

# NTM powikłanie po leczeniu onkologicznym

z dr n. med. Romanem Sosnowskim, adiunktem Kliniki Nowotworów Układu Moczowego w Centrum Onkologii, Instytut w Warszawie, Członkiem Polskiego i Europejskiego Towarzystwa Urologicznego oraz mgr rehabilitacji Anną Rosa, pracownikiem Zakładu Rehabilitacji Centrum Onkologii, Instytut w Warszawie rozmawia Magdalena Kowalewska

**W wyniku jakich chorób nowotworowych pacjent narażony jest na dolegliwości związane z nietrzymaniem moczu?**

W pierwszej kolejności należy zauważyć, że leczenie chorób nowotworowych układu moczowo-płciowego, niestety, pomimo dużej skuteczności w naszych czasach, przynosi także działania niepożądane. My lekarze staramy się skutecznie leczyć pacjenta chorego na nowotwór, musimy jednak pamiętać o ewentualnych konsekwencjach naszego postępowania. Z jednej strony odnosimy sukces onkologiczny - zdrowie pacjenta, ale z drugiej strony możemy stworzyć sytuacje wystąpienia różnych skutków ubocznych, które obniżają jego jakość życia.

Choroby onkologiczne, w których, mogą wystąpić zaburzenia w oddawaniu moczu to: rak gruczołu krokowego (stercza) i w niektórych przypadkach, rak pęcherza moczowego, dotykający najczęściej mężczyzn.

**Jakie powikłania mogą towarzyszyć leczeniu raka gruczołu krokowego?**

Jednym ze sposobów leczenia raka stercza ograniczonego do narządu (tzn. gdy nie występują przerzuty odległe) jest operacja - czyli prostatektomia radykalna. Dodatkowym efektem takiego zabiegu może być m.in. wysiłkowe nietrzymanie moczu. Techniki prostatektomii radykalnej są różne: otwarta, laparoskopowa, z użyciem robota. Skuteczność onkologiczna ww. metod jest porównywalna. Metody małoinwazyjne dzięki wykorzystaniu powiększenia, zlikwidowaniu drżenia rąk operatora, małych rozmiarów wykorzystywanych narzędzi, umożliwiają bardziej precyzyjne ruchy chirurga, co może mieć istotny wpływ na zmniejszenie odsetka powikłań czyli nietrzymania moczu.

Po zabiegu operacyjnym chory ma pozostawiony w pęcherzu na 7 do 14 dni cewnik, który ułatwia gojenie się zespolenia kikuta cewki z pęcherzem moczowym.



Po usunięciu cewnika, często występuje przejściowe nietrzymanie moczu, a u niektórych osób może się ono utrzymywać. W miarę upływu czasu od operacji powraca funkcja aparatu zwieraczowego. W tej sytuacji zalecana jest systematyczna rehabilitacja mięśni dna miednicy, która ten proces intensywnie wspomaga. Prowadzi się ją do uzyskania zadawalających efektów, które powinny wystąpić nie później niż po 12 miesiącach.

U kilku procent mężczyzn zdarza się niestety, że wystąpi całkowite nietrzymanie moczu i wówczas oznacza to, że pacjent gubi mocz bezwiednie. W takich sytuacjach chory zmuszony jest stale używać zabezpieczeń m.in. pieluchomajtek, wkładek, cewnika zewnętrznego. W takich przypadkach oraz u pacjentów, u których postępowanie rehabilitacyjne nie przyniosło satysfakcjonującej poprawy (prawidłowej kontroli oddawania moczu) istnieje możliwość wdrożenia chirurgicznego postępowania poprzez wszczęcie tzw. sztucznego zwieracza cewki, czyli urządzenia hydrauliczno-mechanicznego. Zamyka on cewkę moczową mechanicznie uniemożliwiając gubienie moczu. Specjalny mankiet instaluje się wokół cewki. Jest on połączony z balonikiem wypełnionym płynem umieszczonym w okolicy spojenia łonowego. Specjalny przycisk - zawór (umieszczony w mosznie) otwierający przepływ płynu z balonika do mankieta reguluje szczelność mankieta (całkowite otwarcie - wypływ moczu, szczelne zamknięcie - zatrzymanie moczu). Decyzja o wszczęciu sztucznego zwieracza podjęta jest po wnikliwej ocenie chorego, wykonaniu właściwych badań m.in. badania urodynamicznego, ocenie stanu choroby zasadniczej oraz uzyskaniu zgody (preferencji) chorego.

Inne sposoby stałego zabezpieczenia to: cewniki zewnętrzne, nakładane na prącie (w podobny sposób jak prezerwatywa), które podłączone są do worków zbierających mocz. Takie zabezpieczenie jest alternatywą dla pieluchomajtek lub nawet sztucznego zwieracza, jeśli nie może on być implantowany.

### Ryzyko jakich objawów niepożądanych może nieść ze sobą leczenie raka pęcherza moczowego?

Problem z trzymaniem moczu może również zaistnieć po usunięciu pęcherza moczowego. Sytuacja taka ma miejsce, kiedy po usunięciu pęcherza odtwarzamy zbiornik na mocz. Mówimy o tzw. zastępczym pęcherzu („pęcherzu jelitowym” - ortotopowym zbiorniku na mocz). W trakcie cystektomii, już po usunięciu pęcherza, najczęściej z 60 cm fragmentu jelita cienkiego,

formujemy zbiornik w postaci zbliżonej do kuli, budując jakby „nowy pęcherz”. Łączymy go z moczowodami i cewką. W ten sposób mocz wpływa do zbiornika gdzie jest gromadzony i w naturalny sposób (naturalnym drogami czyli cewką moczową) wydalany jest na zewnątrz. Aparat zwieraczowy funkcjonuje głównie w oparciu o tzw. zwieracz zewnętrzny, którego funkcje mogą być upośledzone w przebiegu operacji. Pamiętajmy jednak, iż ten nowy zbiornik na mocz nie jest przystosowany do dłuższego (dużej ilości) przechowywania moczu. Ściany tego „nowego pęcherza” nie posiadają zdolności kurczenia się, a więc też wypchnięcia i poprzez to wydalenia moczu z tego zbiornika. W związku z tym musimy używać tłoczni brzusznej. Zbiornik nie jest też dość rozciągliwy, nie potrafi zebrać tyle moczu, ile mieści się w normalnym pęcherzu, toteż regularnie do końca życia, co trzy godziny, pacjent musi oddawać mocz. Oprócz zaburzeń związanych z nietrzymaniem moczu (inkontynencją), może też wystąpić tzw. hiperkontynencja, czyli zatrzymanie moczu, w wyniku nieprawidłowego ułożenia się cewki moczowej i nowego zbiornika.

### Czy można zminimalizować dolegliwości nietrzymania moczu w czasie rekonwalescencji?

Jest na to oczywiście sposób. W większości sytuacji dochodzi, podkreślam raz jeszcze, tylko do częściowego nietrzymania moczu czyli, kolokwialnie mówiąc, popuszczania wtedy kiedy mamy zwiększone napięcie tłoczni brzusznej. Wówczas aparat zwieraczowy nie jest w stanie przezwyciężyć ciśnienia w cewce i dochodzi do wykapywania moczu bez naszej woli. Bardzo istotny jest w tej sytuacji proces rehabilitacji, polegający na fizjoterapii aparatu zwieraczowego w tym mięśni dna miednicy. Ważne jest systematyczne wykonywanie zaadaptowanych dla mężczyzn ćwiczeń Kegla. Ich nazwa pochodzi od nazwiska dr Arnolda Kegla, który opracował podobne ćwiczenia dla kobiet. Ćwiczenia polegają na wzmacnianiu przepony moczopłciowej. Dążymy do tego aby wzmocnić siłę mięśniową, przyspieszyć czas reakcji skurczu tych mięśni w momencie, kiedy jest to potrzebne. I tak np. jeżeli pacjent wie, że będzie kichał (podczas kichania zwiększa się siła tłoczni brzusznej i dochodzi do wykapywania moczu), ale zareaguje odpowiednio poprzez natychmiastowy skurcz mięśni aparatu zwieraczowego, w ten sposób ochroni się przed wykapywaniem. Stałe ćwiczenia budujące siłę mięśniową będą poprawiały wydolność aparatu zwieraczowego. Postępowanie takie powinno być prowadzo-



ne regularnie, niektórzy uważają iż od razu po operacji, inni - po kilkutygodniowym okresie wygojenia się rany, ale powinno trwać nawet do roku od operacji. W niektórych sytuacjach wspomagamy się tzw. biofeedbackiem, czyli zestawem wizualno-dźwiękowym (podobnie stosowanym u kobiet), którego zadaniem jest ułatwienie mężczyźnie rozpoznawania właściwych grup mięśniowych, które należy ćwiczyć. Ocenę efektów ćwiczeń mięśni dna miednicy wykonujemy po upływie kilku miesięcy.

### Jak dużym problem jest dla Pana pacjentów nietrzymanie moczu?

Dla niektórych niewielkie wykapywanie moczu jest do zaakceptowania, innym wyraźnie obniża to jakość życia. Młoda osoba jest najczęściej aktywna fizycznie, ma pewne role społeczne do odegrania, role rodzinne, zawodowe, bardzo często podróżuje i w związku z tym, dla niej ograniczenie, jakim są wykapywane krople moczu, jest w dużej mierze dyskomfortowe. Natomiast starsze osoby są zazwyczaj mniej aktywne, prowadzą stabilny tryb życia i ograniczenie swobody związane z nietrzymaniem moczu może być dla nich mniej istotne. Należy jednak pamiętać, iż każde gubienie moczu w wyraźny sposób obniża jakość życia pacjenta.

Dla nas lekarzy, istotny jest stopień nietrzymania moczu i określenie jego przyczyn. W związku z wcześniej opisanymi sytuacjami niekiedy ustalenie rozmiarów dyskomfortu, jaki odczuwa pacjent, jest trudne. Staramy się posługiwać wystandaryzowanymi testami np. tzw. testem z pieluchomajtką. Polega on na ważeniu suchej pieluchomajtki (prosimy pacjenta, żeby ją założył na godzinę lub 24 godziny - zależnie od wersji testu), następnie obciążamy go płynami i różnymi ćwiczeniami, które prowokują wykapywanie moczu. Po upływie określonego czasu (1h lub 2h) znów ważymy pieluchomajtkę i na podstawie zwiększonego jej ciężaru, możemy ocenić, czy pacjent faktycznie gubi mocz i w jakiej ilości. Innym nieco mniej precyzyjnym sposobem jest określenie ilości zużycia środka absorpcyjnego (pieluchomajtki, wkładki anatomiczne) w dzień i w nocy. Jeśli jest zmieniany tylko raz na dobę oznacza to, iż mamy do czynienia z niewielkim gubieniem moczu, stosowanie kilku zabezpieczeń w dzień i w nocy świadczy o poważnym nietrzymaniu. Dla urologa dokładnie przeprowadzany wywiad jest dużą podpowiedzią dotyczącą skali problemu i wybrania dalszego postępowania. Dlatego ważny jest dobry kontakt lekarza z pacjentem.

Istotną sytuacją przyczyniającą się do nietrzymania moczu po operacjach jest wystąpienie infekcji dolnych dróg moczowych. Infekcja ta wyraźnie może sprzyjać podrażnieniu ściany pęcherza, mięśnia wypieracza, a co za tym idzie prowokowaniu częstego oddawania moczu. Wówczas dochodzą dodatkowe objawy, takie jak parcia

naglące czy objawy dyzuryczne: ból, szczypanie, pieczenie w czasie oddawania moczu. Badanie ogólne moczu oraz posiew moczu daje nam obraz obecności ewentualnej bakterii. Wówczas trzeba w pierwszej kolejności zająć się wyleczeniem infekcji, a dopiero później problemem nietrzymania moczu.

### Jak ważna jest profilaktyka onkologiczna?

Profilaktyka pierwotna, czyli wystrzeżenie się i unikanie czynników, które mogą predysponować do wystąpienia chorób uro-onkologicznych jest niezmiernie istotna. Profilaktyka pierwotna w chorobach uro-onkologicznych polega głównie na redukcji i najlepiej całkowitym zaniechaniu palenia tytoniu. Tytoń jest podstawowym czynnikiem, który wpływa na rozwój choroby nowotworowej pęcherza moczowego oraz nerki. Zaprzestanie palenia papierosów, unikanie palenia biernego jest bardzo ważnym elementem profilaktyki, na który każdy z nas ma wpływ.

Nadmierna masa ciała - otyłość, brak aktywności fizycznej, niewłaściwa dieta uboga w produkty zbożowe, wieloziarniste, unikanie warzyw i owoców może również powodować zwiększone ryzyko występowania raka gruczołu krokowego, czy raka nerki.

Czynniki środowiskowe pod postacią czynników chemicznych, głównie w przemyśle metalurgicznym, chemicznym, rolniczym, transportowym także mogą szczególnie predysponować do rozwoju raka pęcherza moczowego oraz częściowo - raka nerki. Starajmy się ich unikać.

Niestety są też i takie czynniki ryzyka, na które nie mamy wpływu, np. genetyka. Ryzyko zachorowania jest nawet kilkukrotnie zwiększone, jeśli osoby z najbliższej z rodziny wcześniej dotknęły choroby onkologiczne. Wiek również odgrywa ważną rolę. I tak np. czym starszy mężczyzna, tym występuje u niego większe ryzyko wystąpienia raka gruczołu krokowego.

Ostatnią rzeczą, o której warto wspomnieć, to dbanie o swoje zdrowie, ale w znaczeniu dbania o swoje ciało. Częste wstawanie w nocy w celu oddania moczu, wąski strumień moczu, ból w czasie jego oddawania, nietrzymanie moczu, krwiomocz są sytuacjami nieprawidłowymi i trzeba na nie reagować. Najlepiej zgłosić się do lekarza medycyny rodzinnej i poprosić o poradę. Lekarz przeprowadzi proste badanie fizykalne, badanie ogólne moczu, USG, badanie stężenia mocznika i kreatyniny i zdecyduje, czy mamy do czynienia z prostą do leczenia chorobą np. infekcją, czy wymagana jest diagnostyka specjalistyczna, która już jest prowadzona przez urologa. Pamiętajmy o tym, że to dbanie o własne ciało odgrywa istotną rolę, między innymi dlatego, że tylko wcześniej zdiagnozowana choroba daje szansę skutecznego leczenia (w szczególności odnosi się to chorób nowotworowych układu moczowo-płciowego).