

Kolposuspensja zmodyfikowanym sposobem Burcha

– kompleksowa ocena średnioterminowych wyników leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM) u kobiet z zastosowaniem subiektywnych i obiektywnych metod diagnostycznych

Modified Burch Colposuspension – complex analysis of median term results of female stress incontinence with use subjective and objective diagnostic methods

Grzegorz Surkont¹, Edyta Włazlak¹, Tomasz Stetkiewicz², Anna Sobczuk², Paweł Krajewski³, Jacek Suzin¹

Specjaliści uczestniczący w II Międzynarodowym Forum Konsultacyjnym w Paryżu w 2002 r. dotyczącym nietrzymania byli zgodni, że konieczne jest wykonanie prospektywnych, kompleksowych badań naukowych, pozwalających określić najbardziej optymalne wykorzystanie obecnie posiadanych narzędzi w zakresie sposobów diagnozowania pacjentek z WNM przed i po zastosowanym leczeniu.

Cel pracy: kompleksowa ocena średnioterminowych wyników leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM) u kobiet za pomocą kolposuspensji zmodyfikowanym sposobem Burcha z wykorzystaniem kilku wybranych subiektywnych i obiektywnych metod diagnostycznych.

Materiał i metody: Analizowano skuteczność leczenia zabiegowego po 25 pierwszych kolposuspensjach, wykonanych przez dwóch operatorów, zgodnie z zaleceniami przekazanymi im podczas szkoleń i wspólnych operacji przeprowadzonych przez prof. E. Petriego z Niemiec.

Wyniki: Stwierdzono duże różnice w odsetku wyleczonych kobiet w zależności od zastosowanej metody badania.

Wnioski: 1. Metody obiektywnej oceny objawów wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM) w słabym stopniu korelują z metodami subiektywnymi. 2. Do oceny efektów leczenia WNM kobiet wskazane jest stosowanie kilku subiektywnych i kilku obiektywnych metod diagnostycznych. 3. Występują różnice w możliwości uzyskania danych od pacjentów w zależności od rodzaju metody diagnostycznej.

Słowa kluczowe: wysiłkowe nietrzymanie moczu, WNM, operacja sposobem Burcha

(Przegląd Menopauzalny 2005; 3: 29–35)

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

² Klinika Ginekologii i Chorób Menopauzy Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi; kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Tomasz Pertyński

³ Klinika Perinatologii, Oddział Neonatologii, I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Tadeusz Laudański



Duża liczba zabiegów stosowanych w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM) wskazuje, że skuteczność terapii znacznie odbiega od oczekiwań, a to z kolei jest powodem poszukiwania coraz bardziej skutecznych modyfikacji znanych procedur, jak i nowych technik operacyjnych. Wyniki prospektywnych badań wskazują na najwyższą skuteczność operacji podwieszających pochwę, przeprowadzanych w obrębie przestrzeni załonowej Retziusa oraz taśm podcewkowych [1, 2]. Przegląd dotychczas posiadanych wyników wskazuje, iż kolposuspensja sposobem Burcha charakteryzuje się najwyższą skutecznością w porównaniu z innymi operacjami w zakresie odległych, tj. 10–15-letnich obserwacji [3, 4, 5]. Skuteczność wyleczenia objawów WNM w krótkim czasie po operacji Burcha wynosi ponad 90%. Metaanaliza wyników badań retrospektywnych i prospektywnych wskazuje na ok. 90% skuteczność wyleczenia, jeżeli operacja sposobem Burcha była pierwszym zabiegiem wykonanym z powodu WNM oraz na ok. 82% skuteczności, jeżeli była to kolejna operacja. Analiza średnio- i długoterminowych (od 5 do 12 lat) wyników badań potwierdza utrzymywanie się efektów w czasie. Zwykle 69–90% pacjentek nie podaje nawrotu dolegliwości [3, 6]. Kolposuspensja uznawana jest za najskuteczniejszy sposób operacji w przypadku uszkodzeń anatomicznych, określanych jako typ II wg Blaivaisa czyli tzw. anatomicznego WNM [7–10]. Pomimo iż co roku pojawiają się nowe sposoby operowania WNM, operacja sposobem Burcha uznawana jest nadal przez większość uroginekologów za *złoty standard* w leczeniu WNM i dlatego wszystkie nowe techniki operacyjne powinny być porównywane z tą operacją [2, 6, 11]. Niestety, tylko pojedyncze artykuły w prasie fachowej porównują skuteczność poszczególnych technik operacyjnych. Natomiast specjaliści zrzeszeni w międzynarodowych towarzystwach naukowych – ICS (*International Continence Society*) oraz IUGA (*International Urogynecology Society*) uważają, że obecnie jedynie prospektywne, randomizowane, porównawcze badania pozwalają obiektywnie ocenić skuteczność poszczególnych zabiegów [2, 6–8, 10, 12, 13].

We współczesnej uroginekologii dysponujemy wieloma narzędziami diagnostycznymi, często o nie do końca określonej przydatności klinicznej [2, 7, 8, 12, 14]. Po kompleksowym przeglądzie literatury specjalności zgromadzeni na I i II *WHO International Consultation on Incontinence* wyrazili pogląd, że wobec braku *złotego standardu* w diagnostyce NM oraz jednoznacznej definicji wyzdrowienia, konieczne jest dokonywanie oceny objawów NM na podstawie wyników kilku takich samych badań wykonywanych przed i po leczeniu. Jednocześnie nie określono, jakie badania powinny wchodzić w skład takiej kompleksowej analizy [1, 2].

Cel pracy

Celem pracy była kompleksowa ocena średnioterminowych wyników leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM) u kobiet, za pomocą kolposuspensji zmodyfikowanym sposobem Burcha, z wykorzystaniem kilku wybranych subiektywnych i obiektywnych metod diagnostycznych.

Materiał i metody

Obecna analiza stanowi fragment prospektywnego badania, mającego na celu porównanie 2 metod operacyjnych: kolposuspensji zmodyfikowanym sposobem Burcha oraz z użyciem taśmy beznapięciowej. Prezentowana część dotyczy kompleksowej oceny średnioterminowych wyników leczenia WNM u kobiet za pomocą kolposuspensji zmodyfikowanym sposobem Burcha. Do tego celu wykorzystano kilka subiektywnych i obiektywnych badań uroginekologicznych.

Analizowano po 25 pierwszych zabiegów wykonywanych przez dwóch operatorów, zgodnie z zaleceniami przekazanymi podczas szkoleń i wspólnych operacji przeprowadzonych przez prof. E. Petriego, kierownika Kliniki Ginekologii i Położnictwa w Schwerinie w Niemczech.

Do zabiegu kwalifikowano pacjentki z wysiłkowym nietrzymaniem moczu II lub III stopnia oraz z uszkodzeniem bocznym miernego lub dużego stopnia (typ II WNM wg Blaivaisa). Do kryteriów wyłączenia zaliczono: parcia naglące, postać mieszaną nietrzymania moczu WNM/NNM z przewagą komponenty parć naglących, zaleganie moczu po mikcji powyżej 100 ml, choroby neurologiczne. Wstępnej kwalifikacji do rodzaju leczenia dokonywano na podstawie wystandaryzowanego wywiadu lekarskiego i badania klinicznego wraz z próbą kaszlową. Do leczenia operacyjnego kwalifikowano pacjentki, u których stosowane wcześniej leczenie zachowawcze nie przyniosło efektu. Po zaakceptowaniu przez chore sposobu leczenia, przedstawiano im możliwość udziału w badaniu. Po podpisaniu zgody przez pacjentki, przeprowadzano kompleksową diagnostykę obejmującą 7-dniowy dzienniczek mikcji, 1-godzinny test podpaskowy, badanie urodynamiczne (obejmujące ocenę zalegania moczu po mikcji, cystometrię oraz profilometrię w spoczynku i podczas kaszlu). W celu uzyskania informacji o objawach WNM zastosowana została ankieta UDI-6 (*Urogenital Distress Inventory*) [10]. Pół roku po operacji powtarzano te same badania.

Uzyskane wyniki badań zarejestrowano z wykorzystaniem komputera przy zastosowaniu programu MS Excel 2000, a następnie poddano analizie statystycznej przy użyciu programu Statgraphics Plus v. 5.1. Do oceny wyników badań obliczano następujące parametry



w badanych grupach przed i po leczeniu: wartości średnie (X_m), błędy standardowe wartości średniej (SEM), wartości maksymalne (Max), wartości minimalne (Min) i medianę (Me). W celu zbadania występowania zależności pomiędzy dwoma badanymi parametrami wykonano analizę korelacji, obliczając współczynniki korelacji liniowej r Pearsona oraz wyliczając równanie regresji ($y=ax+b$) dla istotnych statystycznie korelacji. Istotność korelacji oceniano za pomocą testu t -Studenta o $N-2$ stopniach swobody. Do oceny zależności między liczebnościami w wierszach i kolumnach tabel wykorzystano test χ^2 Pearsona, który jest podstawowym testem istotności dla zmiennych jakościowych. Jako istotne statystycznie przyjęto różnice na poziomie $p < 0,05$ [15–17].

Wyniki

Badania przeprowadzono wśród 50 kobiet w wieku od 36 do 77 lat (średnio 58,49). Średnią wieku badanych kobiet przedstawia tab. I.

Tab. I. Charakterystyka wieku badanej grupy

N (liczba)	Min.	Maks.	X	SEM
50	36	77	58,49	1,715

Tab. II. Rozkład procentowy liczby porodów drogami i siłami natury, cięć cesarskich, porodów z użyciem kleszczy lub próżnościągu

Odsetek/liczba	0	1	2	3	4	5 i więcej
porodów	12% (6/50)	34% (17/50)	26% (13/50)	20% (10/50)	6% (3/50)	2% (1/50)
cięć cesarskich	80% (40/50)	16% (8/50)	4% (2/50)			
porodów zabiegowych	98% (49/50)	2% (1/50)				

Tab. III. Charakterystyka wystąpienia WNM w latach

N (liczba)	Min.	Maks.	X (lata)	SEM
50	1	12	4,6809	0,3574

Tab. IV. Rozkład procentowy nasilenia objawów WNM wg Stamey'a określonych na podstawie wywiadu lekarskiego na 1. wizycie

Stopień WNM	0	1	2	3
	0% (0/50)	0% (0/50)	86% (43/50)	14% (7/50)

Procentowy rozkład liczby i sposobu porodu przedstawia tab. II.

Pacjentki podawały występowanie objawów wysiłkowego nietrzymania moczu średnio od 4–5 lat (tab. III).

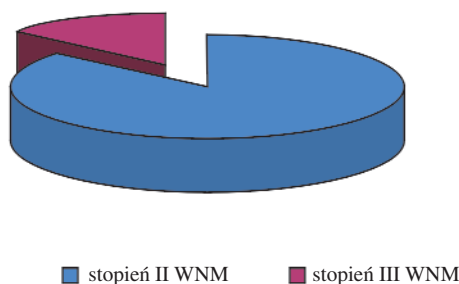
Procentowy rozkład nasilenia objawów WNM wg Stamey'a znajduje się w tab. IV oraz na ryc. 1.

U 3 chorych nie wykonano operacji. Dwie pacjentki zostały wstępnie zdyskwalifikowane przez anestezjologa i utracono z nimi kontakt. Jedna, po wykonaniu kompletu badań uznała, że rezygnuje z zabiegu.

Efekty zastosowanego leczenia na podstawie wywiadu lekarskiego i ankiety UDI-6

Przed rozpoczęciem leczenia wszystkie chore podawały objawy WNM w wywiadzie lekarskim i podczas wypełniania ankiet UDI-6. Stwierdzono silne ko-





Ryc. 1. Rozkład procentowy nasilenia objawów WNM wg Stamey'a określonych na podstawie wywiadu lekarskiego na 1. wizycie

relacje pomiędzy rozpoznaniem lub brakiem objawów WNM w obu badaniach podczas wizyty kontrolnej ($r=0,7334$; $p<0,001$). W ankiecie UDI po pół roku pacjentki częściej podawały informacje o WNM I stopnia, dlatego procent wyleczonych wg ankiety jest niższy w porównaniu do danych z wywiadu lekarskiego (tab. VII), gdyż pojedyncze epizody popuszczania moczu traktowano jako brak objawów WNM. Wszystkie pacjentki, które zgłosiły się na wizytę kontrolną, odpowiedziały na pytania podczas wywiadu lekarskiego oraz wypełniły ankietę UDI-6.

Efekty zastosowanego leczenia na podstawie próby kaszlowej

U wszystkich pacjentek zakwalifikowanych do operacji wynik próby kaszlowej był dodatni. Podczas kontroli po 6 mies. stwierdzono korelację pomiędzy wynikiem próby kaszlowej a efektami terapii, szacowanymi wg wywiadu lekarskiego ($r=0,453$; $p<0,05$). Próba kaszlowa wskazywała na wyższy odsetek wyleczeń (tab. VII).

Tab. V. Zależność pomiędzy stopniami WNM wg Stamey'a stwierdzanymi na podstawie wywiadu lekarskiego i dzienniczka mikcji (współczynnik χ^2)

χ^2 przed leczeniem	χ^2 na wizycie drugiej
48,0	56,966
$p<0,001$	$p<0,001$

Tab. VI. Korelacja pomiędzy objawami WNM w badaniu urodynamicznym a w pozostałych badaniach uroginekologicznych (współczynnik korelacji r) na wizycie po 6 mies.

Rodzaj badania uroginekologicznego	Wywiad lekarski	Ankieta UDI-6	Dzienniczek mikcji	Próba kaszlowa	Test podpaskowy
badanie urodynamiczne	0,453 $p<0,01$	0,278 NS	0,346 $p<0,05$	0,881 $p<0,001$	0,192 NS

Efekty terapii określone na podstawie testu podpaskowego

Przed rozpoczęciem leczenia stwierdzono korelację pomiędzy rozpoznaniem wysiłkowego nietrzymania moczu przez lekarza w wywiadzie a testem podpaskowym ($r=0,3970$; $p<0,01$). Na wizycie kontrolnej po 6 mies. zaobserwowano silną korelację pomiędzy wynikami tych badań ($r=0,609$; $p<0,001$) (tab. VII).

Wyleczenie na podstawie dzienniczka mikcji

U wszystkich pacjentek objętych badaniem przed wdrożeniem leczenia stwierdzono objawy WNM w dzienniczku mikcji. W zakresie stopni WNM wg Stamey'a, określonych podczas wywiadu, stwierdzono wybitnie istotną statystycznie zależność, zarówno na wizycie 1. i 2. Wartości współczynnika χ^2 przedstawiono w tab. V. Podczas kontroli po pół roku 3 kobiety nie oddały dzienniczka.

Odsetek wyleczonych na podstawie badania urodynamicznego

Przed rozpoczęciem terapii u wszystkich kobiet zakwalifikowanych do operacji stwierdzono urodynamiczne cechy WNM. W jednym przypadku wystąpiły cechy parć nagłych, których wcześniej nie stwierdzano w ramach diagnostyki z użyciem subiektywnych metod oceny. Po miesięcznej terapii oksybutyniną 3 razy dziennie po 5 mg wykonano operację, a następnie przez kolejne 3 mies. kontynuowano terapię doustną. Podczas wizyty kontrolnej po 6 mies. metodami subiektywnymi i obiektywnymi nie stwierdzono parć nagłych. Podczas 2. wizyty 13 kobiet nie wyraziło zgody na badanie urodynamiczne. Podczas wizyty kontrolnej po 6 mies. nie uwidoczniło korelacji pomiędzy wynikiem analizy urodynamicznej a wynikami testu podpaskowego oraz ankiety UDI-6. Wynikało to z występowania objawów WNM w badaniu urodynamicznym u niektórych pacjentek zdrowych, wg informacji podanych przez badane kobiety. Wyniki badania urodynamicznego charakteryzowały się brakiem lub słabą korelacją z wynikami innych badań uroginekologicznych, za wyjątkiem próby kaszlowej (tab. VI).



Stwierdzono duże różnice w odsetku wyleczonych kobiet w zależności od zastosowanej metody badania (ryc. 2.).

Dyskusja

I WHO *International Consultation on Incontinence* (I ICI – I Międzynarodowe spotkanie dotyczące nietrzymania Światowej Organizacji Zdrowia) rekomenduje następujące okresy obserwacji w zakresie oceny efektów leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu: krótki – 1–3 mies., średni – do 12 mies. oraz długi – powyżej 12 mies. [1, 2, 18]. Do obecnych analiz wybrany został okres półroczny.

Zgodnie z aktualnymi opiniami wyrażanymi przez dużą grupę badaczy, ze względu na wieloczynnikową etiopatogenezę WNM oraz niedoskonałość metod diagnostycznych, którymi dzisiaj dysponujemy, efekt leczenia WNM powinien być oceniany z wielu perspektyw. Taki sposób postępowania pozwala na maksymalne zobiektywizowanie uzyskanych wyników. Jednocześnie efekty leczenia WNM u kobiet w dostępnym piśmiennictwie są najczęściej oceniane na podstawie jednego lub dwóch badań [1, 2, 7, 18–20]. Ostatnio zwraca się uwagę, że istotnym elementem, który należy brać pod uwagę podczas analiz efektów leczenia NM jest kompletność uzyskanych wyników [18, 21–25]. Według naszych obserwacji w praktyce codziennej nie jest łatwe przeprowadzenie kilku tych samych badań przed leczeniem i po 6 mies. terapii. Trudności w uzyskaniu kompletnych wyników badań od naszych pacjentek dotyczyły wypełniania dzienniczka mikcji, wykonywania testu podpaskowego oraz badania urodynamicznego. Nie było kłopotów z uzyskaniem danych z wywiadu lekarskiego i ankiet wypełnianych przez pacjentki, które zgłosiły się na wizytę.

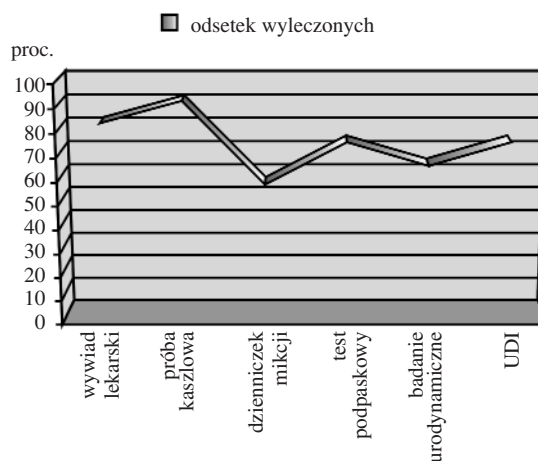
Według danych z piśmiennictwa, informacje uzyskiwane podczas niewystandaryzowanego zbierania wywiadu od pacjentek z objawami NM – zarówno WNM, NNM, jak i postaciami mieszanymi WNM/NNM – słabo korelują z wynikami badań urodynamicznych [1, 2]. Również wystandaryzowane zbieranie wywiadu i badanie uroginekologiczne nie jest wystarczającym źródłem informacji do postawienia pełnej diagnozy. Dlatego informacje uzyskane tą drogą od pacjentek nie mogą być jedynym elementem analiz przed- i pooperacyjnych [1, 2, 18]. Potrzebne jest uzupełnianie ich o dodatkowe elementy diagnostyczne [18]. 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. W naszych badaniach zastosowano polecane przez I i II ICI ankiety UDI-6 (*Urogenital Distress Inventory*) do uzyskania informacji o objawach

Tab. VII. Odsetek wyleczonych pacjentek na podstawie wywiadu lekarskiego, ankiety UDI-6, próby kaszlowej, testu podpaskowego, dzienniczka mikcji, badania urodynamicznego

Zastosowana metoda badania (liczba wyleczonych/liczba ogółem)	% wyleczonych
wywiad lekarski	82,3% (39/47)
ankieta UDI-6	74,5% (35/47)
próba kaszlowa	91,5% (43/47)
test podpaskowy	74,5% (35/47)
dzienniczek mikcji	56,8% (25/44)
badanie urodynamiczne	64,7% (22/34)

NM. Zgodnie z zaleceniami II ICI zostały one przetłumaczone na język polski, a następnie niezależnie na język angielski celem potwierdzenia dokładności tłumaczenia [1, 2, 10, 26]. Według naszych analiz ocena objawów WNM na podstawie ankiety UDI dobrze korelowała z wystandaryzowanym wywiadem lekarskim. W pojedynczych przypadkach występowały różnice w dostarczanych przez pacjentki informacjach na temat występujących u nich dolegliwości.

Dzienniczki mikcji są szeroko stosowane w diagnostyce NM. Niestety, pozwalają ocenić tylko niektóre z dolegliwości. Zwykle na ich podstawie ocenia się puszczanie moczu pod wpływem wysiłku, parcia na pęcherz, częstomocz oraz nokturię. 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



Ryc. 2. Odsetek wyleczonych wg wyników poszczególnych badań uroginekologicznych



wypełniane. Zdaniem części specjalistów pacjenci dość często nie notują epizodów popuszczania moczu dokładnie, zwłaszcza w późniejszych dniach wypełniania dzienniczka. Niektórzy badacze nie zaobserwowali takiej zależności [1, 2, 7, 27–31]. W naszym badaniu co druga pacjentka po zabiegu, która wg dzienniczka była zdrowa, podawała w wywiadzie pojedyncze epizody popuszczania moczu. Te różnice mogą wynikać m.in. z niedokładnego wypełniania dzienniczka mikcji.

International Continence Society (ICS – Międzynarodowe Towarzystwo Nietrzymania Mocz) traktuje 1-godzinny 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 [3]. Dane z piśmiennictwa sugerują [27], że wyniki testu podpaskowego ukazują uproszczone 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, 2, 7, 27, 32, 33]. Podczas naszych analiz wyniki testu podpaskowego były lepsze niż uzyskane poprzez dzienniczek mikcji oraz badanie urodynamiczne, natomiast nieco gorsze, niż wskazywałby na to wywiad lekarski i próba kaszlowa. Pacjentki po operacji, wg naszych obserwacji, starały się dokładnie wypełniać wymagania 1-godzinnego badania.

Badanie urodynamiczne jest często postrzegane jako *złoty standard* obiektywnej oceny zaburzeń dolnego odcinka układu moczowego [2, 7]. Wykorzystywane jest do potwierdzenia, że występują objawy WNM oraz ich rodzaju. Przydatne jest do wykrycia innych zaburzeń pracy dolnego odcinka układu moczowego, np. parcia naglące i zaburzenia mikcji. Uzyskanie tych danych może być przydatne do określenia wpływu na efektywność zabiegu i na prawdopodobieństwo wystąpienia powi-

kłań. Jednak jest ono kosztowne, a interpretacja i powtarzalność wyników nie zostały do końca określone. Część specjalistów uważa, że pomimo niedoskonałości, analiza urodynamiczna powinna być rutynowo wykonywana w przedoperacyjnej ocenie kobiet z WNM. W świetle aktualnej wiedzy oparcie się na wynikach badań urodynamicznych pełni istotną rolę w obiektywizacji danych. Pomimo że nie wszystkie autorytety są w tym względzie zgodne, badanie urodynamiczne jest często zalecane jako element analiz naukowych stosowanych metod leczenia WNM (I i II ICS) [1, 2, 7, 8, 18, 34, 35]. Podczas naszych obserwacji okazało się, że o ile przed leczeniem nie ma większych kłopotów ze zgłaszaniem się pacjentek na badanie urodynamiczne, to po zastosowanym leczeniu 27% kobiet nie wyraziła zgody na to badanie. Wyniki badania urodynamicznego charakteryzowały się brakiem lub słabą korelacją z wynikami innych badań uroginekologicznych, za wyjątkiem próby kaszlowej.

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 zafałszowań, umożliwiłyby porównywanie pomiędzy sobą różnych sposobów leczenia, a także wyników uzyskiwanych przez różne ośrodki.

Wnioski

1. Metody obiektywnej oceny objawów wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet w słabym stopniu korelują z metodami subiektywnymi.
2. Do oceny efektów leczenia WNM kobiet wskazane jest stosowanie kilku subiektywnych i kilku obiektywnych metod diagnostycznych.
3. Występują różnice w możliwości uzyskania danych od pacjentów w zależności od rodzaju metody diagnostycznej.

Summary

Specialists, who took part in II International Consultation on Incontinence in Paris in 2002 bought the idea, that there is big need to do prospective complex research to evaluate the most optimal use of diagnostic methods to diagnose women with SUI (stress urinary incontinence) before and after treatment. Aim of the study. This analysis refers to complex evaluation of medium term results of modified Burch colposuspension in treatment female SUI with use of few chosen subjective and objective diagnostic methods.

Material and methods: *We analyzed the results of first 50 colposuspensions provided by two gynecologic surgeons according to suggestions of prof. E. Petri from Germany.*

Results: *We found big differences in percentage of cure women according to diagnostic method.*

Conclusions: *1. Methods of objective evaluation of female SUI symptoms have poor correlation to subjective methods. 2. To evaluate the results of female SUI treatment we should*



use a few subjective and a few objective methods. 3. There are differences in possibilities in obtaining data from patients depending on the diagnostic method.

Key words: stress urinary incontinence, SUI, Burch colposuspension

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. Ward K, Hilton P. *Prospective multicentre randomised trial of tension-free vaginal tape and colposuspension as primary treatment for stress incontinence*. *BMJ* 2002; 325: 67-74.
4. Jarvis GJ. *Surgery for genuine stress incontinence*. *Brit J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 371-4.
5. Black NA, Downs SH. *The effectiveness of surgery for stress incontinence in women: a systematic review*. *Brit J Urol* 1996; 78: 497-510.
6. Bidmead J, Cardozo L. *Genuine stress incontinence: colpocystourethropexy versus sling procedures* *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000; 12: 21-426.
7. Cardozo L, Staskin D. *Textbook of Female Urology and Urogynaecology*. 2001.
8. Petri E. *Gynaekologische Urologie*. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York 2001.
9. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. *Standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society*. *Neurourol Urodyn* 2002; 21: 167-78.
10. Wlazlak E. Praca doktorska: *Ocena przydatności badań diagnostycznych do kwalifikacji operacyjnej pacjentek leczonych z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu*. I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, 8.06.2004 r., promotor: prof. dr hab. med. Jacek Suzin.
11. Koelbl H, Halaska M, Ostermann S, et al. *Burch colposuspension and TVT – perioperative results of a prospective randomized trial in patients with genuine stress incontinence*. *Neurourol Urodyn* 2003; 22: 327.
12. Rechberger T i wsp. *Nietrzymanie moczu u kobiet. Diagnostyka i leczenie*. Red. Rechberger T, Jakowicki JA. Wyd. BiFolium 2001, Lublin.
13. Schulz JA, Drutz HP. *The surgical management of recurrent stress urinary incontinence*. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1999; 11: 489-94.
14. Wall LL, Norton PA, De Lancey JOL. *Practical urogynecology*. Cop. Williams & Wilkins Baltimore, Maryland 21202 U. S. A. 1993.
15. Stanisław A. *Przystępny kurs statystyki*. T. 1. StatSoft Polska, Kraków 1998.
16. Stanisław A. *Przystępny kurs statystyki*. T. 2. StatSoft Polska, Kraków 2000.
17. *Statgraphics Plus Standard Edition*. Manugistics, Rockville, 2001.
18. Hilton P Commentary. *Trials of surgery for stress incontinence – thoughts on the “Humpty Dumpty principle”* – *BJOG* 2002; 109: 1081-8.
19. Wlazlak E, Surkont G, Stetkiewicz T i wsp. *Ocena efektów nieoperacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet za pomocą różnych metod diagnostycznych*. *Prz Menopauz* 2003; 3: 57-62.
20. Wlazlak E, Surkont G, Topczewska-Tylińska K i wsp. *Kontrowersje wokół diagnostyki wysiłkowego nietrzymania moczu*. *Prz Menopauz* 2004; 6: 55-62.
21. Black NA, Downs SH. *The effectiveness of surgery for stress incontinence in women: a systematic review*. *Br J Urol* 1996; 78 (4): 497-510.
22. Begg C, Cho M, Eastwood S, et al. *Improving the quality of reporting of randomized controlled trials. The CONSORT statement*. *JAMA* 1996; 276 (8): 637-39.
23. Egger M, Juni P, Barlett C. *Value of flow diagrams in reports of randomized controlled trials*. *JAMA* 2001; 285 (15): 1996-9.
24. Moher D, Schulz KF, Altman DG, et al. *The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials*. *Lancet* 2001; 357 (9263): 1191-4.
25. Moher D, Schulz KF, Altman DG. *The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials*. *Ann Intern Med* 2001; 134 (8): 657-62.
26. Uebersax JS, Wyman JF, Shumaker SA, et al. *Short forms to assess life quality and symptoms distress for urinary incontinence in woman: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory*. *Neurourol Urodyn* 1995; 14: 131-9.
27. 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.
28. Barnick C. *Frequency volume chart*. In: Cardozo L, ed. *Urogynaecology*. London: Churchill Livingstone 1997; 105-7.
29. 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.
30. Follick M, Ahern D, Laser-Wolston N. *Evaluation of a daily activity diary for chronic low back pain*. *Pain* 1984; 19: 373-82.
31. Wyman JF, Choi SC, Harkins SW, et al. *The urinary diary in evaluation of incontinent women: A test-retest analysis*. *Obstet Gynecol* 1988; 71 (6): 812-7.
32. 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.
33. Sutherst JR, Brown MC, Shower M. *Assessing the severity of urinary incontinence in women by weighing perineal pads*. *Lancet* 1981; 1: 1128-30.
34. Digesu GA, Khullar V, Cardozo L, et al. *Overactive Bladder Symptoms: do we need urodynamics?* *Neurourol Urodyn* 2003; 22: 105-8.
35. Abrams A. *Urodynamics*. Springer-Verlag London Limited 1997.

Adres do korespondencji

dr n. med. **Grzegorz Surkont**
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

