

# Kontrowersje wokół operacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu

dr n. med. Grzegorz Surkont, dr n. med. Edyta Właźlak, prof. dr hab. med. Jacek Suzin (Kierownik Kliniki)  
I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Zdaniem prof. B. Jacquetin współczesny uroginekolog stoi przed dylematem czy stosować sztuczne materiały, bardzo nowoczesne, ale nie idealne, czy stosować tkanki własne pacjentki, które są niepełnowartościowe.

Przeglądając artykuły w bazie medline, z internetu oraz w czasopismach i gazetach można odnieść wrażenie, że dużą grupę uroginekologów opanowała niemalże historyczna euforia w zakresie stosowania najprzeróżniejszych

włączonych do praktyki klinicznej, stwarzają ogromne ryzyko wywołania szkód u poszczególnych pacjentów lub pozbawienia ich istotnych korzyści. Jako klinicyści musimy zachować czujność, aby zrównoważyć osobiste uprzedzenia z obiektywnymi danymi, ponieważ naszym myśleniem i nauczaniem jesteśmy zobowiązani przynosić pacjentom korzyści, a nie szkodę. Musimy zawsze zajmować jak najbardziej słuszne, sprawiedliwe i wyważone

doniesień dotycząca odległych wyników leczenia nowymi metodami operacyjnymi (np. TVT, IVS, Sparc) nie pozwala określić, która z nich jest najkorzystniejsza. Mogą występować duże różnice pomiędzy różnymi taśmami i systemami ich zakładania w zakresie skuteczności i odsetka powikłań. Konieczne jest także uzyskanie odległych wyników klinicznych w różnych podgrupach chorych, takich jak kobiety z ISD (ang. intrinsic sphincter deficiency - niewydolność wewnętrznego zwieracza pochwy) lub/i nadmierną ruchomością cewki. Należy zwrócić uwagę, że pomimo całkowitego wyparcia kolposuspensji w niektórych ośrodkach uroginekologicznych na świecie, Cochrane Collaboration Group nadal uważa zabieg metodą Burcha za „złoty standard” w operacyjnym leczeniu WNM. W wielu ośrodkach uroginekologicznych operacja sposobem Burcha jest nadal często wykonywanym zabiegiem. Jednocześnie należy podkreślić, że pomimo braku odległych wyników, nowe generacje taśm podcewkowych stanowią rewolucyjny postęp w operacyjnym leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu. Natomiast naszym zdaniem zbyt mało posiadamy danych na temat taśm, by uznać, że operacja sposobem Burcha jest już tylko zabiegiem historycznym. W naszym ośrodku jest to nadal najczęściej wykonywany zabieg u kobiet z WNM oraz z „ukrytym” nietrzymaniem moczu\*.



taśm podcewkowych oraz różnych sposobów ich zakładania. Natomiast wydaje się nam, że w obecnej dobie bardzo aktualne są przemyslenia prof. L. Speroffa, które pojawiły się w związku z emocjonalną i polityczną reakcją na badanie WHI. Ostatnio stwierdził on, że wielokrotnie słuchał mówców przedstawiających publiczności wyniki badania, które były zgodne z założonymi tezami, jednak bez wymaganych przedziałów ufności. W związku z tym wnioski nie miały istotności statystycznej. Wnioski niemające podstaw, które zostaną

stanowisko - a na to potrzeba czasu. Wydaje się nam, że obecny moment jest dobry do obiektywnego spojrzenia na miejsce kolposuspensji sposobem Burcha oraz taśm podcewkowych we współczesnej uroginekologii. Zdaniem B. Bemmelmansa i C. Chapple wskazana jest ostrożność przy zastępowaniu dotychczasowych sposobów operowania nowymi metodami, dla których wyniki powyżej 5 lat są ograniczone. Dla określenia trwałości rozmaitych systemów z użyciem taśm konieczne są badania z długotrwałą obserwacją. Niewielka ilość

## Wskazania do kolposuspensji sposobem Burcha

Poniżej wymienione zostały kluczowe zasady, które obowiązują w naszym ośrodku przy kwalifikowaniu pacjentek do zabiegu sposobem Burcha.

1. Podstawowym wskazaniem do kolposuspensji jest WNM II i III stopnia występujące u kobiet z odpowiednią ruchomością pochwy (przede wszystkim przy uszkodzeniu bocznym), gdzie technicznie możliwa jest naprawa czynnościowego i anatomicznego defektu.
2. Podczas operacji brzusznej wykonywanej z innych powodów niż WNM, gdy stwierdzamy współistniejące uszkodzenie boczne i WNM lub objawy niestabilności pęcherza moczowego wywołane anatomicznym uszkodzeniem, po zamknięciu otrzewnej przyszywamy pochwę do więzadła Coopera.

3. W przypadkach występowania parć nagłych, mogących mieć związek z uszkodzeniami anatomicznymi, przedoperacyjny test z pesarem (imitujący efekt kolposuspensji) jest pomocny w doborze odpowiedniego sposobu leczenia.
4. U pacjentek z niskimi wartościami maksymalnego ciśnienia zamknięcia cewki (MUCP poniżej 20 cm H<sub>2</sub>O), czyli z niewydolnością zwieracza zewnętrznego cewki moczowej, skuteczność kolposuspensji jest niska.
5. W przypadku nietrzymania moczu występującego po stosunku, gdy stwierdzamy uszkodzenie boczne pochwy, zalecamy operację sposobem Burcha.
6. U kobiet operowanych z powodu zaburzeń statyki narządu płciowego z objawami „ukrytego” nietrzymania moczu i uszkodzeniem bocznym poszerzamy zakres zabiegu o kolposuspensję.
7. Ze względu na brak odległych, 10-20-letnich wyników z dużą ostrożnością podchodzimy do zakładania sztucznych taśm u młodych kobiet, przed 40-50 rokiem życia - preferujemy u nich wykonywanie kolposuspensji.

W naszym ośrodku u kobiet z objawami WNM oraz „ukrytego” nietrzymania moczu wykonaliśmy ponad 400 kolposuspensji (około 80% operacji) oraz ponad 100 zabiegów z użyciem taśm beznapięciowych TVT lub IVS (około 20% operacji). Okres obserwacji tych pacjentek wynosi od 3 miesięcy do 3 lat. Wyniki naszych analiz można podsumować tak, że powyższe zasady kwalifikowania do zabiegu metodą Burcha pozwalają na uzyskanie dobrych wyników w zakresie skuteczności i niskiego odsetka powikłań zarówno w stosunku do kolposuspensji, jak i do operacji z użyciem TVT lub IVS.

## Podsumowanie

Analizy dotyczące powikłań po kolposuspensji pochodzące z różnych ośrodków sugerują występowanie dużych różnic w technice operacyjnej. Już proste porównanie średniego czasu trwania operacji, który wynosi według różnych autorów, od 132 do 30 minut, wskazuje na istotne odrębności. Petri opisuje, że wykonał ponad 250 reoperacji u pacjentek poddanych zabiegowi metodą Burcha w różnych szpitalach w Niemczech. W ponad 90% przypadków były to jakieś rodzaje podwieszenia pochwy, ale na pewno nie sposobem Burcha. Podczas brytyjskich, randomizowanych analiz porównujących kolposuspensję z TVT przeprowadzono ujednoczenie techniki zakładania taśmy podcewkowej przez uczestników badania. Nie dokonano natomiast standaryzacji wykonywania kolposuspensji. Odmienne postąpienie podczas niemieckich, prospektywnych, randomizowanych badań porównujących kolposuspensję i TVT, gdzie analizowano wyniki operacji przeprowadzonych przez

osoby, które wykonały w swoim życiu po minimum 50 zabiegów metodą Burcha i TVT. Te różnice metodyczne mogą być przyczyną uzyskania odmiennych wyników. Podczas brytyjskich obserwacji krótkoterminowych stwierdzono nieco lepsze wyniki po TVT. Materiał niemiecki wskazuje na bardzo podobne efekty kolposuspensji i TVT. Koelbl i wsp. wykluczyli z obserwacji pacjentki ze znacznym uszkodzeniem bocznym, traktując je jako wskazanie tylko do kolposuspensji. Randomizacja i porównanie efektów dotyczyło kobiet z miernym obniżeniem ścian pochwy (niepublikowane dane).

Ogólnie można podsumować, że dostępne dane wskazują na to, że otwarta kolposuspensja jest zabiegiem dającym wysoką skuteczność terapeutyczną, zarówno krótko-, jak i długoterminową (10-20-letnią), przy niskim ryzy-

ku wystąpienia powikłań. Po roku odsetek kobiet trzymających mocznicy wynosi 85-90%. Po 5 latach około 70% kobiet nie popuszcza moczu. Dlatego, gdy są wskazania, zabieg ten powinien być wykonywany. Natomiast naszym zdaniem celowe byłoby dążenie do unifikacji techniki wykonywania kolposuspensji.

*\*Ukryte nietrzymanie moczu - u niektórych pacjentek obniżenie przedniej ściany pochwy paradoksalnie powoduje brak występowania objawów WNM w związku z zalaniem cewki. Jeżeli naprawiamy zaburzenia statyki przedniej ściany pochwy u tych pacjentek, to po udanej operacji pojawiają się objawy WNM. W związku z tym wszystkie przypadki zaburzeń cystocele u pacjentek bez objawów NTM powinny być zdiagnozowane w kierunku ukrytego wysiłkowego NTM. Pozwala to na jednoczesne zastosowanie operacji leczącej WNM.*

I Katedra Ginekologii i Położnictwa  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne  
Seksja Diagnostyki i Terapii Płodu  
Seksja Dydaktyki

Zaprasza na:

# II Sympozjum

## Postępy w diagnostyce i terapii w położnictwie i ginekologii

oraz

Kurs położniczy „Hot topics in fetal medicine“

(40 pkt sekcji USG PTG)

prof. Kypros Nicolaides  
Fetal Medicine Foundation - London, UK

## 6-8.X.2005

Wykładowcy zagraniczni:

Położnictwo - prof. K. Nicolaides, prof. J. Deutinger,  
Ginekologia - prof. E. Petri, prof. M. Whitehead

Organizator:

I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
94-029 Łódź, ul. Wileńska 37, tel./fax.: (+48) 42 - 686 04 71  
e-mail: [advances@csk.umed.lodz.pl](mailto:advances@csk.umed.lodz.pl)

Udział w konferencji premiowany jest:

16 PUNKTAMI EDUKACYJNYMI Akademii Kształcenia Podyplomowego PTG  
akredytacja NRL

oraz 40 Punktami akredytacyjnymi Sekcji USG PTG

INFORMACJE BIEŻĄCE NA STRONIE: [www.umed.lodz.pl/advances](http://www.umed.lodz.pl/advances)