doi:10. 16118/j. 1008 - 0392. 2018. 06. 002

盆底疾病专题·指南解读

2017 年 AUA/SUFU 手术治疗女性压力性尿失禁指南解读

李怀芳, 宋思蕊, 初 磊
(同济大学附属同济医院妇产科,上海 200065)

【摘要】 压力性尿失禁(stress urinary incontinence, SUI)是女性常见病,手术是中重度 SUI 的有效治疗方式。美国泌尿学会(AUA)与尿动力学、女性盆底医学和泌尿生殖道重建学会(SUFU)整理和分析了最新循证医学证据,共同制定了 SUI 的手术治疗指南,指导 SUI 的临床诊治。

【关键词】压力性尿失禁; 手术; 指南解读; 循证医学
【中图分类号】R713 【文献标志码】A 【文章编号】1008 - 0392(2018)06 - 0005 - 03

Interpretation of AUA/SUFU Guideline on Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence 2017

LI Huai-fang, *SONG Si-rui*, *CHU Lei*
(Dept. of Gynecology and Obstetrics, Tongji Hospital, Tongji University, Shanghai 200065, China)

【Abstract】 Stress urinary incontinence(SUI) is a common problem suffered from by many women, and surgery is an effective therapeutic method for severe SUI. The American Urological Association (AUA) and Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction(SUFU) collected and sorted the latest clinical research evidences, jointly updated the guideline for surgical treatment of SUI in 2017. This article interprets this latest guideline and its application in the treatment of SUI.

【Key words】 stress urinary incontinence; surgery; guideline interpretation; evidence-based medicine

压力性尿失禁(stress urinary incontinence, SUI)是一种女性的常见病,表现为喷嚏、咳嗽、大笑或运动等腹压增高时出现尿液不自主漏出。超过 50% 的女性有不同程度 SUI[1-2]。SUI 不仅对患者的生活质量产生了明显的影响[3-5],也一定程度上限制了患者朋友和家人的日常生活。越来越多的患者寻求治疗以改善症状、提高生活质量,因此,SUI 已成为重要的公共卫生问题。

随着压力性尿失禁的治疗方法不断发展,2015 年美国妇产科医师学会(American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG)和美国泌尿妇科协会(American Urogynecologic Society, AUGS)共同制定了女性尿失禁实践公告(ACOG Practice Bulletin No. 155: Urinary Incontinence in Women)[6]。2017 年,中华医学会也推出了自己的尿失禁实践指南[7],同年,美国泌尿学会(American Urological Association, AUA)与尿动力学、女性盆底医学和泌尿生殖道重建学会(Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction, SUFU)重新收集和评价了 SUI 治疗的最新循证医学证据,

收稿日期:2018 - 07 - 08
基金项目:上海市卫计委项目(201840304)
作者简介:李怀芳(1961—),女,教授,主任医师.E-mail:huaifangli@126.com

共同制定了女性压力性尿失禁的手术治疗循证指南[8]。这项指南总结了从 2005 年 1 月到 2015 年 12 月发表的文献,相关证据等级被分为 A(高),B(中),C(低),意见分为强烈推荐,中等推荐及有条件的推荐。缺乏充足证据时,则依据临床原则和专家建议。

该指南从以下几个方面对压力性尿失禁治疗提出指导建议。

1　患者评估

对需要手术治疗的单纯性 SUI 患者进行初步评估时,应该包含病史,包括对症状的评估及对患者的受困扰程度的评估。评估包括 6 个方面: 病史、问卷/量表、压力试验、棉签试验、尿垫试验及尿动力学检测。补充评估包括尿液检查、盆腔检查、脱垂评估、膀胱镜检查、残余尿量和排尿日记。病史对压力性尿失禁有一定诊断价值,但不能仅凭病史诊断 SUI。体格检查,包括盆底检查和在膀胱适度充盈的情况下客观评估尿失禁表现。研究表明,诱发试验诊断 SUI 的特异度和灵敏度均较高。因为 SUI 可不合并尿道活动度过大,因此,棉签试验阳性对诊断压力性尿失禁并没有太多价值[9],该项试验不被推荐用于诊断压力性尿失禁。而尿垫试验虽然能够确定尿失禁,但不能区别尿失禁的类型。明确 SUI 诊断的必要条件是: 压力试验阳性,腹压增加时(比如在咳嗽时或做 Valsalva 动作时)尿道口无意识漏尿;若仰卧位时无漏尿,应在站立位重复试验以助诊断;一旦腹压下降,尿流应同时减弱。可采取任何一种评估方法进行残余尿评估。在该指南中强调了 SUI 对患者困扰程度是制定治疗策略的重要依据。

复杂性 SUI 病例可能合并存在其他异常,如尿道憩室、膀胱收缩功能障碍等。对于这类患者,抗尿失禁手术失败率较高,甚至加重病情,因此需要全面而准确的术前检查来指导实施正确的手术。该指南指出下列情况的 SUI 患者应进行额外评估: 基于症状及初步评估不能做出明确的诊断,无法证明为 SUI;有确诊或疑似的神经源性下尿路功能障碍;尿常规异常,如无法解释的血尿或脓尿;以尿急为主要症状的混合性尿失禁;有临床意义的膀胱残余尿增加;对于合并严重的盆腔脏器脱垂(POP-Q 3 度及以上)的患者在盆腔脏器回复到正常位置后无 SUI 的表现者;有明显的排尿障碍症状或体征;伴随膀胱过度活动综合征;曾行尿失禁手术治疗或治疗失败;曾行盆腔器官脱垂手术治疗。

2　膀胱镜和尿动力学检查

依据指南收录的文献研究结果,尿动力学检查并不能提高抗尿失禁手术的成功率,因此不作为常规性术前检查(条件推荐,证据等级: B 级),这一点与其他指南一致,对于非 SUI 患者可行尿动力学检查以鉴别区分。同样,术前评估时,也不需要常规行膀胱镜检查。需要说明的是,该指南只建议术前无需常规行膀胱镜检查,而没有讨论术中膀胱镜检查的必要性,对于经耻骨后尿道中段悬吊术,由于其发生膀胱损伤的风险较高,术中应该常规行膀胱镜检查,以及时发现和处理膀胱损伤。

3　患者咨询

虽然抗尿失禁手术具有很高的成功率,并且严重并发症的发生率也远低于盆底重建手术,但近年来各个指南中均强调了术前患者充分咨询的重要性。SUI 影响患者生活质量,但通常并不威胁患者的生命,因此,本指南提出 SUI 症状对患者的影响程度应作为手术指征之一(专家意见),对于存在 SUI 症状,但主观影响度较小的患者,则应该考虑非手术治疗。治疗前应充分告知患者治疗的风险、受益和备选方案,任何干预方案治疗的首要目标都是提高生活质量。对于 SUI 或以 SUI 为主的混合性尿失禁并且有治疗需求的患者,应提供以下几种治疗方案给患者选择: 观察;盆底肌肉训练(±生物反馈);其他非手术治疗(如子宫托);手术治疗。医师应告知患者所选治疗方式可能存在的并发症,在选择人工合成网片尿道中段悬吊术前,医师应向患者充分告知网片及其他治疗方案的利弊(临床原则)。

4　治　　疗

对于有手术指征的 SUI 患者,指南建议医师提供以下选择: 尿道中段悬吊(合成材料)、耻骨阴道自体筋膜悬吊、Burch 手术、填充剂(强烈建议,证据等级: A 级)。对于选择尿道中段悬吊术的患者,医师应提供耻骨后或经闭孔尿道中段悬吊(中等推荐,证据等级: A 级)。而单切口尿道中段网片悬吊

手术有效性及安全性证据尚不充分(条件推荐,证据等级：B级)。meta分析[10]表明,单切口吊带术后尿失禁持续存在风险是耻骨后尿道悬吊术的2倍。在尿道中段网片悬吊手术中,若尿道出现意外损伤,不应继续置入网片(临床原则)。在生物材料方面,该指南认为自体筋膜的耻骨阴道悬吊术(pubovaginal sling, PVS)是一种有效的治疗方法,但特别指出,猪皮和尸体筋膜替代自体筋膜已被证实效果较差[11]。另外,指南认为虽然干细胞治疗尿失禁可能是一种未来的选择,但目前没有足够的数据支持这一疗法(专家意见)。药物治疗被认为对SUI无效,仅能改善急迫性尿失禁症状,因此,在本指南中未将其列为治疗方案。

5　特殊病例的处理

对于尿道固有括约肌缺陷型(intrinsic sphincter deficiency, ISD)SUI,该指南认为可以向患者提供耻骨阴道悬吊术、耻骨后尿道中段悬吊或尿道填充物(专家建议)。耻骨尿道悬吊术治疗ISD型尿失禁其实存在争议,在其他的一些指南中没有推荐这一术式,而尿道周围填充术存在需要反复注射的问题,因此,耻骨后尿道中段悬吊可能是一种更容易被临床接受的治疗方法。对于同时行尿道憩室切除术、尿道阴道瘘修补或尿道网片取出的SUI患者不应再行人工合成材料尿道中段悬吊(临床原则)。对于有伤口愈合不良风险的患者(如接受放疗,有明显瘢痕形成,软组织质量差),医师应坚决避免使用网片(专家建议)。对于同时存在盆腔器官脱垂和SUI的患者,行盆底重建手术时是否需要同时行抗尿失禁手术一直是临床争议的焦点,抗尿失禁手术能够减少术后SUI的发生率,但也会增加手术相关并发症风险,指南中建议医师同患者进行充分沟通,共同决定是否行抗尿失禁手术。这类患者的手术方式选择方面,医师可行任意一种尿失禁手术,例如尿道中段悬吊术、耻骨阴道悬吊术、Burch手术(条件推荐,证据等级C级)。有神经源性疾病影响下尿路功能(神经源性膀胱)的SUI患者,在行手术治疗前,应进行详细的相关科室会诊和准确的评估(专家建议)。对于某些特殊情况的患者(有生育要求、糖尿病、肥胖症、老年人),在经过详细的咨询和准确的评估后,除其他悬吊方式外,医师可提供人工合成材料尿道中段悬吊(专家建议)。

6　预后评估

医师在手术后应早期与患者交流以评估其是否有任何严重的排尿问题、疼痛或其他未预期的情况。若患者有其中任何一种症状,应行详细检查(专家建议)。术后6个月对患者进行复查,对于有任何不良预后的患者应额外复查。随访时应当评估和记录患者的主观评价,应询问患者尿失禁症状、用力排尿有无缓解,近期有无尿路感染、疼痛、性功能状况及新发或加重的膀胱过度活动症状。检查时应该进行包括所有手术操作部位在内的全身体格检查以评估伤口愈合情况,有无触痛,网片有无暴露(应用人工合成网片悬吊时)及其他潜在的不良事件,可以采用标准化问卷(如PGI-I)来评估患者的残余尿[12]。

本指南对SUI的临床治疗实践有较好的指导意义,但由于高质量的文献有限,因此许多观点证据等级较低,期望今后通过开展更多的高质量临床研究加以明确。

【参考文献】

[1] HUNSKAAR S, LOSE G, SYKES D, et al. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries[J]. BJU Int, 2004, 93(3): 324－330.

[2] COYNE K S, SEXTON C C, THOMPSON C L, et al. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the epidemiology of LUTS(EpiLUTS) study[J]. BJU Int, 2009, 104(3): 352－360.

[3] NYGAARD C C, SCHREINER L, MORSCH T P, et al. Urinary incontinence and quality of life in female patients with obesity[J]. Rev Bras Ginecol Obstet, 2018, 40(9): 534－539.

[4] MCKENZIE S, WATSON T, THOMPSON J, et al. Stress urinary incontinence is highly prevalent in recreationally active women attending gyms or exercise classes[J]. Int Urogynecol J, 2016, 27(8): 1175－1184.

[5] 梁俊华,靳霞,冯威,等.度洛西汀治疗女性盆底网片重建术后慢性盆腔疼痛的疗效[J].同济大学学报(医学版),2016,37(2): 74－77.

(下转第29页)

[12] SIVASLIOGLU A A, DEMIR B, DOLEN Y, et al. Residents performance in transobturator tape procedures for stress urinary incontinence[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2007, 134(2): 259 - 261.

[13] ITO H, YAMANAKA H, HAGIWARA M, et al. Efficacy of tension-free vaginal tape compared with transobturator tape in the treatment of stress urinary incontinence in women: analysis of learning curve, perioperative changes of voiding function[J]. BMC Urol, 2011, 11 - 13.

[14] MONTERA R, PLOTTI F, RICCIARDI R, et al. Learning curves of a resident surgeon performing transobturator tape procedures for stress urinary incontinence[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2016, 134(3): 345 - 349.

[15] 梁俊华,靳霞,冯威,等.度洛西汀治疗女性盆底网片重建术后慢性盆腔疼痛的疗效[J].同济大学学报(医学版),2016,37(2): 74 - 77.

[16] SERATI M, BOGANI G, BRAGA A, et al. Is there a learning curve for the TVT-O procedure? A prospective single-surgeon study of 372 consecutive cases[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2015,186: 85 - 90.

(上接第 7 页)

[6] Committee on Practice bulletins—Gynecology and the American Urogynecologic Society. ACOG practice bulletin No. 155: urinary incontinence in women[J]. Obstet Gynecol, 2015, 126(5): e66 - 81.

[7] 中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组.女性压力性尿失禁诊断和治疗指南(2017)[J].中华妇产科杂志,2017,52(5): 289 - 293.

[8] KOBASHI K C, ALBO M E, DMOCHOWSKI R R, et al. Surgical treatment of female stress urinary incontinence: AUA/SUFU guideline[J]. J Urol, 2017, 198(4): 875 - 883.

[9] HOLROYD-LEDUC J M, TANNENBAUM C, THORPE K E, et al. What type of urinary incontinence does this woman have? [J] JAMA, 2008,299(12): 1446 - 1456.

[10] NAMBIAR A, CODY J D, JEFFERY S T, et al. Single-incision sling operations for urinary incontinence in women[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2017, 7: CD008709.

[11] FAN Y, HUANG Z, YU D. Incontinence-specific quality of life measures used in trials of sling procedures for female stress urinary incontinence: a meta-analysis[J]. Int Urol Nephrol, 2015,47(8): 1277 - 1295.

[12] BJELIC-RADISIC V, DORFER M, TAMUSSINO K, et al. The Incontinence Outcome Questionnaire: an instrument for assessing patient-reported outcomes after surgery for stress urinary incontinence[J]. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 2007,18(10): 1139 - 1149.