 2004; 6: 55–62)

Nietrzymanie moczu (nm) zaliczane jest przez Światową Organizację Zdrowia do jednego z podstawowych wyzwań stojących przed medycyną XXI w. Częstość występowania choroby wzrasta z wiekiem. Występuje przede wszystkim u kobiet w okresie okołoi pomenopauzalnym. W związku ze starzeniem się populacji częstość występowania nm będzie się zwiększać, wywierając coraz większy wpływ na jakość życia społeczeństw [1–3].

Według najnowszej definicji, podanej przez *International Continence Society* (ICS) nietrzymanie moczu to stan, w którym bezwiedne oddawanie moczu, stwierdzone obiektywnie, stanowi problem higieniczny i utrudnia kontakty międzyludzkie. Wieloczynnikowa etiopatogeneza, na pewno nie do końca poznana, sprawia, że nm nie jest traktowane jako jednolita jednostka chorobowa, lecz powoduje występowanie wielu postaci [1–6].

Według ICS (*International Continence Society*) wyróżnia się następujące rodzaje i przyczyny nietrzymania moczu:

- I. Nagłace nietrzymanie moczu:
 1. Nadaktywność mięśnia wypieracza
 2. Niska podatność ścian pęcherza moczowego
- II. Wysiłkowe nietrzymanie moczu:
 1. Nadmierna ruchomość szyi pęcherza
 2. Niewydolność mechanizmu zwieraczowego
- III. Nietrzymanie moczu z przepelnienia: niedoczynność mięśnia wypieracza, przeszkoda w odpływie
- IV. Nietrzymanie moczu pozazwieraczowe: przetoki, wady rozwojowe [1, 2].

Obecnie dostępnych jest kilka sposobów leczenia nm, o różnym stopniu inwazyjności, których skutecz-

¹Poradnia Uroginekologiczna, Klinika Ginekologii i Onkologii Ginekologicznej, I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Jacek Suzin

²Katedra Polityki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; kierownik Katedry: prof. dr hab. med. Romuald Holly

³Klinika Ginekologii i Chorób Menopauzy Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polski; kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Tomasz Pertyński



ność zależy w dużej części od postawienia właściwej diagnozy. Należy pamiętać, że w chwili obecnej nie posiadamy idealnych sposobów leczenia nieoperacyjnego i operacyjnego. Przed zakwalifikowaniem chorej do leczenia zachowawczego lub operacyjnego istotne jest postawienie dokładnej diagnozy, która pozwoliłaby na wybór najbardziej optymalnej terapii. Odpowiedni dobór metody leczenia zależy od właściwie przeprowadzonej diagnostyki. W praktyce klinicznej, jak i podczas badań naukowych istotne jest obiektywne zarejestrowanie objawów oraz określenie ich rzeczywistego wpływu na jakość życia. Współczesna uroinekologia dysponuje wieloma narzędziami diagnostycznymi, często o nie do końca określonej przydatności klinicznej [2, 3, 6–13].

Badanie kliniczne

Badanie podmiotowe

Najczęściej nasilenie objawów pacjenta i ich wpływ na jego jakość życia ocenia lekarz w czasie zbierania wywiadu. Analiza ta jest bardzo subiektywna. Zwykle odbywa się w sposób niestandardowy. Coraz więcej uwagi we współczesnej uroinekologii poświęca się konieczności opracowania jednolitych, obiektywnych metod zbierania wywiadu i prowadzenia badań dodatkowych. Powinno to wpłynąć na poprawę efektów leczenia dysfunkcji dolnego odcinka układu moczowego oraz umożliwić prowadzenie badań porównawczych pomiędzy ośrodkami w różnych krajach [2, 3, 5, 6, 10–13].

Dzienniczki mikcji

Dzienniczki mikcji prowadzone są przez same pacjentki. Odnotowują w nich informacje dotyczące m.in. ilości i częstości oddawania moczu w dzień i w nocy oraz epizodów popuszczania moczu. Obecnie posiadane wyniki badań wskazują na dobrą powtarzalność takiej analizy. Do wad zalicza się możliwość przekłamań dokonanych przez pacjentki i ograniczoną liczbę badanych objawów. Często kobiety nie robią starannych notatek. Dla pełnej oceny potrzebne jest uzupełnienie analizy za pomocą specjalnych kwestionariuszy wypełnianych przez pacjentki, które pozwalają ocenić obecność i ciężkość poszczególnych objawów oraz ich wpływ na jakość życia [1–3, 5, 6, 10, 11].

Kwestionariusze wypełniane przez pacjentki

Nasilenie objawów nietrzymania moczu i ich wpływ na jakość życia pacjentki zwykle ocenia lekarz w czasie zbierania wywiadu. Analiza dokonana przez klinicystę nawet wg standaryzowanych ankiet okazuje się być niepełna z perspektywy pacjenta, ponieważ lekarz nie jest w stanie zmierzyć obiektywnie jakości ży-

cia drugiej osoby. Ocena ta jest subiektywna. Nie znamy rzeczywistego wpływu objawów chorobowych oraz zastosowanych sposobów leczenia na komfort życia pacjentki. Nietrzymanie moczu ma negatywny wpływ na aktywność życiową wielu chorych, na ich samopoczucie, na zachowania seksualne. Odsuwa chore od życia zawodowego, społecznego, towarzyskiego, a nawet rodzinnego. Większość objawów związanych z nm może być zbadana przy pomocy kwestionariuszy analizujących objawy chorobowe i jakość życia, polecanych przez I i II Międzynarodowe Forum Konsultacyjne na temat nietrzymania moczu (Monako 1998, Paryż 2002). Forum to zaleca wykonanie w różnych krajach badań za pomocą specjalnie polecanych, standaryzowanych ankiet, wypełnianych przez pacjentki. Po przetłumaczeniu kwestionariusza należy ocenić jego przydatność w danej populacji, ponieważ wpływ objawów chorobowych na jakość życia zależy m.in. od czynników kulturowych. We współczesnej uroinekologii poświęca się coraz więcej uwagi konieczności stosowania jednolitych, obiektywnych metod zbierania wywiadu przy pomocy kwestionariuszy wypełnianych samodzielnie przez pacjentki. Ma to wpłynąć na poprawę efektów leczenia dysfunkcji dolnego odcinka układu moczowego. Może również pomóc w prowadzeniu badań porównawczych pomiędzy ośrodkami. Do tej pory niewiele jest danych na temat wpływu operacji na poprawę jakości życia [1–3, 8–10, 12, 13].

Badanie uroinekologiczne

Badanie uroinekologiczne koncentruje się na rozpoznaniu nieprawidłowości w obrębie przepony moczowo-płciowej. Do tej pory nie określono parametrów prawidłowego badania uroinekologicznego w zależności od wieku i przeszłości położniczej, dlatego czasami trudne jest rozgraniczenie normy od patologii. U pacjentek z objawami nm często współistnieją różnego typu zaburzenia statyki narządu rodowego. W przypadku leczenia operacyjnego zabieg powinien kompleksowo leczyć wszystkie choroby dna miednicy. Wyniki dotychczas prowadzonych analiz nad problematyką operacyjnego leczenia wnm i zaburzeń statyki narządu rodowego są niepełne. Pomimo niedoskonałości posiadanej wiedzy na temat normy i patologii w badaniu uroinekologicznym, często już podczas badania fizykalnego można trafnie określić nieprawidłowości w funkcjonowaniu przepony moczowo-płciowej u danej pacjentki i zastosować właściwe leczenie. Na przykład kobieta z wnm i nieprawidłowym podparciem połączenia cewkowo-pęcherzowego może dobrze zareagować na leczenie operacyjne korygujące jednocześnie te dwie nieprawidłowości. W przypadku wnm i prawidłowego podparcia, zwykle nie uzyskuje się poprawy po zastosowaniu tej samej procedury operacyjnej. Niestety, nie zawsze udaje się wyleczyć objawy wnm po korekcji zaburzeń statyki. Czasami



może wystąpić sytuacja odwrotna – wystąpienie nm po operacyjnej korekcji zaburzeń statyki lub po innych zabiegach, np. histerektomii. U niektórych kobiet można operacyjnie wyleczyć objawy wnm, ale w następstwie wykonanej operacji może pojawić się *enterocoele*, *cystocoele* czy wypadanie narządu rodnego. Mogą wystąpić parcia naglące lub zaleganie moczu po mikcji. Dlatego konieczne jest przeprowadzenie kompleksowych analiz, dotyczących budowy i funkcji przepony moczowo-płciowej w okresie przed- i pooperacyjnym, aby skuteczniej leczyć nm i zmniejszać częstość powikłań pooperacyjnych. Posiadane dane z badań nad problematyką nietrzymania moczu nie zawierają dokładnych wyników badania uroinekologicznego, co uniemożliwia przeprowadzenie analiz porównawczych. Nie ma prac, które analizowałyby rezultaty operacyjnego leczenia wnm w zależności od wyników wcześniejszego, szczegółowego badania. Nie zawierają porównań wyników kompleksowego badania uroinekologicznego w okresie przed- i pooperacyjnym. Brak tych danych uniemożliwia dokonanie dokładnych analiz porównawczych. Przeprowadzenie prospektywnych, randomizowanych badań w tym zakresie powinno wpłynąć na poprawę efektów leczenia nm i na zmniejszenie częstości powikłań pooperacyjnych [1–3, 6, 10–13].

Badanie neurologiczne

Zaburzenia funkcji układu nerwowego mogą być przyczyną nm. Ocena sprawności umysłowej, manualnej i poprawności chodzenia przyczynia się do rozpoznania. Podstawowe badanie u pacjentki z dysfunkcją dolnego odcinka dróg moczowych powinno zawierać ocenę funkcjonowania korzeni rdzeniowych S2-S4, zaopatrujących czuciowo okolice kroczka, a ruchowo mięśnie dna miednicy mniejszej. Oddech krzyżowy (opuszkowo-jamisty), będący skurczem mięśnia zwieracza odbytu w odpowiedzi na drażnienie łechtaczki i okolicy odbytu, wyklucza jako przyczynę nm defekt neurologiczny, dotyczący korzeni krzyżowych rdzenia kręgowego. Jeżeli stwierdza się nieprawidłowości lub podejrzewa zaburzenia neurologiczne, należy przeprowadzić dokładne badanie specjalistyczne [1–3, 6].

Inne elementy badania klinicznego

Wszystkie pacjentki z objawami nm powinny być badane z miernie wypełnionym pęcherzem moczowym, aby możliwe było przeprowadzenie u nich próby kaszlowej na fotelu ginekologicznym, a w przypadku ujemnego wyniku (brak wypływu moczu) na stojąco. Popuszczanie moczu podczas kaszlu bardzo dobrze koreluje z wnm. Wypływ dużych ilości moczu lub całkowite opróżnienie pęcherza moczowego wskazuje na nadreaktywność mięśnia wypieracza.

Zaleganie moczu po mikcji powinno być zbadane u każdej pacjentki z nietrzymaniem moczu. Wykonuje się je przed badaniem urodynamicznym, poprzez założenie do pęcherza jednorazowego cewnika lub w czasie badania ultrasonograficznego.

Epizody bezwiednego oddawania moczu można ocenić za pomocą pomiaru masy wkładek higienicznych używanych przez pacjentkę (test podpaskowy). Test pozwala zidentyfikować wątpliwe przypadki nietrzymania moczu i określić ilościowo nasilenie objawów. Służy także do monitorowania przebiegu terapii. ICS zaleca wykonywanie testu jednogodzinnego.

U kobiet po menopauzie wskazane jest oznaczenie pH w pochwie celem oceny stopnia estrogenizacji. Wielu autorów podaje, że $\text{pH} \leq 5$ dobrze koreluje z objawami nasycenia estrogenami u pacjentek bez infekcji w pochwie [2, 3, 5, 6, 10–16].

Badania dodatkowe

Jako uzupełnienie oceny klinicznej zwykle zaleca się wykonanie badań dodatkowych: badania ogólnego moczu wraz z posiewem, ultrasonograficznego i urodynamicznego.

Badanie ogólne moczu i posiew

Wykonywane jest u pacjentek z wnm głównie celem wykluczenia lub wykrycia infekcji w drogach moczowych [2, 3, 5–7, 17, 18].

Ultrasonografia

Badanie USG górnego i dolnego odcinka układu moczowego oraz narządu płciowego należy do rutynowego postępowania w uroinekologii. Ostatnio wskazuje się na możliwość szerszego wykorzystania ultrasonografii jako alternatywnego źródła informacji na temat budowy i funkcji pęcherza i cewki moczowej oraz przepony moczowo-płciowej. Badanie to może być przydatne do postawienia właściwej diagnozy, a co za tym idzie, do wyboru właściwego sposobu leczenia oraz przewidywania jego efektów i powikłań. W odróżnieniu od badania urodynamicznego, USG może być wykonane w pozycji stojącej, co przypomina naturalne warunki. Ultrasonograficzna analiza jest możliwa poprzez obrazowanie:

- wewnętrzne: przezpochwowe, przezodbytnicze,
- zewnętrzne: przezbrzuszne, przezprzedsionkowe, przezkroczone.

Wewnętrzne obrazowanie stosowane jest rzadko ze względu na możliwość zmiany pierwotnego położenia pęcherza moczowego. Przezbrzuszną uretrocystografię ze względu na swoją niedokładność nie jest już stosowana. Obecnie zaleca się przezprzedsionkowe lub prze-



zkroczone badanie za pomocą głowic przezpochwowych o częstotliwości 3,5–7,5 MHz, które nie zmienia stosunków anatomicznych przepony moczowo-płciowej. Może ono być zastosowane nawet w przypadkach dużego wypadania narządu rodowego.

Badanie USG umożliwia dynamiczną ocenę funkcji przepony moczowo-płciowej, np. podczas kaszlu, Valsalvy, napinania mięśni. Obniżanie się szyi pęcherza moczowego podczas wysiłku u kobiet z wnm wskazują na jego nadruchość, podczas gdy nieruchomy pęcherz sugeruje cewkę niskociśnieniową. Wnm jest rozpoznawane przede wszystkim podczas badania klinicznego, lecz uwidocznienie w USG rozwierania (ang. *funneling*) szyi pęcherza dostarcza dodatkowych informacji na temat przyczyn choroby u danej pacjentki. Dobre uwidocznienie cewki pęcherza pozwala często na właściwe rozpoznanie *cystocele* i *enterocele*. Khullar i wsp. podają, że grubość ściany pęcherza powyżej 5 mm często występuje w przypadku niestabilności mięśnia wypieracza.

Badanie ultrasonograficzne może dostarczyć istotnych informacji w diagnostyce uroginekologicznej. Jednak ustalenie właściwego znaczenia i miejsca USG we współczesnym procesie diagnostycznym wymaga dalszych analiz [2, 3, 5, 6, 19–22].

Badanie urodynamiczne

Zadaniem badania urodynamicznego jest czynnościowa ocena funkcji dolnych dróg moczowych podczas fazy napełniania i opróżniania pęcherza moczowego. Badanie powinno doprowadzić do wystąpienia zaburzeń, które występują u pacjentki na co dzień, w celu uzyskania ich patofizjologicznego wytłumaczenia. Urodynamiczna ocena jest wskazana po to, by:

- wskazać przyczyny nietrzymania moczu i określić ich kliniczne znaczenie w danym przypadku,
- pomóc w przewidywaniu efektów planowanego leczenia wraz z możliwością określenia prawdopodobieństwa wystąpienia określonych powikłań,
- poznać przyczyny niepowodzeń,
- obiektywnie potwierdzić efekty leczenia [1–3, 5–7, 23, 24].

Badanie cystometryczne polega na pomiarze ciśnienia wewnątrz pęcherza moczowego (ciśnienie śródpęcherzowe) podczas napełnienia płynem tego narządu. Służy do oceny czynności i pojemności pęcherza moczowego. Pozwala z dużym prawdopodobieństwem rozpoznać lub wykluczyć występowanie nietrzymania moczu z parć nagłych oraz zbyt małej pobudliwości wypieracza.

Profilometria cewkowa pozwala na jednoczesny pomiar ciśnienia cewkowego (wzdłuż całego jej przebiegu) oraz ciśnienia śródpęcherzowego. Różnica między ciśnieniami określa maksymalne ciśnienie zamykające cewkę. Pomiaru ciśnienia zamykającego cewkę dokonuje się podczas spoczynku (maksymalne ciśnienie zamykające cewkę bez parcia) i podczas działania tłoczni brzusznej, wywołanego kaszlem (maksymalne ciśnienie zamykające cewkę podczas parcia). Trwają spory co do prawidłowych wartości tych ciśnień. Niektórzy podają minimalną prawidłową wartość jako 65 cm słupa wody, inni posługują się wzorem: 100 minus wiek pacjentki. Spoczynkowa profilometria cewkowa jest przydatna do wykrywania przypadków *cewki niskociśnieniowej*. Profilometria w czasie kaszlu (ang. *stress test*) służy do potwierdzenia lub wykluczenia wnm.

Badanie elektromiograficzne (EMG) jest wykonywane razem z cystometrią. Jest szczególnie przydatne w diagnostyce trudności w oddawaniu moczu, spowodowanych dyssynergią wypieracza i zwieracza wewnętrznego cewki moczowej. W schorzeniu tym dochodzi do jednoczesnego skurczu obu mięśni, uniemożliwiającego efektywną mikcję [1–3, 5–7, 23, 24].

Miejsce badania urodynamicznego we współczesnej uroginekologii nie zostało w sposób jednoznaczny określone. Badania różnych autorów, których celem było ustalenie korelacji pomiędzy wartościami parametrów urodynamicznych a obrazem wnm, dostarczają sprzecznych rezultatów. Jednocześnie jest sprawą dyskusyjną, czy wdrożenie leczenia na podstawie analizy klinicznej jest wystarczające. Badanie urodynamiczne jest jednym z elementów służących do obiektywizacji objawów nietrzymania moczu. Wielu

Tab. I. Podstawowe elementy badania urodynamicznego

Rodzaj badania	Zakres funkcji podlegający ocenie	Wskazania
cystometria	faza napełniania pęcherza moczowego, test prowokacyjny służący diagnostyce wnm	nietrzymanie moczu
profilometria cewkowa w czasie spoczynku i podczas wysiłku (kaszlu)	mechanizm zamykania cewki, określenie maksymalnego ciśnienia zamykającego cewkę	objawy wnm, podejrzenie o cewkę niskociśnieniową
pomiar zalegania moczu po mikcji	ogólna ocena mikcji	nietrzymanie moczu
elektromiografia (EMG)	ocena koordynacji relaksacji	podejrzenie dyssynergii wypieracza i zwieracza wewnętrznego cewki



uroginekologów uważa, że badanie urodynamiczne powinno być wykonane zawsze przed leczeniem operacyjnym. Inni natomiast poddają tę opinię w wątpliwość, wskazując na wady badania, takie jak dyskomfort pacjentki, inwazyjność badania, brak dostępności do aparatury, koszt badania, trudności w uzyskaniu dobrej powtarzalności i нефизjologiczne warunki przeprowadzania diagnostyki. Pomimo niedoskonałości jest najbardziej obiektywnym i wiarygodnym badaniem, określającym rodzaj nm i wywołującą go przyczynę. W sytuacjach skomplikowanych lub gdy dotychczas stosowane leczenie zawodzi, badanie urodynamiczne nabiera podstawowego znaczenia [1, 2, 5, 6, 23, 24].

Inne badania dodatkowe

W przypadku różnicowania z przetoką pęcherzowo-pochwową często zleca się badanie urograficzne i cystoskopię [17, 18].

Dyskusja

Według danych z piśmiennictwa, informacje uzyskiwane podczas niewystandaryzowanego zbierania wywiadu od pacjentek z objawami nm – zarówno wnm, nnm, jak i postaciami mieszanymi wnm/nnm – słabo korelują z wynikami badań urodynamicznych [1, 2]. Również wystandaryzowane zbieranie wywiadu i badanie uroginekologiczne nie jest wystarczającym źródłem informacji do postawienia pełnej diagnozy. Dlatego informacje uzyskane tą drogą od pacjentek nie mogą być jedynym elementem przed- i pooperacyjnych analiz [1, 2, 25]. Potrzebne jest uzupełnianie ich o dodatkowe elementy diagnostyczne, niekoniecznie zawierające drogie badanie urodynamiczne [25]. Specjaliści biorący udział w I i II ICI byli zgodni, że istotnym czynnikiem, pomagającym określić efekty terapii powinien być wpływ zastosowanego leczenia i jego efektów na jakość życia [1, 2]. Hilton [25] uważa, że równie istotne jest zadowolenie pacjentki z terapii. Podczas II ICI [2] ustalono, że do pełnej analizy objawów nm i ich wpływu na jakość życia należy stosować kwestionariusze wypełniane przez pacjentki, których wiarygodność i powtarzalność została udowodniona. Powinny one być przetłumaczone na język danego kraju. Nietrzymanie moczu jest chorobą, mającą ogromny wpływ na komfort życia [25–37]. Jest to podstawowa przyczyna leczenia tej choroby. W związku z tym wielu badaczy zwraca uwagę na konieczność włączenia do analiz wpływu leczenia na jakość życia oraz opinii pacjentek na temat efektów zastosowanej terapii. W piśmiennictwie z wcześniejszych lat można spotkać krytyczne informacje na temat wiedzy specjalistów i personelu medycznego co do oczekiwań pa-

cjentek w stosunku do leczenia. W badaniach przeprowadzonych wśród personelu medycznego i pacjentek Tincello i Alfirevic [38] sprawdzili, że wszystkie badane grupy traktowały subiektywną ocenę efektów leczenia, podawaną przez pacjentki, jako najważniejszy wymiar efektów leczenia nm u kobiet. 80–97% respondentów uznało, że najważniejszym elementem jest dokonanie przez pacjentkę oceny zastosowanego sposobu terapii oraz jej wpływu na jakość życia. Lekarze mocniej akcentowali rolę ocen obiektywnych. Departament Zdrowia Wielkiej Brytanii w opublikowanych w 1999 roku materiałach [25, 39] wskazuje, że pomiar satysfakcji pacjentki w 6. mies. po operacji jest nie tylko jednym z dodatkowych elementów oceny. Zdaniem brytyjskich specjalistów opieka, która jest mniej satysfakcjonująca, jest też mniej efektywna. W 2002 r. opublikowano porównanie efektywności leczenia wnm za pomocą podwieszenia pochwy sposobem Burcha i TVT w randomizowanych, prospektywnych badaniach przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii [25, 40]. Pierwsze analizy *The UK TVT RCT* zostały dokonane po pół roku, następne będą przeprowadzone w okresach 2- i 5-letnich [25]. W tym badaniu stwierdzono wysoki odsetek pacjentek zadowolonych z efektów leczenia operacyjnego w pół roku od zabiegu: 83% dla TVT oraz 70% dla operacji wykonanej sposobem Burcha. Taki odsetek kobiet poleciłoby ten sam zabieg przyjaciółce lub krewnej.

Zgodnie z definicją zdrowia, opracowaną przez Światową Organizację Zdrowia, badacze zwracają coraz większą uwagę na jakość życia, zależną od zdrowia – HRQL (*health-related quality of life*). Od 1997 r. notuje się bardzo istotne zwiększenie liczby prac, analizujących różne aspekty diagnozowania i leczenia nm w zakresie jakości życia [2]. Przy mniejszym nasileniu objawów nm jest przyczyną dyskomfortu. Zwykle im większe nasilenie objawów, tym większy wpływ na jakość życia. Choroba prawie zawsze ma bezpośredni wpływ na komfort życia i samopoczucie, pogarsza aktywność społeczną i zawodową. Uczucia zażenowania lub negatywnego postrzegania siebie są częste wśród chorych. Młode osoby podają większy wpływ nm na ich jakość życia. Pacjentki często jako bardziej utrudniające życie podają nokturię i parcia naglące w porównaniu z wnm [2, 3, 8, 9, 25–37].

International Continence Society (ICS – Międzynarodowe Towarzystwo Trzymania) traktuje jednogodzinny test podpaskowy, jako jeden z podstawowych, obiektywnych sposobów oceny efektów leczenia nm. Dotychczasowo uzyskiwane wyniki badań w piśmiennictwie wskazują na niską powtarzalność tego badania. Dlatego też wydaje się, że nie jest to optymalny sposób pomiaru efektów leczenia wnm. Niektóre pacjentki podają, że nadal popuszczają mocz, pomimo ujemnego



wyniku testu [40]. Dane z piśmiennictwa sugerują [41], że wyniki testu podpaskowego ukazują uproszczony i zbyt optymistyczny obraz sukcesu operacyjnego leczenia wnm. W wielu pracach autorzy przedstawiają efekty swojego leczenia, oparte przede wszystkim na analizie danych z testu podpaskowego [1–3, 5, 42–44]. Dzienniczki mikcji są szeroko stosowane w diagnostyce nm. Niestety, pozwalają ocenić tylko niektóre z dolegliwości – zwykle: popuszczanie moczu pod wpływem wysiłku, parcia na pęcherz, częstomocz oraz nykturię. Charakteryzują się dobrą powtarzalnością, zwłaszcza w aspekcie wysiłkowego nietrzymania moczu, jednak nie są w stanie całkowicie zastąpić badania urodynamicznego. Dzienniczki mikcji mogą być pomocne, jeżeli są regularnie wypełniane. Zdaniem części specjalistów pacjentki dość często nie notują epizodów popuszczania moczu dokładnie, zwłaszcza w późniejszych dniach wypełniania dzienniczka. Niektórzy badacze nie zaobserwowali takiej zależności [1–3, 41, 44–47]. Badanie urodynamiczne jest często postrzegane jako *złoty standard* obiektywnej oceny zaburzeń dolnego odcinka układu moczowego [2, 3]. Wykorzystywane jest do potwierdzenia, że występują objawy wnm oraz ich rodzaju. Przydatne jest do wykrycia innych zaburzeń pracy dolnego odcinka układu moczowego, np. parć naglających i zaburzeń mikcji. Uzyskanie tych danych może być przydatne do określenia wpływu na efektywność zabiegu i na prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań. Jednak badanie urodynamiczne jest kosztowne, a interpretacja i powtarzalność jego wyników nie zostały do końca określone. Część specjalistów uważa, że pomimo niedoskonałości, analiza urodynamiczna powinna być rutynowo wykonywana w przedoperacyjnej ocenie kobiet z wnm. Takie zalecenia znajdują się m.in. w publikacji brytyjskiego *The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* pt. *Effective Procedures in Gynaecology Suitable for Audit*. Dane wskazujące na słuszność takiego postępowania oceniane są jako stopień C. Oznacza on, że dysponuje się niewystarczającymi dowodami na przydatność badania urodynamicznego. Natomiast zalecenia wynikają z analiz opinii specjalistów z dziedziny uroginekologii. Nie wszystkie autorytety są w tym względzie zgodne. W opublikowanym w 1996 r. *The Clinical Practise Guidelines for Urinary Incontinence in Adults* przez amerykańską *The Public Health Service Agency for Health Care Policy* specjaliści sugerują, że leczenie chirurgiczne może być przeprowadzone po wykonaniu podstawowych badań diagnostycznych, bez badania urodynamicznego, w przypadkach pierwszego leczenia wnm towarzyszącego nadmiernej ruchomości cewki moczowej. Wskazane są dalsze analizy w celu ostatecznego określenia roli badania urodynamicznego w diagnostyce pooperacyjnej. W świetle aktualnej wiedzy oparcie się na wynikach badań urodynamicznych pełni istotną rolę w obiektywizacji danych. Dlatego ba-

danie urodynamiczne jest często zalecane jako element analiz naukowych stosowanych metod leczenia wnm (I i II ICS) [1–3, 6, 25, 48]. Przez ostatnie dwie dekady wielu naukowców zwiększyło nacisk na urodynamiczną ocenę efektów leczenia. Takie stanowisko wynika z przekonania, że tylko analiza dokonana przez lekarza z wykorzystaniem obiektywnych metod oceny może być prawdziwie obiektywna. Dyskusja na ten temat ciągle się toczy [1–3, 6, 48].

Zgodnie z aktualnymi opiniami wyrażanymi przez dużą grupę badaczy uważamy, że ze względu na wieloczynnikową etiopatogenezę wnm oraz niedoskonałość metod diagnostycznych, którymi dzisiaj dysponujemy, objawy wnm powinny być oceniane z wielu perspektyw [1–3, 6]. Taki sposób postępowania pozwala na maksymalne zobiektywizowanie uzyskanych wyników. Jednocześnie należy prowadzić dalsze badania i dyskusje w celu uzyskania konsensusu w zakresie sposobów diagnozowania pacjentek przed i po zastosowanym leczeniu, jak i metod analizy uzyskanych wyników. Jednolite schematy pozwoliłyby na zminimalizowanie zjawiska zafalszowania (ang. *bias*), umożliwiłyby porównywanie pomiędzy sobą różnych sposobów leczenia, a także wyników uzyskiwanych przez różne ośrodki. Kompleksowa analiza wyników badania klinicznego, badań dodatkowych, kwestionariuszy i dzienniczek wypełnianych przez pacjentkę, wpływu choroby na jakość życia stwarza możliwość postawienia właściwej diagnozy i wdrożenia optymalnego sposobu leczenia. Specjaliści uczestniczący w I Międzynarodowym Forum Konsultacyjnym dotyczącym nietrzymania w Monako 1998 r. oraz w II Międzynarodowym Forum Konsultacyjnym dotyczącym nietrzymania w Paryżu w 2002 r. (ICI – *WHO International Consultation on Incontinence*) byli zgodni, że konieczne jest wykonanie prospektywnych, kompleksowych badań naukowych, pozwalających określić najbardziej optymalne wykorzystanie obecnie posiadanych narzędzi, stosowanych do diagnostyki nm [1–3].

Współczesna uroginekologia dysponuje wieloma narzędziami diagnostycznymi, których przydatność kliniczna, niestety, nie jest do końca określona. Dodatkowo sprawę komplikuje fakt, iż nie znamy rzeczywistego wpływu objawów choroby oraz zastosowanych sposobów leczenia na jakość życia. Jednocześnie nie posiadamy idealnych sposobów leczenia nieoperacyjnego i operacyjnego [1–3, 25, 49]. Naszym zdaniem ten całokształt problemów należy przedstawić pacjentce przed podjęciem decyzji o sposobie leczenia. W przypadku wyboru operacji należy chorej uzmysłowić, że nie daje ona 100% gwarancji wyleczenia. Nie możliwe też jest zagwarantowanie braku powikłań. Sądzimy, że takie postępowanie znacznie zmniejsza ryzyko procesu sądowego.



Summary

Modern urogynecology gives us many diagnostic tools. Unfortunately their detailed clinical significance is yet to be evaluated. It is important to register objectively symptoms and to assess their real influence on patient's quality of life. It is also important to evaluate subjective sense of women. Correct selection of mode of treatment depends on proper diagnostics. Nowadays there are few methods of stress urinary incontinence treatment with different degree of invasiveness. Their efficacy depends mainly on proper diagnostics.

Key words: stress urinary incontinence, diagnostics

Piśmiennictwo

1. Abrams A, Khoury S, Wein A. *Incontinence*. 1st International Consultation on Incontinence Monaco 1998, Health Publication Ltd. 1999.
2. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, et al. *Incontinence*. 2nd International Consultation on Incontinence Paris 2nd Edition 2002 Plymbridge Distributors Ltd.
3. Cardozo L, Staskin D. *Textbook of Female Urology and Urogynaecology*. 2001.
4. Abrams P. *Standardisation of terminology of urinary tract function*. Neurourol Urodyn 1988; 7: 403-8.
5. Rechberger T i wsp. *Nietrzymanie moczu u kobiet. Diagnostyka i leczenie*. Red.: Rechberger T, Jakowicki JA. Wyd. BiFolium, Lublin 2001.
6. Petri E. *Gynaekologische Urologie*. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York 2001.
7. Abrams A. *Urodynamics*. Springer-Verlag London Limited 1997.
8. Herzog A. *Urinary incontinence: medical and psychosocial aspects*. Annu Rev Gerontol Geriatr 1989; 9: 74-1194.
9. Veerecken R. *Psychological and sexual aspects in different types of bladder dysfunction*. Psychother Psychosom 1989; 51: 128-34.
10. Wall LL, Norton PA, De Lancey JOL. *Practical urogynecology* Cop. Williams & Wilkins Baltimore, Maryland 21202 U.S.A. 1993.
11. Marks P, Surkont G, Rubersz-Adamska G. *Nietrzymanie moczu u kobiet*. Gin Prakt 1997; 5 (26): 27-33.
12. Nichols DH. *Gynecologic and Obstetric surgery*. Mosby-year Book, Inc. 1993.
13. Jolleys JV. *Reported prevalence of urinary incontinence in women in a general practise*. Br Med J 1988; 296: 1300.
14. Iosif CS, Batra S, Ek A, Astedt B. *Estrogen receptors in human female lower urinary tract*. Am J Obstet Gynecol 1981; 141: 817-20.
15. Jakowicki J. *Klimakterium. Hormonalna terapia zastępcza. Poradnik terapeutyczny*. Wydawnictwo Biforium, Lublin 2001.
16. Koduri S, Goldberg RP, Sand PK. *Transvaginal therapy of geniune stress incontinence*. Urology 2000; 56 (supl1): 23-7.
17. Thuroff J. *Diagnostyka różnicowa w urologii*. PZWL, Warszawa 1999.
18. Zieliński J, Leńko J. *Urologia. Diagnostyka ogólna*. PZWL, Warszawa 1992.
19. Petri E, Koelbl H, Schaer G. *What is the place of ultrasound in urogynecology? A written panel*. Int Urogynecol J 1999; 10: 262-73.
20. Schaer G, Koelbl H, Voigt R, et al. *Recommendations of the German Association of Urogynecology on functional sonography of the lower female urinary tract*. Int Urogynecol J 1996; 7: 105-8.
21. Schaer G. *Perineal ultrasound for evaluating the bladder neck in urinary stress incontinence*. Obstet Gynecol 1995; 85: 220-4.
22. Wise BG, Burton G, Cutner A, Cardozo L. *Effect of vaginal ultrasound probe on lower urinary tract function*. Br J Urol 1992; 70: 12-6.
23. Clarke B. *The role of urodynamic assessment in the diagnosis of lower urinary tract disorders*. Int Urogynecol J 1997; 8: 196-200.
24. Vereecken RL. *A critical view on the value of urodynamics in non-neurogenic incontinence in women*. Int Urogynecol J 2000; 11: 188-95.
25. Hilton P. *Commentary. Trials of surgery for stress incontinence - thoughts on the "Humpty Dumpty principle"* - BJOG 2002; 109: 1081-8.
26. Black NA, Griffiths J, Pope C, et al. *Impact of surgery for stress incontinence on morbidity: cohort study*. Br Med J 1997; 315: 1493-8.
27. Breakwell SL, Noble W. *Differences in physical health, social interaction, and personal adjustment between continent and incontinent homebound aged women*. J Community Health Nurs 1988; 5 (1): 19-31.
28. Chiverton P, Wells T, Bink C, et al. *Psychological factors associated with urinary incontinence*. Clin Nurse Spec 1996; 10: 229-33.
29. Grimby A, Milsom I, Molander U, et al. *The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly women*. Age Ageing 1993; 22: 82-9.
30. Hunskaar S, Vinsnes A. *The quality of life in women with urinary incontinence as measured by the sickness impact profile*. J Am Geriatr Soc 1991; 39: 378-82.



31. Robinson D, Pearce K, Preisser J, et al. *Relationship between patient reports of urinary incontinence symptoms and quality of life measures*. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 224-8.
32. Sandvik H, Hunskar S, Seim A, et al. *Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey*. *J Epidemiol Community Health Medicine* 1993; 47: 497-9.
33. Sandvik H, Kveine E, Hunskar S. *Female urinary incontinence*. *Scand J Caring Sci* 1993; 7: 53-6.
34. Swithinbank L, Donovan JL, Rogers C, Abrams P. *Nocturnal incontinence in women: a hidden problem*. *J Urol* 2000; 164: 764-6.
35. Temml C, Haidinger G, Schmidbauer J, et al. *Urinary incontinence in both sexes: prevalence rates and impact on quality of life and sexual life*. *Neurourol Urodyn* 2000; 19: 259-71.
36. Wyman JF, Harkins SW, Taylor JR, et al. *Psychosocial Impact of Urinary Incontinence in Women*. *Obstetrics & Gynecology* 1987; 70 (3): 378-81.
37. van der Vaart C, de Leeuw J, Roovers J, et al. *The influence of urinary incontinence on quality of life of community-dwelling 45-70 year old Dutch women*. *Ned Tijdschr Geneeskde* 2000; 6: 894-7.
38. Tincello DG, Alfirevic Z. *Important Clinical Outcomes in Urogynecology: Views of Patients, Nurses and Medical Staff*. *Int Urogynecol J* 2002; 13: 96-8.
39. Brocklehurst JC, Amess M, Goldacre M, et al. *Health outcome indicators: urinary incontinence*. Report of a Working Group to the Department of Health. Oxford: National Centre for Health Outcomes Development, 1999.
40. Ward KL, Hilton P. *Prospective multicentre randomised trial of tension-free vaginal tape and colposuspension as primary treatment for stress incontinence*. *BMJ* 2002; 325: 67.
41. Groutz A, Blaivas JG, Chaikin DC, et al. *Noninvasive outcome measures of urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: a multicenter study of micturition diary and pad tests*. *J Urol* 2000; 164: 698-701.
42. Simmons AM, Yoong WC, Buckland S, et al. *Inadequate repeatability of the one-hour pad test: the need for a new incontinence measure*. *Br J Obstet Gynecol* 2001; 108: 315-9.
43. Sutherst JR, Brown MC, Shower M. *Assessing the severity of urinary incontinence in women by weighing perineal pads*. *Lancet* 1981; 1: 1128-30.
44. Barnick C. *Frequency volume chart*. In: Cardozo L (ed.). *Urogynaecology*. London: Churchill Livingstone 1997; 105-7.
45. Homma Y, Ando T, Yoshida M, et al. *Voiding and Incontinence Frequencies: Variability of Diary Data and Required Diary Length*. *Neurourol Urodyn* 2002; 21: 204-9.
46. Follick M, Ahern D, Laser-Wolston N. *Evaluation of a daily activity diary for chronic low back pain*. *Pain* 1984; 19: 373-82.
47. Wyman JF, Choi SC, Harkins SW, et al. *The urinary diary in evaluation of incontinent women: A test-retest analysis*. *Obstetrics & Gynecology* 1988; 71 (6): 812-7.
48. Digesu GA, Khullar V, Cardozo L, Salvatore S. *Overactive Bladder Symptoms: Do We Need Urodynamics?* *Neurourol Urodyn* 2003; 22: 105-8.
49. Black NA, Downs SH. *The effectiveness of surgery for stress incontinence in women: a systematic review*. *Br J Urol* 1996; 78 (4): 497-510.

Adres do korespondencji

I Klinika Ginekologii i Onkologii Ginekologicznej
 I Katedra Ginekologii i Położnictwa
 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
 Szpital im. M. Madurowicza
 ul. Wileńska 37
 94-029 Łódź
 tel. + 48 42 686 04 71
 e-mail: grzegorz.4838843@pharmanet.com.pl,
 edytawlazlak@wp.pl

