

Powikłania po leczeniu operacyjnym nietrzymania moczu

Lek. med. Ewelina Malanowska

Klinika Ginekologii, Endokrynologii i Onkologii Ginekologicznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego

Strach przed leczeniem operacyjnym często oddała pacjentkę od podjęcia decyzji o zabiegu. Niekiedy zupełnie niepotrzebnie. Leczenie operacyjne może oczywiście wiązać się z licznymi powikłaniami, o których każda pacjentka powinna wiedzieć. Tylko uzyskanie rzetelnej wiedzy na temat powikłań związanych z daną procedurą operacyjną pozwala pacjentce pomóc podjąć dobrą dla niej decyzję. Dobrze poinformowany pacjent podejmuje świadomą decyzję o operacji, zdając sobie sprawę z czasem nieprzewidzianych jej konsekwencji.

Współczesne metody leczenia nietrzymania moczu charakteryzują się wysoką skutecznością. Obecnie najbardziej popularne są taśmy podcewkowe, tzw. slingi. Skuteczność leczenia operacyjnego tą metodą według piśmiennictwa wynosi nawet do 80 proc.

W kwietniu 2019 roku amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków wydała rozporządzenie, które zabrania stosowania siatek polipropylenowych w leczeniu zaburzeń statyki narządu rodnego. W związku z tym wiele firm wycofało swoje produkty z rynku. Przyczyniło się to do niepokoju pacjentek, które przestały decydować się na zabieg założenia taśmy. Zupełnie błędnie, gdyż FDA nie wypowiedziała się negatywnie na temat stosowania taśm w przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu lub siatek umieszczonych przezbrzusnie w operacjach zaburzeń statyki. Mimo to niektóre kraje, jak Nowa Zelandia, Australia, czy Wielka Brytania, zrezygnowały z ich zastosowania.

Choć zabieg założenia taśmy na pierwszy rzut oka wydaje się prosty, to wymaga od operatora doświadczenia i precyzji w jego wykonaniu. Technika zakładania taśmy podcewkowej „tension free”, oznacza beznapięciowe jej założenie. Nieprzestrzeganie tej zasady prowadzić może do wystąpienia najczęstszego powikłania, jakim jest zaleganie moczu po mikcji.

Wczesne i późne powikłania operacji

Wyróżniamy wczesne i późne powikłania leczenia operacyjnego. Do powikłań wczesnych zakładania taśm podcewkowych zaliczamy między innymi:

- krwawienia,
- krwiaki,
- perforację cewki moczowej,
- perforację pęcherza moczowego,
- infekcje dróg moczowych,
- śródoperacyjnie mogą również ulec uszkodzeniu naczynia, nerwy, jelito.

A powikłania funkcjonalne, które mogą pojawić się zarówno w pierwszych dniach po leczeniu operacyjnym, jak i po kilku tygodniach od zabiegu, to:

- zaleganie moczu po mikcji lub
- występowanie parć nagłych „de novo”.

Większość krwiaków śródoperacyjnych ulega resorpcji po kilku dniach od zabiegu. Niekiedy jednak większe zmiany wymagają rewizji rany i ewakuacji krwiaka. Konieczność chirurgicznej ewakuacji krwiaka z przestrzeni załonowej Retziusa jest jednak sytuacją rzadką.

Inne powikłania, to:

- ropnie okolicy załonowej,
- ropnie krocza,
- martwica powięzi.

Wymagają one terapii antybiotykowej i ewentualnie drenażu chirurgicznego.

Ryzyko wystąpienia powikłań po założeniu taśm

Wyróżniamy dwa rodzaje taśm: TVT (ang. tension free vaginal tape, taśma załonowa) i TOT (ang. trans obturator tape, taśma przezzałonowa). Ryzyko wystąpienia powikłań wynosi w przypadku taśmy TVT od 4 do 75 proc., a w przypadku TOT - od 10 do 30 proc.

W procedurze założenia taśmy TVT stosuje się igłę-prowadnicę, przy pomocy której przeprowadzana jest taśma podcewkowa w kierunku przestrzeni załonowej. Dlatego niekiedy z założeniem TVT wiąże się możliwość uszkodzenia dużych naczyń, powstania krwiaka załonowego czy też perforacja pęcherza moczowego. Aby zmniejszyć ryzyko powstania powikłań tego zabiegu, stworzono alternatywę w postaci przezzałonowej taśmy TOT, której ramiona wyprowadzane są w okolicy pachwin. Zastosowanie tej procedury zmniejszyło ryzyko wystąpienia powyższych powikłań, ale przyczyniło się do powstania nowych, np. dolegliwości bólowych w okolicy pachwin, zaburzeń czucia skóry w okolicy pachwin i uda (tzw. neuropatia nerwu sromowego). Przebicie pęcherza moczowego jest powikłaniem śródoperacyjnym, które jest opisywane jako typowe po założeniu taśmy. Dla taśmy TVT jest to powikłanie, które występuje w około 2 proc. przypadków, w porównaniu do taśmy TOT, gdzie odsetek ten wynosi 0,3 proc. Perforacja pęcherza zwykle nie wymaga żadnej dalszej terapii, z wyjątkiem utrzymywania cewnika przez około 7 dni. Powikłania operacji taśm podcewkowych wiążą się w przypadku zalegania moczu z możliwością przerywanego cewnikowania przez pacjentkę czy też pozostawienia przez pewien okres czasu cewnika nadłonowego. Pozosta-

wienie cewnika dopęcherzowego w przypadku perforacji ściany pęcherza moczowego należy do standardowej procedury w takich sytuacjach. Należy o takiej możliwości pacjentkę poinformować. Jeśli przyczyną zatrzymania moczu jest nadmiernie napięta taśma, można wykonać przezpochwowe przecięcie taśmy.

W przypadku wystąpienia parć naglących po zabiegu należy na wstępie wykluczyć możliwość zakażenia dróg moczowych lub rzadko występujące powikłanie w postaci wewnątrzpęcherzowego położenia taśmy. Doustne leki antymuskarynowe nie leczą przyczyny wystąpienia tych objawów. A najczęściej przyczyną parć naglących po zabiegu jest nieprawidłowo położona taśma podcewkowa. Powikłania późne to erozje taśmy, czyli ścieńczenie śluzówki pochwy i uwidocznienie taśmy w ścianie pochwy. Erozje mogą także występować w cewce moczowej lub pęcherzu moczowym. Z tym powikłaniem mogą się wiązać uporczywe dolegliwości bólowe, ból podczas stosunku, przewlekłe infekcje pochwy. Erozja taśmy może być leczona w sposób zachowawczy lub zabiegowy. Dopochwowa terapia estrogenowa pozwala przygotować pacjentkę do zabiegu operacyjnego, a czasem i do wyleczenia. Jednak większość erozji pochwy usuwa się operacyjnie, co prowadzi niekiedy do częściowego lub całkowitego usunięcia taśmy, a za tym idzie duże prawdopodobieństwo nawrotu objawów inkontynencji - nawet do 20 proc.

Jakie są korzyści leczenia operacyjnego?

Poza opowiedzeniem o powikłaniach po leczeniu operacyjnym warto zawsze naświetlić również zalety tej procedury. Dla taśmy podcewkowej zaletą jest przede wszystkim krótki czas operacji, a tym samym krótszy czas znieczulenia i co za tym idzie, krótszy czas hospitalizacji. Mimo opisywanych powikłań, bezpieczeństwo tej procedury jest wysokie, a taśmy podcewkowe wciąż są „złotym standardem” w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu. Badania, takie jak ultrasonografia PFT (ang. pelvic floor technique), to narzędzie diagnostyczne, które może pomóc w określeniu prawidłowego położenia taśmy. W przypadku jej nieprawidłowego położenia ultrasonografia PFT może stanowić pomocne narzędzie diagnostyczne w ustaleniu przyczyny dolegliwości. Taśma położona zbyt blisko szyi pęcherza moczowego może powodować dolegliwości w postaci parć naglących, natomiast taśma położona za nisko, w pobliżu ujścia zewnętrznego cewki moczowej - zaleganie moczu. W takich przypadkach należy taśmę przeciąć lub całkowicie usunąć i zaplanować zabieg w odroczonym terminie celem ponownego jej założenia.

Najważniejszym jest, aby pacjentka w przypadku wystąpienia powikłania otrzymała profesjonalną pomoc. Wczesne zdiagnozowanie powikłań pozwala lekarzowi na szybką reakcję i ich zaopatrzenie. Wyzwaniem w praktyce lekarskiej są sytuacje, kiedy pacjentka przeszła już zabieg założenia taśmy podcewkowej, a efekt operacji jest niez-

dawalający. Wymaga to w wielu przypadkach pogłębienia diagnostyki nie tylko o badanie ultrasonograficzne, ale i urodynamiczne. Niekiedy pacjentka otrzymała propozycję kolejnego zabiegu założenia taśmy bez oceny niepowodzenia po pierwszej operacji. Znane są sytuacje, w których dwie taśmy są w tzw. kolizji i żadna z nich nie działa prawidłowo. W takich przypadkach taśmę należy usunąć, gdyż nie będzie ona spełniała swojej funkcji, a może przyczynić się do powstania dodatkowych uporczywych objawów.

W przypadku obniżenia ścian pochwy z jednoczesnym występowaniem nietrzymania moczu wykonuje się operację kolposuspensji, czyli podwieszenia ścian pochwy do więzadeł Coopera (tzw. operacja sposobem Burcha). Do operacji sposobem Burcha nie wykorzystuje się materiału syntetycznego w postaci siatki, lecz szwy o długim procesie wchłaniania. Nie jest to zabieg prosty, wymaga nie tylko dobrej znajomości struktur anatomicznych, ale i prawidłowej techniki. Uzyskanie prawidłowego położenia i napięcia szwów i związane z tym dobre uwidocznienie tkanek pochwy i pęcherza moczowego niekiedy sprawia operatorowi trudności. Najczęstsze komplikacje tego zabiegu to między innymi:

- krwiak załonowy,
- utrzymujący się krwiomocz,
- zaleganie moczu po mikcji,
- erozja szwu do pęcherza moczowego, której pierwszym objawem mogą być przewlekłe infekcje pęcherza moczowego.

Skuteczność tego zabiegu oceniana jest na 80 proc. i mimo że minęło ponad 40 lat od pierwszego opisu tej metody, jest ona wciąż efektywna i przez wielu operatorów chętnie stosowana. Jej zaletą, w porównaniu do taśm podcewkowych, jest możliwość dobrego uwidocznienia struktur anatomicznych, a podczas krwawienia szybkie jego zaopatrzenie.

Czy można zredukować ryzyko powikłań po zabiegu?

Celem uniknięcia pojawienia się powikłań leczenia operacyjnego nietrzymania moczu ważne jest określenie indywidualnych czynników ryzyka, a także dobra kwalifikacja pacjentki do operacji. W przypadku pacjentek z otyłością, po licznych operacjach w obrębie jamy brzusznej, po cięciach cesarskich, ryzyko wystąpienia powikłań śródoperacyjnych jest wyższe.

Do każdej pacjentki trzeba podejść indywidualnie. Dobór odpowiedniego zabiegu operacyjnego leży w gestii lekarza. Nie tylko znajomość symptomatyki, ale i anatomii oraz doświadczenie operatora są wymagane celem udzielenia dobrej konsultacji.

Aby uzyskać oczekiwany efekt operacyjny, pacjentka powinna udać się do specjalistycznego ośrodka, który wykonuje operacje leczenia nietrzymania moczu. Od tego w dużej mierze zależy ostateczny efekt operacji.

Piśmiennictwo u Autorki.