

Stosowanie pessarów pochwowych - Podsumowanie i Komentarz

23.05.2014

Główni autorzy: Magali Robert, Jane A. Schulz, Marie-Andrée Harvey

Stosowanie pessarów pochwowych. Aktualizacja zasad postępowania opracowana przez SOGC nr 294, lipiec 2013

Podsumowanie

Stosowanie pessarów zarówno z powodu nietrzymania moczu, jak i POP wiąże się z dużym odsetkiem powodzenia oraz znikomą liczbą powikłań.

U kobiet, u których skutecznie dopasowano przyrząd, odnotowuje się wysoki poziom zadowolenia. Zastosowanie pessarów należy zatem rozważyć jako postępowanie pierwszego wyboru u wszystkich kobiet, u których stwierdza się POP i/lub wysiłkowe nietrzymanie moczu.

Zalecenie

1. Zastosowanie pessarów pochwowych należy rozważyć u wszystkich kobiet, u których stwierdzono objawowe POP i/lub wysiłkowe nietrzymanie moczu (II-1A).

Podsumowanie opinii

1. U większości kobiet zgłaszających się z powodu POP można skutecznie dopasować pessar (II-2).
2. Powikłania związane ze stosowaniem pessara są zazwyczaj niewielkie; do najczęstszych dolegliwości należą upławy pochwowe (II-3).
3. Otarcia błony śluzowej pochwy można leczyć, usuwając pessar oraz ewentualnie podając dopochwowo estrogeny (II-2).
4. Odsetek kobiet zadowolonych ze stosowania pessarów jest bardzo duży (II-2).

KOMENTARZ

dr n. med. Edyta Właźlak,

dr hab. n. med. Grzegorz Surkont

I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Pessary są znane od wieków. Stosowano je w przypadku obniżenia kobiecych narządów płciowych w czasach, gdy leczenie chirurgiczne nie było jeszcze możliwe. Obecnie obserwuje się ponowny wzrost zainteresowania pessaroterapią. Ulepszone, wykonane z delikatniejszych materiałów modele pessarów i nowe podejście terapeutyczne związane z codziennym samodzielnym zakładaniem tych przyrządów przez pacjentki i aplikacją kremów z estriolem poszerzają spektrum leczenia zachowawczego i sprawiają, że przynosi ono lepsze wyniki bez potencjalnych powikłań i jest lepiej tolerowane. Pessary wykonywano z różnych materiałów, np. z PCV, gumy czy twardego silikonu.

Nowoczesne przyrządy powinny być wykonane z miękkiego, elastycznego, biokompatybilnego i niealergicznego silikonu, co znacznie poprawia tolerancję leczenia i zmniejsza ryzyko powikłań. Ze względu na elastyczną budowę mogą i powinny być z łatwością zginane, zakładane i wyjmowane bez odczucia bólu.¹⁻⁴ Obecnie uważa się pessary za dobrą opcję terapeutyczną w przypadku różnego rodzaju zaburzeń statyki narządów miednicy mniejszej oraz nietrzymania moczu u kobiet. Powodzenie terapii z użyciem tych przyrządów zależy od ich prawidłowego dopasowania i zgodnego z zaleceniami stosowania przez pacjentki;³ dobór odpowiedniego pessara jest możliwy u większości kobiet. Dopasowanie pessara pod względem rodzaju, rozmiaru i materiału (specjalny, miękki silikon) oraz zakładanie go tylko na dzień znacznie poprawia zadowolenie kobiety z leczenia oraz praktycznie eliminuje ryzyko powikłań. Indywidualny dobór przyrządu jest łatwiejszy, jeśli wykorzystana jest w tym celu zestaw pessarów do przymierzania. Podczas wizyty ginekologicznej przeprowadza się instruktaż dotyczący samodzielnego zakładania i wyjmowania przyrządu oraz sposobu jego pielęgnacji.

Najczęstszą przyczyną niepowodzenia pessaroterapii nie stanowi niechęć ze strony pacjentki, lecz brak przekonania do metody i praktycznej wiedzy specjalisty.¹⁻⁴ W ośrodku, w którym pracują autorzy, od kilku lat stosuje się najczęściej 3 rodzaje pessarów. Zgodnie z zaleceniami Arabina preferowane są przyrządy silikonowe, miękkie, elastyczne, wielokrotnego użytku, takie, które pacjentka może sama założyć.^{3,5-7} W przypadku zaburzeń narządów miednicy mniejszej autorzy stosują pessar kostkowy perforowany z guziczkiem i sznurkiem, a w przypadku nietrzymania moczu – pessar cewkowy lub cewkowy kołnierzowy.^{1,3,5-7}

Pessary kostkowe

Pessary kostkowe utrzymują się samoistnie w wyniku wytworzenia podciśnienia (przyssania), które poprawia ich stabilność, nawet jeśli mięśnie dna miednicy nie są wystarczająco silne, aby możliwe było stosowanie innych pessarów.^{1,3,5,6}

Przyrządy te są wykorzystywane u kobiet, u których rozpoznano obniżenie pochwy i macicy, niezależnie od nasilenia tego zaburzenia – również w przypadku całkowitego wypadania macicy i pochwy oraz dużego rectocele. W razie występowania trudności w oddawaniu moczu stosuje się je w celu poprawy mikcji. Pessary kostkowe są polecane również kobietom, u których z zaburzeniami narządów miednicy mniejszej współistnieją objawy wysiłkowego nietrzymania moczu. U tych pacjentek należy przesunąć brzeg przyrządu w okolice między pęcherzem moczowym a cewką moczową. W celu poprawy krążenia tkankowego przed planowanymi operacjami likwidującymi wypadanie pochwy i macicy zaleca się stosowanie pessarów kostkowych równocześnie z estrogenoterapią dopochwową.^{1,3,5,6,8} Podczas wykonywania badania urodynamicznego lub ultrasonografii uroginekologicznej używa się ich do repozycji obniżonego narządu rodowego, aby wykryć ukryte wysiłkowe nietrzymanie moczu.⁹ U tych kobiet, u których zaburzeniom statyki towarzyszą niecharakterystyczne objawy, pessary kostkowe stosuje się w celu sprawdzenia, czy po operacyjnej repozycji pochwy i macicy pacjentka może liczyć na ustąpienie przeszkadzających jej objawów. Omawiane przyrządy są przydatne także do rozluźnienia zrostów i zwężeń pochwy. Przy wyjmowaniu pessara kostkowego pomocny może być lekki kaszel, pociąganie za nitkę w różnych kierunkach lub oddzielenie przyrządu palcami od błony śluzowej pochwy.^{1,3,5,6,9}

Pessary cewkowe

Pessary cewkowe (pessary pierścieniowe z kulistym zgrubieniem na okolicę cewki moczowej i z aluminiowym rdzeniem) są wykonane z elastycznego materiału. Nitka do trzymania, sprzedawana osobno, może zostać przymocowana z obu stron kulki, co stabilizuje pessar pod cewką i ułatwia jego wyjęcie.

Omawiane przyrządy są wskazane przede wszystkim u kobiet, u których występuje wysiłkowe lub mieszane nietrzymanie moczu, przepona miednicy jest wydolna i nie stwierdza się obniżenia ścian pochwy lub nieprawidłowość ta ma niewielkie nasilenie. Podczas zakładania pessara cewkowego zgrubienie powinno być umieszczone tak, by znalazło się pod cewką moczową. Powodzenie terapii z użyciem pessarów cewkowych zależy od ich prawidłowego dopasowania. Rozmiar powinien być tak dobrany, aby uzyskać najlepszy efekt w zakresie trzymania moczu podczas kaszlu w pozycji stojącej i nadal umożliwiać oddawanie moczu. Omawiane przyrządy mogą zastąpić operację, jeżeli zostaną właściwie dobrane i dopasowane.^{1,3,7,10}

Zmiany urodynamiczne zachodzące podczas stosowania pessara są bardzo podobne do odnotowywanych po operacji.¹¹ Zgrubienie pessara może również zapobiegać przedostawaniu się niewielkich ilości moczu do cewki moczowej, co wywołuje korzystny efekt także w przypadku naglącego lub mieszanego nietrzymania moczu. Pessary cewkowe są przydatne w przedoperacyjnej selekcji kobiet, u których występuje nietrzymanie moczu, jeśli istnieją wątpliwości co do celowości operacji. Nierzadko pacjentki z wysiłkowym nietrzymaniem moczu stosują pessary tylko w razie podejmowania aktywności fizycznej, na przykład podczas tańca lub aerobiku.^{1,3,7,10} Pessary cewkowe kołnierzowe ze zgrubieniem na okolicę cewki stosuje się w przypadku wysiłkowego lub mieszanego nietrzymania moczu ze współwystępującymi zaburzeniami narządów miednicy mniejszej.^{1,3,7,10}

We współczesnej uroginekologii należy dążyć do stosowania mało inwazyjnych, skutecznych metod leczenia zachowawczego, charakteryzujących się dobrą tolerancją i małym odsetkiem powikłań. Taką właśnie metodą stanowi pessaroterapia. Powodzenie leczenia z użyciem pessarów zależy od ich prawidłowego dopasowania i zgodnego z zaleceniami stosowania przez kobiety. Autorzy zalecają pessaroterapię tylko w ciągu dnia: rano pacjentka zakłada pessar, wieczorem go wyjmuje. Wykonanie tych przyrządów z miękkiego silikonu znacznie poprawia ich tolerancję i zmniejsza ryzyko komplikacji. Codzienne wyjmowanie pessara ma na celu uniknięcie takich powikłań, jak infekcje, krwawienia czy odleżyny. W przypadku kobiet niepełnosprawnych zalecamy personelowi zajmującemu się opieką usuwanie pessara raz lub 2 razy w tygodniu. Opisywane w piśmiennictwie powikłania, jakimi są przetoki, dotyczyły pessarów twardych, dużych, okrągłych, zakładanych na stałe, na przykład pierścieniowych grubych (*donut*). Przetoki pojawiały się po wielu miesiącach lub latach od założenia. Autorzy nie znaleźli w piśmiennictwie opisu powikłań stosowania omawianych powyżej pessarów, używanych tylko na dzień. W codziennej praktyce autorów, jak i w kilku współpracujących z nimi ośrodkach niemieckich, przez lata stosowania pessarów nie odnotowano zwiększonego ryzyka erozji i przetok. Obecnie prowadzone są badania prospektywne mające na celu całościową ocenę efektów terapii indywidualnie dobranych, nowoczesnych pessarów.

Zapobieganie porodowi przedwczesnemu jest obecnie istotnym problemem położniczym, stanowiącym przedmiot intensywnych badań. Nie przeprowadzono odpowiedniej liczby prospektywnych badań z randomizacją dotyczących zastosowania szwów okrężnych na szyjkę macicy oraz pessarów w celu zapobiegania temu powikłaniu. W wielu ośrodkach stosowana jest tylko jedna z tych metod, w innych natomiast wykorzystuje się obie zamiennie. W niektórych sytuacjach klinicznych jesteśmy zmuszeni do zastosowania jednej z nich (czasami obydwu u jednej pacjentki), pomimo braku obiektywnych wyników badań dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa szwów okrężnych i pessarów, ponieważ niepodjęcie żadnego działania oznacza zakończenie ciąży na bardzo wczesnym etapie.

Piśmiennictwo do komentarza:

1. Eberhard J., Geissbühler V.: Pessarbehandlung in der Urogynäkologie und Geburtshilfe. *Gynäkol Prax.*, 2002; 26: 119–139
2. Lamers B.H., Broekman B.M., Milani A.L. i wsp.: Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. *Int. Urogynecol. J.*, 2011; 22: 637–644
3. Wlazlak E., Surkont G. E., Suzin J.: Pessaroterapia w nowoczesnej uroginekologii. *Przegl. Urolog.*, 2010; 6: 14–18
4. Hanson L.A., Schulz J.A., Flood C.G. i wsp.: Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.*, 2006; 17 (2): 155–159
5. Seyffarth K., Arabin H.: Treatment of uterine descent and prolapse with the cube pessary. *Zentralbl. Gynäkol.*, 1990; 112 (18): 1181–1183
6. Arabin H.: The cube pessary. *Geburtshilfe Frauenheilkd.*, 1963; 23: 57–59
7. Arabin H.: Urethral pessary in treatment of urinary incontinence. *Zentralbl. Gynäkol.*, 1958; 80 (44): 1749–1750
8. Nemeth Z., Nagy S., Ott J.: The cube pessary: an underestimated treatment option for pelvic organ prolapse? Subjective 1-year outcomes. *Int. Urogynecol. J.*, 2013; 24 (10): 1695–1701
9. Bergman A., Bhatia N.N.: Pessary test: simple prognostic test in women with stress urinary incontinence. *Urology*, 1984; 24 (1): 109–110
10. Donnelly M.J., Powell-Morgan S., Olsen A.L. et al.: Vaginal pessaries for the management of stress and mixed urinary incontinence. *Int. Urogynecol. J.*, 2004; 15 (5): 302–307
11. Noblett K.L., McKinney A., Lane F.L.: Effects of the incontinence dish pessary on urethral support and urodynamic parameters. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2008; 198: 592.e1–592.e5