



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

A PLATFORM FOR THE PROMOTION AND DISSEMINATION OF PROFESSIONAL PRACTICE BASED ON SCIENTIFIC EVIDENCE

FIZJOTERAPIA ZGODNA Z ZASADAMI EVIDENCE-BASED PRACTICE OMÓWIENIA MIĘDZYNARODOWYCH WYTYCZNYCH PRAKTYKI

OMÓWIENIE WYTYCZNYCH PRAKTYKI KLINICZNEJ Z ZAKRESU LECZENIA ZACHOWAWCZEGO NIETRZYMANIA MOCZU W PRZYPADKU KOBIET OPRACOWANY PRZEZ KOMITET UROGINEKOLOGICZNY PRZY KANADYJSKIM TOWARZYSTWIE POŁOŻNICZYM I GINEKOLOGICZNYM

Dokument źródłowy:

Dufour, S., Wu, M. *Conservative Care of Urinary Incontinence in Women. J Obstet Gynaecol Can. 2020 Apr;42(4):510-522. doi: 10.1016/j.jogc.2019.04.009. PMID: 32303295*

Rok publikacji: 2020

Autor omówienia:

prof. dr hab. Jakub Taradaj

Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach, Wydział Fizjoterapii, Katedra Fizjoterapii w Dysfunkcjach Narządu Ruchu i Medycyny Sportowej;

Uniwersytet Opolski, Collegium Medicum, Instytut Nauk o Zdrowiu;

Centrum Medyczne TOMMED w Katowicach, Dział Rehabilitacji

PROBLEMATYKA I ADRESACI WYTYCZNYCH

Cel i uzasadnienie (powstania) wytycznych

Niniejszy dokument stanowi konsensus pomiędzy codzienną praktyką kliniczną a dowodami naukowymi w zakresie zachowawczego leczenia nietrzymania moczu u kobiet. Autorzy, mając świadomość przyzwyczajień terapeutycznych, różnic kulturowych i cywilizacyjnych starali się wyważyć wszelkie zalecenia i wydać przewodnik będący konstruktywną propozycją postępowania w oparciu o zasoby *Evidence Based Physiotherapy (Cochrane Library, MEDLINE)*.

Badacze dokonali gruntownego przeglądu piśmiennictwa rekomendowanych wyszukiwarek medycznych za okres lat 2013-2018.

Adresaci / użytkownicy wytycznych

Dokument jest głównie (lecz nie tylko) dedykowany przedstawicielom podstawowej opieki zdrowotnej – lekarzom, pielęgniarkom i położnym, fizjoterapeutom (zwłaszcza specjalistom z zakresu uroginekologii).

Seria wydawnicza i źródło finansowania:

Opracowanie wytycznych w serii opracowań wytycznych praktyki publikowanych w ramach projektu *PRO-EBP Platforma promowania i upowszechniania praktyki zawodowej opartej na wiedzy naukowej PRO-EBP / A platform for the promotion and dissemination of professional practice based on scientific evidence*, dofinansowanego z Programu Społeczna Odpowiedzialność Nauki Ministra Edukacji i Nauki, umowa nr SONP/SP/461408/2020

Opracowanie w wolnym dostępie, opublikowane na <https://pro-ebp.awf-bp.edu.pl/>

Pacjenci, których dotyczy przewodnik:

Kobiety powyżej 18. roku życia, które wykazują objawy nietrzymania moczu.

Skala problemu zdrowotnego

Nietrzymanie moczu stanowi niezwykle istotny problem zarówno medyczny, społeczny, jak i ekonomiczny. Według różnych danych epidemiologicznych zaburzenie to ma miejsce u około 10-18% populacji żeńskiej. Szacunkowa częstość występowania opisywanego schorzenia u kobiet w średnim i starszym wieku mieści się w zakresie od 30% do 60%. Wobec braku skutecznego, przyczynowego leczenia chirurgicznego wciąż poszukuje się właściwego algorytmu postępowania z zakresu objawowej terapii, która pozwoli na satysfakcjonujący długotrwały efekt kliniczny.

Problematyka i adresaci przewodnika

Przewodnik – zgodnie z życzeniem autorów - winien być materiałem dydaktycznym dla każdej pełnoletniej kobiety, która już we wczesnym okresie swego dorosłego życia może wykazywać pierwsze objawy nietrzymania moczu.

Omówienie nie odbiega przekazem od dokumentu źródłowego, natomiast zostało opracowane z uwzględnieniem polskiego kontekstu, w tym kwestii językowych i terminologii, a także z wykorzystaniem odwołań do innych opracowań w ramach projektu. Autor omówienia zwrócił uwagę na aspekty szczególnie istotne w implementacji i popularyzacji korzystania z nowoczesnych wytycznych praktyki, w tym zwłaszcza dotyczących formułowania rekomendacji – ich siły, kierunku i pewności, a także zasadniczego znaczenia opierania rekomendacji na dowodach z najbardziej adekwatnych i wiarygodnych badań oraz uwzględniania kontekstu krajowego.

TYP DOKUMENTU, METODY JEGO OPRACOWANIA

Dokument został przygotowany przez interdyscyplinarny zespół, opracowujący praktyczny przewodnik w ramach Kanadyjskiego Towarzystwa Położniczego i Ginekologicznego, składający się z fizjoterapeutów, położnych i lekarzy. Podstawą do przygotowania wytycznych był raport z przeglądów systematycznych i randomizowanych badań klinicznych, bieżącej praktyki klinicznej dotyczącej diagnostyki i leczenia zachowawczego nietrzymania moczu u kobiet.

KRYTERIA FORMUŁOWANIA WYTYCZNYCH (jak czytać)**Klasyfikacja jakości dowodów z badań naukowych:**

Jakość dowodów z badań naukowych ¹	Definicja
Wysoka	Przewaga dowodów na poziomie 1 lub 2, z przynajmniej 1 publikacją na poziomie 1 ² ; wskazują na wysoki poziom pewności, że kolejne badania nie zmienią wniosków z dostępnych badań.
Umiarkowana	Przewaga dowodów na poziomie 2; wskazują na umiarkowany poziom pewności, że kolejne badania nie zmienią wniosków z dostępnych badań co do kierunku efektu; jednakże, nowe badania mogą zmienić wnioski co do wielkości efektu.
Niska	Umiarkowany poziom pewności o niewielkiej korzyści, szkodzie albo koszcie. oparty na dowodach o poziomach 2 do 5. wskazuje, że są jakieś, ale niewystarczające dowody, aby mieć przekonanie co do rzeczywistych efektów, i że dowody z przyszłych badań mogą zmienić kierunek efektów i/lub wpłynąć na wielkość efektu.

Niewystarczająca Opiera się na dowodach z badań o poziomach od 2 do 5. wskazuje na minimalne lub sprzeczne dowody z badań dla wspierania kierunku prawdziwego kierunku i/lub wielkości efektu. przyszłe badania mogą wpłynąć na rekomendacje.

¹quality of evidence;

²levels of evidence.

Klasyfikacja wielkości efektu, ryzyka, szkód i kosztów:

Klasyfikacja wielkości / znaczenia	Definicja
Znaczny / istotny	Bilans korzyści w stosunku do ryzyka, szkód lub kosztów przytłaczająco przemawia za wytypowanym kierunkiem (efektu).
Umiarkowany	Bilans korzyści w stosunku do ryzyka, szkód lub kosztów przemawia za wytypowanym kierunkiem (efektu).
Niewielki / nieznaczący	Bilans korzyści w stosunku do ryzyka, szkód lub kosztów przedstawia niewielkie wsparcie dla wytypowanego kierunku (efektu).

Siła rekomendacji:

Siła rekomendacji	Symbol	Definicja
Mocna	●●●●	Wysoki poziom pewności umiarkowanych do znaczących korzyści, szkód albo kosztów; albo umiarkowany poziom pewności znaczących korzyści, szkód albo kosztów (w oparciu o dowody na poziomie 1 lub 2, z przynajmniej 1 publikacją na poziomie 1).
Umiarkowana	●●●○	Wysoki poziom pewności niewielkich do umiarkowanych korzyści, szkód albo kosztów; albo umiarkowany poziom pewności umiarkowanych korzyści, szkód albo kosztów (w oparciu o przeważające dowody na poziomie 2, albo 1 wysokiej jakości kontrolowany eksperyment randomizowany).
Słaba	●●○○	Umiarkowany poziom pewności niewielkich korzyści, szkód albo kosztów; albo niski poziom pewności umiarkowanych do znaczących korzyści, szkód albo kosztów (w oparciu o dowody na poziomach do 2 do 5).
Teoretyczne/ oparte na badaniach podstawowych	●○○○	Przewaga dowodów z badań na zwierzętach albo na zwłokach, z modeli/założeń koncepcyjnych / teoretycznych, albo z badań podstawowych/ laboratoryjnych; albo popierająca rekomendacje opinia ekspertów opublikowana w recenzowanym czasopiśmie naukowym.
Najlepsza praktyka	●○○○	Praktyka / postępowanie rekomendowana w oparciu o bieżące normy / zasady praktyki klinicznej; albo wyjątkowe sytuacje, w których badania potwierdzające nie zostały lub nie mogą być przeprowadzone, ale występuje klarowna korzyść, szkodliwość albo koszt; albo opinia ekspertów.
Badania naukowe	(brak)	Brak badań naukowych na dany temat albo niezgodność wniosków z badań o wyższej jakości na dany temat.

Język formułowania rekomendacji (na ile są obligatoryjne), w powiązaniu z siłą rekomendacji, jakością dowodów, klasyfikacją wielkości efektu i przewagi korzyści wobec, ryzyka, szkody albo kosztu:

Siła rekomendacji	Jakość dowodów i klasyfikacja siły rekomendacji	Przewaga korzyści, ryzyka, szkodliwości albo kosztów	Poziom obowiązku realizacji wytycznych
silne	<i>(dowody)</i> wysokiej jakości i <i>(rekomendacje)</i> o umiarkowanej do znaczącej sile <i>albo</i>	korzyści	trzeba <i>albo</i> powinno się
	<i>(dowody)</i> umiarkowanej jakości i <i>(rekomendacje)</i> o znaczącej sile	ryzyko, szkody / szkodliwość albo koszty	nie wolno <i>albo</i> nie powinno się
umiarkowane	<i>(dowody)</i> wysokiej jakości i <i>(rekomendacje)</i> o małej do umiarkowanej sile [słabe do umiarkowanych] <i>albo</i>	korzyści	powinno się
	<i>(dowody)</i> umiarkowanej jakości i <i>(rekomendacje)</i> o umiarkowanej sile	ryzyko, szkody / szkodliwość albo koszty	nie powinno się
słabe	<i>(dowody)</i> umiarkowanej jakości i <i>(rekomendacje)</i> o małej sile [słabe] <i>albo</i>	korzyści	można (<i>stosować / raczej stosować</i>)
	<i>(dowody)</i> słabej jakości i <i>(rekomendacje)</i> o umiarkowanej do znaczącej sile	ryzyko, szkody / szkodliwość albo koszty	może nie / raczej nie.. (<i>stosować</i>) [<i>może nie stosować / raczej nie stosować</i>]
teoretyczne/ oparte na badaniach podstawowych	nie dotyczy	korzyści	można (<i>stosować / raczej stosować</i>)
		ryzyko, szkody / szkodliwość albo koszty	może nie / raczej nie.. (<i>stosować</i>) [<i>może nie stosować / raczej nie stosować</i>]
najlepsza praktyka	niewystarczająca jakość <i>(dowodów)</i> i jednoznaczna <i>(klarowna)</i> siła <i>(rekomendacji)</i>	korzyści	powinno się <i>albo</i> można (<i>stosować / raczej stosować</i>)
		ryzyko, szkody / szkodliwość albo koszty	nie powinno się <i>albo</i> może nie / raczej nie.. (<i>stosować</i>) [<i>może nie stosować / raczej nie stosować</i>]
badania naukowe	niewystarczająca jakość <i>(dowodów)</i> i niejednoznaczna <i>(niejasna)</i> siła <i>(rekomendacji)</i> <i>albo</i>	różne dane	nie dotyczy
	<i>(dowody)</i> sprzeczne, wysokiej do umiarkowanej jakości i sprzeczna siła <i>(rekomendacji)</i>		

TREŚĆ WYTYCZNYCH

Podsumowanie rekomendacji

Podsumowanie rekomendacji Amerykańskiego Towarzystwa Fizjoterapii (APTA) dotyczących fizjoterapii po całkowitej artroplastyce stawu kolanowego (TKA) [*Phys Ther* 2020;100(9):1603-1631].

Interwencja	Siła rekomendacji	Charakterystyka
Wywiad rodzinny i środowiskowy, styl życia, historia choroby	●●●●●	Zaleca się przeprowadzenie szczegółowego wywiadu z pacjentką, gdyż szereg czynników ryzyka i objawów ma związek z dodatnim obciążeniem rodzinnym, środowiskowym, społecznym etc.
Badanie fizykalne	●●○○○	Rekomenduje się zwłaszcza próbę kaszlową (choć trzeba wykluczyć nadmierną ruchomość cewki moczowej), zaś test patyczkowy odznacza się mniejszą czułością diagnostyczną.
Analiza składu moczu (laboratoryjne badanie chemiczne)	●●●○○	Wykonanie laboratoryjnego badania składu uryny dostarcza wielu cennych informacji dotyczących obecnego zaawansowania nietrzymania moczu (zawartość hemoglobiny A1 _c , kreatyniny, bakteriogram itd.).
Badanie urodynamiczne	●●○○○	W przypadku kobiet stale podlegającej kontroli ginekologicznej w postaci ultrasonograficznego badania lub cystografii mikcyjnej zwraca się uwagę na dużą przydatność i referencyjność tych metod w ocenie etiologii i zaawansowania nietrzymania moczu. Natomiast w przypadku pacjentek, które mają wykonane badania bez możliwości odniesienia rezultatów do wyników z przeszłości trudno jest postawić trafną diagnozę. Należy w tych sytuacjach też zwrócić uwagę na zaburzenie statyki narządów rodnych (wypadnięcie lub przesunięcie).
Cystoskopia	●○○○○	Znaczną przydatność badania sugeruje się przy krwimoczu lub bardzo zaawansowanym nietrzymaniu. W ocenie przesiewowej ma miejsce niższa referencyjność.
Trening mięśni dna miednicy	●●●●●	Rekomenduje się prowadzenie systematycznych i specjalistycznych ćwiczeń mięśni dna miednicy, zwłaszcza na początku pod kontrolną metody biofeedback w celu wytworzenia właściwego schematu „pamięci ruchowej” i wzorca motorycznego u pacjentki.
Metody fizykalne	●●○○○	Zaleca się jedynie jako metody uzupełniające wobec kinezyterapii środki fizykalne takie jak na przykład elektrostymulację mięśni dna miednicy.
Trening behawioralny (psychologiczny)	●●●○○	Rekomenduje się opiekę psychologiczną w stosunku do pacjentek. Zwraca się uwagę na znamienność terapeutyczną dotyczącą szkolenia chorych w obrębie trybu życia, nastawienia psychicznego, diety, profilaktyki i życia seksualnego etc.
Pessary ginekologiczne	●●●○○	Zaleca się stosowanie wkładek i urządzeń ginekologicznych w celu zabezpieczenia klinicznego w przypadku powikłanych przypadków oraz w trakcie intensywnych ćwiczeń fizycznych.

Szczegółowe rekomendacje dotyczące metod fizjoterapeutycznych

Trening mięśni dna miednicy ○○○○

Treść rekomendacji:	Fizjoterapeuci powinni stosować systematyczny i wyspecjalizowany trening mięśni dna miednicy zwłaszcza w pierwszym okresie od zdiagnozowania problemu i rozpoczęcia terapii. Zaleca się przynajmniej trzymiesięczny trening w celu wyedukowania pacjentki i nauczenia samodzielnego postępowania w wykonywaniu ćwiczeń.
Jakość dowodów z badań:	Wysoka.
Siła rekomendacji:	Silna.
Jakość dowodów z badań – łącznie:	1 opracowanie Cochrane wysokiej jakości (9 randomizowanych badań klinicznych z 2017 roku), raport NICE – National Institute of Health and Care Excellence.
Wskazówka praktyczna z badań:	Wskazówka praktyczna z badań: warto rozważyć w początkowej fazie stosowanie elektrostymulacji mięśni dna miednicy oraz wizualizacji w postaci sEMG jako metody biofeedback w celu nauki pacjentki poczucia swych mięśni dna miednicy i właściwego wykonywania treningu.
Potencjalne korzyści, ryzyka i szkody z zastosowania rekomendacji:	<p>Korzyści:</p> <ul style="list-style-type: none"> » znamienne wzmocnienie mięśni dna miednicy i zmniejszenie (redukcja) objawów schorzenia, » niskie koszty finansowe i możliwość stosowania w warunkach domowych. <p>Ryzyka, szkody i/ lub koszty:</p> <ul style="list-style-type: none"> » trudności w nauce pacjentki postrzegania i odczuwania „mapy” własnego ciała.
Oszacowanie rachunku korzyści i szkodliwości:	W odniesieniu do doniesień naukowych brak jest powikłań i szkodliwych działań terapii. Trudności występują w edukacji pacjentek w celu poznania „mapy” swego ciała i precyzyjnego odczuwania mięśni dna miednicy, dlatego też należy stosować metody pomocnicze w początkowej fazie leczenia - elektrostymulacja + sEMG, co może sporadycznie prowadzić do podrażnień skórnych i niespecyficznego drażnienia. Rekomenduje się w początkowym okresie znaczną opiekę ze strony fizjoterapeutki uroginekologicznej nad chorą.
Niepewność / niejasności co do praktyki i wskazówki do dalszych badań:	» Brak jednoznacznego i jednolitego protokołu postępowania, choć przeważa twierdzenie, iż należy stosować trening w postaci kilku razy dziennie po 20-30 minut ćwiczeń, wedle codziennego algorytmu.
Kryteria wyłączenia:	Nie znaleziono.

Metody fizykalne ○○○○

Treść rekomendacji:	Występuje szereg badań naukowych na temat wspomaganego zachowawczego leczenia nietrzymania moczu u kobiet – prace głównie dotyczą elektrostymulacji mięśni dna miednicy oraz technik tzw. sprzężenia zwrotnego. Są one pomocne, lecz nie powinny stanowić postępowania pierwszoplanowego.
Jakość dowodów z badań:	Umiarkowana.
Siła rekomendacji:	Słaba.
Jakość dowodów z badań – łącznie:	14 badań klinicznych, z czego 2 są negatywne na temat stosowania metod fizykalnych. Głównym mankamentem publikacji są – brak oceny wyników odległych, zaślepienia oraz stosowania terapii pozorowanej.

Wskazówka praktyczna z badań:	Podkreśla się przydatność metod fizykalnych jako nauki poczucia „mapy” ciała u pacjentek i przygotowania do właściwej terapii.
Potencjalne korzyści, ryzyka i szkody z zastosowania rekomendacji:	<p>Korzyści:</p> <ul style="list-style-type: none"> » nieraz niskie koszty finansowe i możliwość stosowania w warunkach domowych. <p>Ryzyka, szkody i/ lub koszty:</p> <ul style="list-style-type: none"> » podrażnienia skórne, bariera psychologiczna etc.
Oszacowanie rachunku korzyści i szkodliwości:	Wydaje się, że jest to sprawdzona metoda wprowadzająca i pomocnicza. Nie rekomenduje się pozostawienie pierwszoplanowego leczenia na bazie środków fizykalnych.
Niepełność / niejasności co do praktyki i wskazówki do dalszych badań:	» Brak jednoznacznego i jednolitego protokołu postępowania, choć przeważa twierdzenie, iż należy stosować trening w postaci kilku razy dziennie po 20-30 minut aplikacji, wedle codziennego dawkowania prądów typu TENS lub EWN – elektrostymulacja wysokonapięciowa.
Kryteria wyłączenia:	Nie znaleziono.

KOMENTARZ EKSPERCKI

Prezentowany przewodnik zawiera wiele cennych wskazówek jak postępować z pacjentkami z nietrzymaniem moczu o zróżnicowanej etiologii. Co istotne, został opracowany przez znamienitych badaczy o dużym doświadczeniu naukowym i klinicznym. Autorzy określili swoje rekomendacje i poziom dowodów w oparciu o zasoby Cochrane i MEDLINE z ostatnich pięciu lat od daty publikacji.

Mimo niepodważalnie mocnych stron dokumentu w mojej opinii występuje jednak kilka mankamentów. Przede wszystkim w opracowaniu brakuje dokładnych zaleceń metodologicznych takich jak czas trwania treningu/ zabiegu, częstotliwości w serii zabiegowej, liczby powtórzeń oraz innych parametrów metodologicznych, które byłyby najważniejsze dla praktyka. Tak jak w podobnych rekomendacjach autorzy skupili się głównie na wytyczeniu ogólnych kierunków postępowania bez podania precyzyjnych algorytmów postępowania. Oprócz tego w opracowaniu brakuje szeregu obecnie poddanych weryfikacji naukowej metod takich jak funkcjonalna magnetostymulacja, laseroterapia wysokoenergetyczna, trening wibracyjny, Pilates, Joga albo techniki powięziowe i osteopatyczne. Nie zestawiono w obrębie treningu mięśni dna miednicy i nie sklasyfikowano dokładnie jakie rodzaje ćwiczeń są najbardziej skuteczne, a przecież wśród praktyków istnieją różne podejścia do szeroko pojętej kinezyterapii w tym temacie.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom czytelnikom, mogę jedynie podzielić się własnym doświadczeniem klinicznym i podać autorskie spojrzenie na przypadki objawowego leczenia nietrzymania moczu u kobiet.

Faza	Interwencja
Faza 1 (około 3-4 tygodni)	Wykonywanie elektrostymulacji mięśni dna miednicy (elektroda czynna dopochwowo, elektroda bierna na kolcu biodrowym przednim) kilka razy dziennie, codziennie przez 20-30 minut, czas trwania pakietu szpilek impulsów 200 mikrosekund (częstotliwość przez pierwszą część zabiegu 15-20 Hz, przez drugą część zabiegu 40-50 Hz).
Faza 2 (1-2 miesiące)	Wykonywanie elektrostymulacji mięśni dna miednicy w połączeniu z sEMG (biofeedback w postaci liniowego wykresu skurczów i rozkurczów) w celu edukacji pacjentki i kontroli pracy stymulowanych mięśni. Praca mięśniowa w cyklu 2-6 sekund skurcz, rozkurcz około 1,5 razy dłuższy – w trakcie kolejnych tygodni redukcja czasu trwania stymulacji elektrycznej, aby uzyskać skurcz czynny kontrolowany świadomie przez pacjentkę (obserwacja wykresu na ekranie smartfona lub innego urządzenia multimedialnego).
Faza 3 (na stałe)	Wykonywanie przez pacjentkę treningu mięśni dna miednicy w cyklu kilka razy dziennie, codziennie przez 30 minut, skurcz/rozkurcz 3/6 sekund.