

Iniekcje okołocewkowe w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet

Dr n. med. Piotr Dobroński

Katedra i Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie



idealna substancja do iniekcji okołocewkowych powinna być łatwo dostępna, tania, nie mieć własności antygenowych, uczulających, toksycznych, kancerogennych, nie powinna migrować, powinna być dobrze tolerowana przez tkanki (bezpieczna), być łatwo wstrzykiwalna, dawać dobry wynik wczesny i odległy. Żadna z obecnie dostępnych substancji nie spełnia tych wszystkich wymogów. Próby wstrzykiwania substancji wywołujących włóknienie w okolicę podcewkową w leczeniu nietrzymania moczu zostały podjęte w końcu lat 30-tych XX wieku. Niestety stosowane w tym celu substancje (np. parafina) powodowały bliznowacenie o nieprzewidywalnym zasięgu. Inne substancje, jak np. autologiczna krew miały bardzo niską skuteczność. W latach 70-tych zaczęto stosować pastę teflonową (politetrafluoroetylen PTFE, Polytetef). Ze względu na migrację cząstek teflonu i powstawanie ziarniaków w odległych narządach (wątroba, płuca, ośrodkowy układ nerwowy), poszukiwano lepszego materiału do wstrzyknięć. Przełom stanowiło wprowadzenie zawiesiny kolagenu wołowego o wiązaniach krzyżowych (Contigen) pod koniec lat 80-tych. Kolagen był najszerzej stosowanym materiałem, jednak ze względu na to, że jest dla człowieka białkiem obcogatunkowym, może powodować uczulenia. W 1989 r. doniesiono o zastosowaniu taniej i łatwo dostępnej autologicznej tkanki tłuszczowej. Wyniki jej zastosowania były jednak złe. Poszukiwanie idealnego materiału w latach 90-tych zaowocowało wprowadzeniem mikroim-

plantów z gumy silikonowej (Macroplastique) i kopolimeru dekstranomeru z kwasem hialuronowym (Zuidex). W 2000 r. po raz pierwszy zastosowano pirolitycznie pokrywane węglem mikrogranulki z tlenku cyrkonu (Durasphere). Jednym z najnowszych materiałów jest kopolimer fluoru alkoholu etyleno-winylowego (Uryx, Tegress)

Zabieg podania materiału wstrzykiwalnego nie znajduje się na liście zabiegów kontraktowanych przez NFZ, a materiały wstrzykiwalne nie są refundowane.

W latach 90-tych stosowano krótko system mikrobalonów (Urovive) zastąpiony przez balony o regulowanej objętości (ACT, Adjustable Continence Technique, ProACT), co umożliwia optymalizację efektu leczniczego. Implantuje się 2 balony poprzez małe nacięcia tkanek kroczca, a regulację ich objętości przeprowadza się dodając lub ujmując wypełniający je płyn poprzez nakłuwalne zastawki.

Zaletą iniekcji okołocewkowych jest ich minimalna inwazyjność, możliwość wykonania zabiegu w znieczuleniu miejscowym w warunkach ambulatoryjnych i możliwość powtarzania zabiegu. Podstawową wadą jest ich niska skuteczność odległa. Tylko około połowy leczonych uzyskuje dobry

efekt po jednym wstrzyknięciu. Najczęściej stosowany i najlepiej zbadany kolagen wołowy dla utrzymania kontynencji podawany jest co 3-36 miesięcy. Za inne wady iniekcji uważa się trudną do przewidzenia konieczną ilość materiału i niebezpieczeństwo stosowania materiału allo- lub ksenogenicznego. W Polsce problem stanowi dostępność środków do wstrzyknięć. Każdy jest praktycznie sprowadzany indywidualnie, gdyż dystrybutorzy nie mają ich w stałej ofercie dla naszego kraju.

Wskazania

Iniekcje okołocewkowe stosowane są w typie III (ISD, intrinsic sphincter deficiency) wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet. Można je także stosować z współistniejącą z typem III nadmierną ruchomością cewki i szyi pęcherza (typ anatomiczny, typ II). Oba typy współistnieją w 30-60% przypadków kobiet z wysiłkowym NTM. Typ III najczęściej spowodowany jest odnervieniem pooperacyjnym, zwłóknieniem tkanek okołocewkowych po przebytych operacjach, radioterapii czy urazach oraz pomenopauzalnym zanikiem tkanek.

Iniekcje mogą być stosowane jako uzupełnienie leczenia po uprzednim leczeniu zabiegowym, które nie zakończyło się wyleczeniem. Celem jest uzyskanie dalszej poprawy kontynencji. Przeciwwskazaniami do zabiegu wstrzyknięcia są: czyste nietrzymanie moczu z parcia, aktywne zakażenie dróg moczowych i nadwrażliwość na wstrzykiwaną substancję.

Technika zabiegu

Zabieg wykonuje się w znieczuleniu miejscowym przez cystoskop. Iniekcję wykonuje się podając materiał przez cewkę podśluzówkowo tuż pod szyją pęcherza moczowego. Iglę można wprowadzić na dwa sposoby: przezcewkowo przez kanał roboczy cystoskopu lub okołocewkowo, bocznie od cystoskopu. Ilość materiału wstrzykiwanego zależy od jego rodzaju i wynosi kilka do 20 ml. Na ogół wykonuje się wstrzyknięcie na godzinie 9 i 3, czasem dodatkowo na godzinie 6 i/lub 12. Należy uzyskać uwypuklenie śluzówki cewki do linii środkowej po każdej ze stron. Substancja uszczelniająca musi być podana podśluzówkowo i tam pozostać. Jej wyciek do światła dróg moczowych (przez uszkodzenie śluzówki lub miejsce po igle) prowadzi do nieskuteczności zabiegu.

Obecnie do podawania 2 najpopularniejszych materiałów (Zuidex i Macroplastique), stosowane są aplikatory pozwalające na iniekcje bez użycia cystoskopu.

Wstrzyknięcia balonów okołocewkowych są szczególnie wymagające technicznie. ACT i ProACT stosowane są także w nawrotowym NTM oraz u mężczyzn. Za-