

Pessary kostkowe: niedoceniana metoda leczenia wypadania narządów rodnych? Subiektywne wyniki po roku stosowania.

Zoltan Nemeth, Sándor Nagy & Johannes Ott

Odebrane: 17 listopada 2012 / Zaakceptowane: 09 marzec 2013 / Publikacja internetowa: 12 kwietnia 2013
© Międzynarodowa Stowarzyszenie Uroginekologii 2013

Abstrakt

Wprowadzenie i hipotezy. Zaburzenia statyki narządu rodowego (ang. *pelvic organ prolapse*, POP) są często występującym problemem medycznym. Stosowanie pessarów do zachowawczego leczenia zaburzeń statyki narządów rodnych staje się coraz bardziej powszechne. Jednakże, istnieje niewiele danych dotyczących stosowania pessaria kostkowego. Celem naszej pracy było aby ocenić, czy terapia z wykorzystaniem pessara kostkowego u kobiet z POP może być dobrze tolerowaną, metodą pierwszego wyboru.

Metody. W prospektywnej serii przypadków, 87 kobiet, które cierpiały na objawy POP, w stopniu II-IV, zostało pouczonych o samodzielnym postępowaniu z pessarem kostkowym.

Rezultaty. Wszystkie kobiety, którym oferowano udział w badaniu wyraziły zgodę. Pessary udało się dopasować u 84/87 pacjentek (96,6%), sześć utracono podczas kontroli. Pozostałe 78 pacjentek (92,9%, mediana 60 lat) ukończyło badanie. Szesnaście pacjentek (20,5%) zdecydowało się nie kontynuować leczenia pessarami. W przypadku tych pacjentek mediana oceny ogólnego samopoczucia w skali liczbowej spadła z 4,5 punktów (3-6) do 2,0 punktów (1-3; $p < 0,001$). W przypadku pacjentek kontynuujących leczenie mediana oceny ogólnego samopoczucia w skali liczbowej wzrosła z 3,0 punktów (2-5) do 8,0 punktów (7-10; $p < 0,001$). Ocena w skali PGI-I podczas wizyty kontrolnej wynosiła 2,0 (1-3). Nie było żadnych powikłań lub niekorzystnych skutków wynikających ze stosowania pessarów. Leczenie

zachowawcze przy użyciu pessara kostkowego może być możliwą opcją leczenia dla kobiet, które cierpią na POP.

Słowa kluczowe: Obniżenie pęcherza moczowego. Cystocele. Pessary. Leczenie zachowawcze. Niewydolność narządów miednicy mniejszej.

Wprowadzenie

Zaburzenia statyki narządu rodowego (ang. *pelvic organ prolapse*, POP) są często występującym problemem medycznym dotykającym ogółem >10% populacji kobiet w krajach Zachodu. Do pewnego stopnia zaburzeń statyki narządu rodowego dochodzi w trakcie całego życia u niemal 50% kobiet z porodem w wywiadzie. Choć istnieją niechirurgiczne metody leczenia tego rodzaju zaburzeń, na przykład polegające na stosowaniu pessarów pochwowych, pacjentki często poddawane są leczeniu chirurgicznemu. Niestety, nawet 10% kobiet poddawanych operacji chirurgicznej z powodu zaburzeń statyki narządu rodowego wymaga powtórzenia zabiegu. Ponadto, w przeprowadzonym w ostatnim czasie badaniu wykazano, że niemal dwie trzecie kobiet z objawowymi zaburzeniami statyki narządu rodowego byłyby gotowe poddać się w pierwszej kolejności leczeniu zachowawczemu, w tym leczeniu z zastosowaniem pessarów pochwowych.

Najczęstszym wskazaniem dla stosowania pessarów pochwowych jest konieczność podtrzymywania i zmiany położenia obniżonego organu rodowego. Główne cele leczenia obejmują zapobieżenie pogorszeniu się zaburzeń statyki, likwidację objawów

oraz uniknięcie konieczności wykonania operacji chirurgicznej. Według doniesień, metoda ta charakteryzuje się odsetkiem powodzeń sięgającym 86%.

Według wyników ankiety przeprowadzonej wśród ginekologów w USA, znakomita większość tych lekarzy (86%) przepisywała pacjentkom pessary. Najczęściej stosowanymi i uznawanymi za najłatwiejsze w użytkowaniu były pochwowo pessary krążkowe. W związku z powyższym, niektórzy autorzy uważają pessary kostkowe wyłącznie za przyrządy drugiego wyboru, o zastosowaniach ograniczonych do aktywnych płciowo pacjentek w przypadku niepowodzenia zastosowania pessara krążkowego. Potwierdzono, że pessary kostkowe są stosowane bardzo rzadko, w związku z czym dane na temat ich skuteczności są bardzo ubogie.

Cele

Według doniesień, duży odsetek powikłań związanych ze stosowaniem pessarów wynika z ich długotrwałego osadzenia w pochwie. W związku z tym wysunięto postulat, aby pessary regularnie, tj. codziennie, podlegały wyjmowaniu i wymianie, co może zapobiegać wielu zdarzeniom niepożądanym. Kwestia ta dotyczy także pessarów krążkowych, choć według doniesień jedną z zalet tego rodzaju przyrządów jest możliwość zatrzymania ich w pochwie przez długi czas.

Inną wadą pessarów sześciennych jest postulowana konieczność wyjmowania ich przed stosunkiem płciowym. Wada ta dotyczy jednak w równym stopniu pessarów grzybkowych (Gellhorn), które to pessary są drugie pod względem częstości stosowania, a które mogą być wyjmowane wyłącznie przez lekarzy. W związku z powyższym uznaliśmy za zasadne przeprowadzić badanie dotyczące zastosowania pessarów kostkowych jako opcji leczenia pierwszego rzutu. W dostępnej literaturze brak jest badań oceniających zadowolenie pacjentek i odsetki kontynuacji leczenia z użyciem pessarów kostkowych. W związku z powyższym zdecydowaliśmy się dokonać prospektywnej oceny ww. aspektów u kobiet z zaburzeniami statyki narządu rodowego.

Materiały i metody

Populacja pacjentek i plan badania

W okresie od stycznia do grudnia 2011 roku doszło do prospektywnego badania klinicznego prowadzonego w Oddziale Uroginekologii Szpitala Uniwersyteckiego Petz-

Aladar Wydziału Położnictwa i Ginekologii Uniwersytetu w Jawarynie (Győr) na Węgrzech. Wszystkie pacjentki zostały poinformowane o dostępności zarówno opcji leczenia chirurgicznego, jak i leczenia z użyciem pessarów pochwowych. Pacjentki zostały poproszone o wzięcie udziału w przedmiotowym badaniu mającym na celu ocenę stosowania pochwowych pessarów kostkowych w charakterze leczenia pierwszego rzutu, przy czym jednocześnie pacjentki poinformowano, że w przypadku niezadowolenia z leczenia zachowawczego opcja leczenia chirurgicznego będzie również dostępna w późniejszym okresie. Wszystkim pacjentkom odmawiającym udziału lub przerywającym udział w badaniu oferowano możliwość stosowania innego rodzaju pessarów.

Do badania nie włączano pacjentek z którymkolwiek z poniższych przeciwwskazań dla stosowania pessarów: nierozpoznany krwotok z dróg rodnych, aktywne zakażenia pochwy, nadżerki pochwowe, demencja lub ograniczenie mobilności uniemożliwiające pacjentkom samodzielne stosowanie pessarów. Głównym celem badania było dokonanie oceny zadowolenia pacjentek z samodzielnego stosowania pessarów kostkowych oraz oszacowanie odsetków kontynuacji po roku leczenia. Drugorzędowym celem było określenie czynników ryzyka przerwania leczenia. Badanie zostało zaaprobowane przez Komisję Bioetyki Szpitala Uniwersyteckiego Petz-Aladar Uniwersytetu w Jawarynie (Győr) (numer decyzji KB: 76-1-21/2011). Od wszystkich pacjentek uzyskano pisemne poświadczenie świadomej zgody.

Szczegółowe informacje nt. stosowania pessarów

Pacjentki poinstruowano w zakresie samodzielnego stosowania perforowanych pochwowych pessarów kostkowych (Arabin™ GmbH & Co, Witten, Niemcy, Rysunek 1) w ciągu dnia.

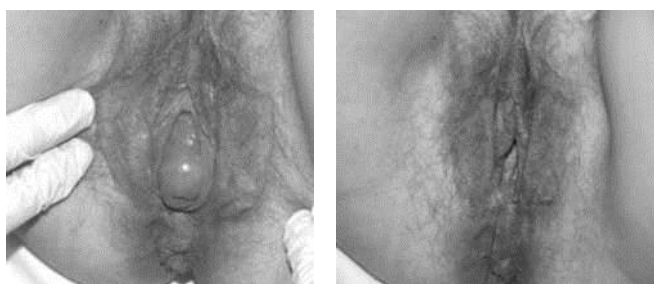


Rys. 1. Pessar kostkowy Dr. Arabin

Pessar kostkowy zachowuje swoje położenie we wnętrzu pochwy dzięki przyssaniu sześciu wklęsłych powierzchni ścian do ścian pochwy. Ponieważ podciśnienie może prowadzić do powstawania nadżerek, konieczne są codzienne wyjmowanie i wymiana pessarów.

Podczas pierwszej wizyty w ramach badania podkreślaliśmy fakt, że leczenie z użyciem pessarów jest podobne do leczenia okularów: pessary i okulary są przyrządami medycznymi stosowanymi w ciągu dnia i natychmiastowo likwidującymi objawy zaburzeń. Pessary są tanie i łatwe w stosowaniu, a ich prawidłowe użytkowanie nie wiąże się z jakimikolwiek poważnymi powikłaniami.

Rozmiary pessarów podane są w skali francuskiej (Charrière): rozmiary 0, 1, 2, 3, 4 i 5 odpowiadają rozmiarom 25, 29, 32, 37, 41 i 45 mm. Rozmiar pessara dobierano indywidualnie u każdej pacjentki; rozmiar ten musiał być wystarczająco duży, by pessar nie wypadł, ale jednocześnie nie tak duży, by pacjentka odczuwała ucisk lub dyskomfort. Podczas wstępnej wizyty pacjentki poddawano badaniu zarówno w pozycji leżącej, jak i stojącej, w stanie rozluźnienia i napięcia mięśniowego. Po założeniu pessara każda pacjentka miała za zadanie przetestować go przez 20 minut chodząc, wchodząc po kilku schodach i opróżniając pęcherz moczowy. Jeśli po okresie testowym pacjentka nie zgłaszała dyskomfortu i jeśli pessar pozostawał w prawidłowym położeniu podczas badania w pozycji stojącej, rozmiar zastosowanego pessara uznawano za właściwy (Rysunek 2).



Rys. 2. Właściwe dopasowanie pessara

Badanie podstawowe i wizyty kontrolne

Przed rozpoczęciem leczenia pacjentki poddawano badaniu. Pacjentek nie poddawano rutynowej kontroli do momentu upływu roku od rozpoczęcia leczenia, jednak oferowano im możliwość kontaktowania się w razie potrzeby z pierwszym autorem pracy. Dodatkowe konsultacje i badania wykonywano więc zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentek, również w

przypadkach pacjentek, które zaprzestały stosowania pessarów w związku z wystąpieniem nowych objawów.

Podczas wizyty podstawowej oceniano stopień zaburzeń statyki narządu rodowego w badaniu ginekologicznym, wykorzystując do tej oceny wspólny raport IUGA/ICS nt. terminologii stosowanej w zaburzeniach statyki dna miednicy u kobiet. Stadia określano w oparciu o położenie czołowej krawędzi obniżonego narządu. Pacjentki proszono o określenie ogólnego samopoczucia na skali liczbowej (0 = najgorszy, jaki można sobie wyobrazić; 10 = najlepszy, jaki można sobie wyobrazić). Gromadzono szczegółowy wywiad (w tym dane dotyczące wieku, rodności, wskaźnika masy ciała [BMI] oraz objawów związanych z zaburzeniami statyki). Skoncentrowaliśmy się na obciążeniu objawami, w tym wybrzuszeniem pochwy (dolegliwość związana z wybrzuszeniem w kierunku lub na zewnątrz wejścia do pochwy), uciskiem w miednicy (dolegliwość związana ze zwiększonym ciężarem lub oporem w obszarze nadmiednicowym lub w miednicy), bólem krzyża (bólem krzyżowego odcinka kręgosłupa czasowo powiązany z POP), nasilonym uciskiem w pęcherzu (dolegliwość polegające na wcześniejszym lub bardziej uporczywym parciu na wypróżnienie pęcherza) oraz problemami z wypróżnieniem pęcherza (trudności z rozpoczęciem oddawania moczu lub spowolnienie strumienia moczu w porównaniu z wcześniejszymi doświadczeniami). Podczas wizyt kontrolnych pierwszy autor pytał pacjentki o subiektywne wyniki leczenia w oparciu o własny kwestionariusz; wynikało to z braku dostępności zwalidowanych, znormalizowanych kwestionariuszy jakości życia związanej z czynnością układu moczowo-płciowego w języku węgierskim; taka sama sytuacja miała miejsce w przypadku wcześniejszych badań. Badanie obejmowało ocenę procesu zakładania pessara w skali liczbowej (1 = „bardzo łatwe”; 5 = „bardzo trudne”) oraz ogólnego samopoczucia w oparciu o skalę liczbową opisaną powyżej, a także o ogólne wrażenie poprawy (PGI-I), w którym pacjentki porównywały swój stan w porównaniu z okresem przed rozpoczęciem leczenia (1 = znacznie lepiej; 7 = znacznie gorzej).

Odnutowywano również rodzaj i rozmiar stosowanego pessara pochwowego. Podczas badań kontrolnych koncentrowaliśmy się również na możliwych niepożądanych konsekwencjach stosowania pessarów takich, jak otarcia naskórka, owrzodzenia, przetoki i stłuczenia pochwy. Pacjentki pytano również o nowo pojawiające się nietrzymanie moczu uprzednio maskowane obniżeniem narządu rodowego. Wszystkie

pacjentki informowano o istniejącej przez cały czas badania możliwości skorzystania w dowolnym momencie z krótkoterminowej kontroli w przychodni w związku z wszelkimi wątpliwościami lub problemami.

Wyniki

Dopasowanie pessarów i charakterystyka pacjentek

Wszystkie kobiety, którym oferowano udział w badaniu wyraziły zgodę. Pessary udało się dopasować u 84/87 pacjentek (96,6%), natomiast u 3/87 (3,4%) nie było to możliwe. Wspomniane trzy pacjentki zostały uprzednio poddane histerektomii przezpochwowej z przednim i tylnym zszyciem pochwy oraz ponownym tylnym zszyciem pochwy. Otwór rodny u tych pacjentek był duży, zaś kanał pochwy krótki, w wyniku czego pessary kostkowe nie utrzymywały się w miejscu założenia. Spośród pacjentek, którym udało się dopasować pessary, sześć utracono dla kontroli (7,1%). Pozostałe 78 pacjentek (92,9%) ukończyło badanie.

Szesnaście pacjentek (20,5%) było uprzednio poddawanych chirurgicznym operacjom ginekologicznym: tylnemu zszyciu pochwy (n= 1); przedniemu zszyciu pochwy (n= 2); przedniemu i tylnemu zszyciu pochwy (n= 2); lub histerektomii przezpochwowej (n= 11) oraz przedniemu i(lub) tylnemu zszyciu pochwy w przypadku 8 pacjentek. Głównym obszarem, którego dotyczyły zaburzenia statyki narządu rodowego był przedział przedni u 27 pacjentek (34,6%; n=11 z 2. stopniem w klasyfikacji POP-Q; n=16 z 3. stopniem w klasyfikacji POP-Q), przedział szczytowy u 45 pacjentek (57,7%; n=6 z 2. stopniem w klasyfikacji POP-Q, n=18 z 3. stopniem w klasyfikacji POP-Q, n=21 z 4. stopniem w klasyfikacji POP-Q) oraz tylny przedział u 6 pacjentek (7,7%; n=3 z 2. stopniem w klasyfikacji POP-Q, n=3 z 3. stopniem w klasyfikacji POP-Q). Sześćdziesiąt dwie pacjentki (79,5%) raportowały aktywność płciową. Pacjentki całkowicie nieaktywne płciowo nie posiadały partnera lub ich partnerzy byli nieaktywni płciowo. W związku z powyższym niemożliwa była ocena życia seksualnego tych pacjentek.

Rozmiary dopasowanych pessarów były następujące: rozmiar 1 w 11 przypadkach (14,1%), rozmiar 2 w 17 przypadkach (21,8%), rozmiar 3 w 35 przypadkach (44,9%), rozmiar 4 w 13 przypadkach (16,7%), rozmiar 5 w 2 przypadkach (2,6%).

Odsetki kontynuacji i subiektywna ocena wyników leczenia

Wszystkie kobiety potwierdziły codzienne stosowanie pessarów i rutynowe wyjmowanie ich na noc oraz przed stosunkami płciowymi przez cały okres leczenia.

Szesnaście pacjentek (20,5%) zdecydowało się nie kontynuować leczenia pessarami. Pacjentki te zgłosiły się do oddziału po upływie od dwóch do czterech tygodni po wizycie początkowej w celu odbycia wizyty wcześniejszego zakończenia udziału w badaniu. Wszystkie pacjentki z tej grupy zdecydowały się na wykonanie operacji chirurgicznej. W przypadku tych pacjentek mediana oceny ogólnego samopoczucia w skali liczbowej spadła z 4,5 punktów (3-6) do 2,0 punktów (1-3; $p < 0,001$). Wszystkie pacjentki z tej grupy zaprzestały stosowania pessarów w związku z nowo występującymi objawami w postaci wysiłkowego nietrzymania moczu (n=10, 62,5%), dyskomfortu w pochwie (n=5, 31,3%), lub obu tych objawów (n=1, 6,3%). Żadna z pacjentek nie zgłosiła zaprzestania stosowania pessarów w związku z trudnościami związanymi z codziennym usuwaniem pessara.

Uzyskany odsetek kontynuacji wyniósł 79,5% (62/78). W przypadku pacjentek kontynuujących leczenie mediana oceny ogólnego samopoczucia w skali liczbowej wzrosła z 3,0 punktów (2-5) do 8,0 punktów (7-10; $p < 0,001$). Ocena w skali PGI-I podczas wizyty kontrolnej wynosiła 2,0 (1-3). Po włączeniu do analizy w populacji opartej na zamiarze leczenia (*intention-to-treat*, ITT) pacjentek utraconych dla obserwacji kontrolnej ogólny odsetek kontynuacji leczenia wyniósł 73,8% (62/84).

Subiektywne wyniki zgłaszane przez 62 pacjentki kontynuujące leczenie były następujące: 60 pacjentek (96,8%) odczuwało obecność ciała obcego w pochwie w początkowym okresie leczenia, przy czym 59/60 (98,3%) z tych pacjentek stwierdziło późniejszą poprawę w tym zakresie. Ucisk w miednicy/ból krzyża występował początkowo u 45 pacjentek (72,6%); do poprawy doszło u 41/45 pacjentek (91,1%). Podczas wizyty początkowej wszystkie pacjentki zgłaszały zaburzenia oddawania moczu (nasilone parcie na pęcherz lub problemy z wypróżnianiem), przy czym pewien stopień poprawy zgłosiło w późniejszym okresie 21/62 pacjentek (33,9%). Wśród 43 kobiet (69,4%) deklarujących aktywność seksualną ocena uległa poprawie u 20 pacjentek (46,5%) lub nie uległa zmianie w pozostałej grupie 23 pacjentek (53,4%). W rocznym okresie badania 12/62 pacjentek (19,4%) zgłosiło się do oddziału na jedną wizytę

prześciową po medianie czasu wynoszącej 214 dni (zakres 92-305 dni). Wszystkie kobiety w tej grupie zgłaszały odczuwanie dyskomfortu w pochwie; dyskomfort ten ustąpił całkowicie po zmianie pessara na mniejszy (z rozmiaru 3 na rozmiar 2 w 8 przypadkach i z rozmiaru 2 na rozmiar 1 w 4 przypadkach). U żadnej z 62 pacjentek nie doszło do krwotoku z dróg rodnych. Badanie ginekologiczne wykonane po wizycie kończącej badanie wykazało brak powikłań takich, jak otarcia naskórka, owrzodzenia, przetoki i stłuczenia pochwy.

Dyskusja

W opisywanej serii przypadków pochwy pessar kostkowy udało się dopasować w przypadku 96,6% pacjentek. Jest to wielkość porównywalna z większością opublikowanych badań, w których odsetki powodzenia dopasowania pessara wynoszą >85%. Zazwyczaj prawidłowy rozmiar pessara dobiera się metodą prób i błędów. W dostępnej literaturze brak jest jednak zgody w odniesieniu do definicji właściwego dopasowania pessara. Podczas gdy niektórzy autorzy uważają, że pessar jest właściwie dopasowany, gdy pacjentka nie odczuwa dyskomfortu podczas manewru Valsalvy i opróżnienia pęcherza podczas wizyty początkowej, inni sugerują kryteria, w myśl których pacjentka powinna stosować pessar do kolejnego badania kontrolnego lub też lekarz powinien być w stanie umieścić palec między ścianą pochwy a pessarem, a pacjentka w tym czasie powinna być w stanie stać, kasać i napiąć mięśnie pochwy bez wysunięcia pessara. W opisywanej serii przypadków dopasowanie pessara określano właściwe w przypadku utrzymania go przez 20 minut marszu i wspinania się po schodach oraz po mikcji. Po wykonaniu testu pessar powinien znajdować się we właściwym położeniu u pacjentki stojącej, a pacjentka powinna zgłaszać brak dyskomfortu związanego z jego założeniem. Uważamy, że zastosowana przez nas metoda oceny dostosowania jest stosowna i adekwatna, jako że stanowi połączenie ocen obiektywnych i subiektywnych oraz obejmuje badanie po krótkim teście stosowania w warunkach „rzeczywistych”. Do czynników ryzyka zgłaszanych jako odpowiadające za niepowodzenie dopasowania pessara należą mała długość pochwy, duży otwór rodny oraz histerektomia lub chirurgiczne interwencje w związku z zaburzeniami statyki narządu rodneho w wywiadzie. Również w niniejszym badaniu wszystkie z wyżej wymienionych czynników wystąpiły u trzech kobiet, u których nie udało się dopasować pessara.

Warto zauważyć, że przedział i stadium zaburzenia statyki narządu rodneho nie miał wpływu na powodzenie dopasowania innych rodzajów pessarów. W opisywanym zbiorze danych nie było możliwe przeprowadzenie analizy ryzyka z uwagi na ograniczoną liczbę pacjentek, u których nie udało się dopasować pessara. Zgodnie z wcześniejszymi doniesieniami, sugerujemy, że lekarze mogą rekomendować stosowanie pessarów kobietom wszystkich z zaburzeniami statyki narządu rodneho każdego rodzaju i stopnia.

Według danych literaturowych, najczęściej stosuje się pessary krążkowe, a następnie pessary grzybkowe (Gellhorn). W przypadku tych rodzajów pessarów do najczęstszych powikłań należą krwotoki, otarcia naskórka, owrzodzenia i stłuczenia pochwy. Po założeniu pessara u 36-72% kobiet stwierdzono utajone nietrzymanie moczu. Jedną z głównych zalet stosowania pessarów krążkowych ma być możliwość długotrwałego pozostawiania pessara w pochwie bez konieczności codziennego wyjmowania. Jednakże nawet 56% pacjentek zgłosiło wystąpienie co najmniej jednego działania niepożądanego, w tym nieprzyjemnego zapachu, upławów, krwawienia, bólu i zaparć. Sugerowano, że obserwowanym objawom podrażnienia można by zapobiec, gdyby pacjentki chciały i miały możliwość samodzielnego wyjęcia, oczyszczenia, i ponownego założenia pessara. To jednak wydaje się anulować wymienioną wyżej hipotetyczną zaletę pessarów krążkowych. Dla porównania, w populacji pacjentek w naszym badaniu nie stwierdziliśmy żadnych działań niepożądanych spowodowanych drażniącym wpływem pessara po roku stosowania. Wynika to prawdopodobnie z faktu, że pacjentki codziennie wyjmowały pessary. Niemniej jednak, u 16 pacjentek (20,5%) doszło do wystąpienia nowych objawów, w tym nietrzymania moczu, dyskomfortu w pochwie lub bólu w miednicy, w związku z czym pacjentki te zdecydowały się przerwać stosowanie pessarów. Czynniki ryzyka przerwania leczenia były: (i) mniejsza liczba porodów i (ii) uprzednie operacje wycięcia macicy i/lub zszywania pochwy, wystawiające pacjentki na ryzyko wystąpienia wyżej wymienionych nowych objawów patologicznych.

Co ważne, wszystkie kobiety, które zdecydowały się nie kontynuować leczenia z użyciem pessarów zgłosiły się do naszego oddziału na wizytę wcześniejszego zakończenia udziału w badaniu najwyżej cztery tygodnie po wizycie początkowej. W dużym badaniu przeprowadzonym przez Lone et al. do znacznej większości przypadków niepowodzenia leczenia (73,8%) dochodziło również w okresie pierwszych czterech

tygodni.

Odsetek kontynuacji wynoszący 79,5% był porównywalny z odsetkiem uzyskiwanym w badaniach z zastosowaniem innych rodzajów pessarów. Odsetki kontynuacji podawane w literaturze wynoszą od 50 do 80%. W opisywanej przez nas populacji pacjentki kontynuujące leczenie zgłaszały znaczny wzrost ogólnego samopoczucia. Wynik ten był porównywalny z wysokimi odsetkami zadowolenia ze średnioterminowego stosowania innych rodzajów pessarów (70-92%).

Poprawie samopoczucia towarzyszyło ustępowanie różnorodnych objawów. W szczególności, stosowanie pessarów kostkowych prowadzi do poprawy wybrzuszenia pochwy i ucisku w miednicy/bólu krzyża. U około 50% zgłaszających brak satysfakcji seksualnej przed rozpoczęciem leczenia z użyciem pessarów doszło do poprawy w tym zakresie. Opisywano już, że u aktywnych seksualnie kobiet po dopasowaniu pessara następował wzrost częstości stosunków i zadowolenia z aktywności seksualnej. Również to uznawano za zaletę stosowania pessarów krążkowych w związku z możliwością odbywania stosunków penetracyjnych. W przypadku pessarów kostkowych istnieje natomiast konieczność wyjmowania ich przed stosunkiem. Uzyskane przez nas dane wskazują jednak, że stosowanie pessarów kostkowych prowadzi w aspekcie aktywności seksualnej do podobnych wyników, co stosowanie pessarów krążkowych. Może to wynikać z faktu, że czołowy element obniżonego organu pozostaje na miejscu i nie wypada po usunięciu pessara, tj. bezpośrednio przed stosunkiem. W związku z powyższym nie występuje anatomiczna bariera dla penetracji, zaś niewidoczność obniżenia organu rodnego może powodować, że kobieta będzie czuła się bardziej pewna siebie. Poprawa satysfakcji seksualnej ma szczególne znaczenie z uwagi na fakt, że większość kobiet (79,5%) w populacji pacjentek naszego badania utrzymywała aktywność seksualną.

Już w poprzednich doniesieniach sugerowano, że przy codziennym wyjmowaniu pessarów wizyty kontrolne mogą odbywać się raz w roku. Wyniki naszego badania potwierdzają tę sugestię. Niemniej jednak, wszystkie pacjentki uczestniczące w naszym badaniu były informowane o możliwości stawiania się na niezaplanowane wizyty przejściowe w przypadku wystąpienia jakichkolwiek dolegliwości. Tylko 19,4% pacjentek wymagało badania w ramach takiej wizyty w związku z odczuwaniem dyskomfortu w pochwie. Objawy te ustępowały po dopasowaniu mniejszego pessara, po czym wszystkie pacjentki mogły kontynuować leczenie.

Zgodnie z wcześniej publikowanymi sugestiami uważamy, że nauczenie pacjentek, jak samodzielnie wyjmować i zakładać pessar, a także dostarczenie wyczerpujących informacji na temat stosowania pessarów zwiększa autonomię pacjentek. Co ważne, większość pacjentek uczestniczących w niniejszym badaniu oceniła stosowanie pessarów jako „bardzo łatwe” lub „łatwe” (85,5%).

Cele badania nie obejmowały oceny rezultatów anatomicznych stosowania pessarów kostkowych. Jednak, jak już stwierdzono powyżej, zaobserwowaliśmy, że u około 20% pacjentek w pierwszym roku stosowania wystąpiła konieczność wymiany pessara na mniejszy. Obserwacja ta wskazuje na zmniejszenie objętości pochwy u tych pacjentek. Wysuwamy hipotezę, że konieczność założenia mniejszego pessara może być oznaką poprawy struktury anatomicznej, tj. obniżenia wyniku w klasyfikacji POP-Q. Istnieją również doniesienia, że ciągłe stosowanie pessarów może prowadzić do zmniejszenia rozmiarów otworu rodnego. Zmniejszenie to obserwuje się nawet po dwóch tygodniach ciągłego noszenia pessara. Prawdopodobne jest, że pessary zmniejszają wywołane obniżeniem pochwy/narządów rodnych obciążenie dźwigaczy odbytu i krocza, co umożliwi odtworzenie tkanek prowadzące do zmniejszenia otworu rodnego. Możliwe, że sytuacja taka ma miejsce, przynajmniej u niektórych pacjentek, również w przypadku stosowania pessarów kostkowych.

Uzyskane wyniki należy interpretować w świetle ograniczeń badania. W badaniu nie zastosowano znormalizowanych kwestionariuszy oceny objawów ze strony układu moczowo-płciowego ze względu na brak dostępności tego rodzaju kwestionariuszy w języku węgierskim. Wynikający stąd brak szczegółowych parametrów wynikowych wpływa jednak jedynie na drugorzędowy cel badania, ponieważ jego głównym celem była ocena odsetka kontynuacji oraz ogólnego zadowolenia pacjentek, nie zaś ewentualna poprawa oceny w skali POP-Q.

Należy zauważyć, że mediana BMI była dość niska (24,2 kg/m²). Z uwagi na plan badania trudno jest wnioskować, czy fakt ten miał wpływ na powodzenie leczenia z zastosowaniem pessarów dopochwowych. Można jedynie stwierdzić, że nie istniały istotne różnice w wartościach BMI między pacjentkami, które przerwały leczenie a pacjentkami, które je kontynuowały.

Doniesienia literaturowe proponują stosowanie pessarów jako praktycznej alternatywy względem operacji chirurgicznej w postępowaniu z objawowymi zaburzeniami statyki narządu rodno, zwłaszcza w przypadku pacjentek słabo kwalifikujących się do operacji, nierodzących, lub nie wyrażających woli poddania się korekcji chirurgicznej. Jako pierwsi dokonaliśmy oceny skuteczności kostkowych pessarów pochwowych po upływie jednego roku stosowania.

Uzyskane przez nas dane wskazują, że pessary kostkowe są praktyczną alternatywą w leczeniu zaburzeń statyki narządu rodno i powinny być brane pod uwagę jako leczenie pierwszego rzutu. Stosowanie pessarów kostkowych może prowadzić do zmniejszenia wybrzuszeń pochwy, zaburzeń związanych z oddawaniem moczu oraz ucisku w miednicy/bólu krzyża.

Pochwowe pessary kostkowe nie prowadzą do pogorszenia aktywności seksualnej, a nawet mogą poprawiać funkcjonowanie w tej sferze.

Uważamy, że zademonstrowanie pacjentce sposobu prawidłowego użytkowania pessarów może prowadzić do zwiększenia autonomii pacjentki oraz, co najważniejsze, również jej motywacji do kontynuacji leczenia. Większość pacjentek uczestniczących w niniejszym badaniu oceniła stosowanie pessarów jako „bardzo łatwe” lub „łatwe” (85,5%). W naszej opinii jest to bardzo istotne, jako że stanowi dowód, że samodzielne stosowanie pessarów kostkowych nie jest tak trudne, jak to uprzednio postulowano.

Inną istotną obserwacją jest fakt, że około 20% pacjentek było zmuszonych do zmiany pessara na mniejszy w ciągu jednego roku stosowania. Wskazuje to na zmniejszenie objętości pochwy. Według nas, konieczność zmiany pessara na mniejszy jest oznaką poprawy anatomicznej. Poprawa taka może być podobna do zmniejszenia stopnia w klasyfikacji POP-Q.

Samodzielnie stosowana terapia z użyciem pessarów kostkowych wydaje się być prostym, oszczędnym i skutecznym sposobem leczenia wypadania pochwy, nawet w dłuższym horyzoncie czasowym. Ponadto, metoda ta charakteryzuje się bardzo dużym bezpieczeństwem, jako że w trakcie naszego badania nie stwierdziliśmy żadnych powikłań ani niebezpiecznych działań niepożądanych.

Referencje

1. Chaliha C (2009) Postpartum pelvic floor trauma. *Curr Opin Obstet Gynecol* 21:474–479
2. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD (2007) Pelvic organ prolapse. *Lancet* 369:1027–1038
3. Machin SE, Mukhopadhyay S (2011) Pelvic organ prolapse: review of the aetiology, presentation, diagnosis and management. *Menopause Int* 17:132–136
4. Kapoor DS, Thakar R, Sultan AH, Oliver R (2009) Conservative versus surgical management of prolapse: what dictates patient choice? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 20:1157–1161
5. Oliver R, Thakar R, Sultan AH (2011) The history and usage of the vaginal pessary: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 156:125–130
6. Cundiff GW, Weidner AC, Visco AG, Bump RC, Addison WA (2000) A survey of pessary use by members of the American Urogynecologic Society. *Obstet Gynecol* 95:931–935
7. Pott-Grinstein E, Newcomer JR (2001) Gynecologists' patterns of prescribing pessaries. *J Reprod Med* 46:205–208
8. Handa VL, Jones M (2002) Do pessaries prevent the progression of pelvic organ prolapse? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 13:349–352
9. Adams E, Thomson A, Maher C, Hagen S (2004) Mechanical devices for pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2:CD004010
10. Komesu YM, Rogers RG, Rode MA, Craig EC, Gallegos KA, Montoya AR, Swartz CD (2007) Pelvic floor symptom changes in pessary users. *Am J Obstet Gynecol* 197:620.e1–620.e6
11. Lone F, Thakar R, Sultan AH, Karamalis G (2011) A 5-year prospective study of vaginal pessary use for pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet* 114:56–59
12. Fernando RJ, Thakar R, Sultan AH, Shah SM, Jones PW (2006) Effect of vaginal pessaries on symptoms associated with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 108:93–99
13. Weber AM, Richter HE (2005) Pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 106:615–634
14. Atnip SD (2009) Pessary use and management for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol Clin North Am* 36:541–563
15. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN, International Urogynecological Association; International Continence Society (2010) An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 29:4–20
16. Bai SW, Yoon BS, Kwon JY, Shin JS, Kim SK, Park KH (2005) Survey of the characteristics and satisfaction degree of the patients using a pessary. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 16:182–186
17. Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL (2004) Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women who were fitted successfully with a pessary for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 190:1025–1029
18. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L (2010) Validation of the Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) for urogenital prolapse. *Int Urogynecol J* 21:523–528
19. Lamers BH, Broekman BM, Milani AL (2011) Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. *Int Urogynecol J* 22:637–644
20. Nager CW, Richter HE, Nygaard I, Paraiso MF, Wu JM, Kenton K, Atnip SD, Spino C, Pelvic Floor Disorders Network (PFDN) (2009) Incontinence pessaries: size, POPQ measures, and successful fitting. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 20:1023–1028
21. Maito JM, Quam ZA, Craig E, Danner KA, Rogers RG (2006) Predictors of successful pessary fitting and continued use in a nurse-midwifery pessary clinic. *J Midwifery Womens Health* 51:78–84
22. Mutone MF, Terry C, Hale DS, Benson JT (2005) Factors which influence the short-term success of pessary management of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 193:89–94
23. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH, Oliver RS (2011) Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 22:273–278
24. Sarma S, Ying T, Moore KH (2009) Long-term vaginal ring pessary use: discontinuation rates and adverse events. *BJOG* 116:1715–1721
25. Kuhn A, Bapst D, Stadlmayr W, Vits K, Mueller MD (2009) Sexual and organ function in patients with symptomatic prolapse: are pessaries helpful? *Fertil Steril* 91:1914–1918
26. Nemeth Z, Ott J (2011) Complete recovery of severe postpartum genital prolapse after conservative treatment—a case report. *Int Urogynecol J* 22:1467–1469
27. Jones K, Yang L, Lowder JL, Meyn L, Ellison R, Zyczynski HM, Moalli P, Lee T (2008) Effect of pessary use on genital hiatus measurements in women with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 112:630–636