

Kontrowersje wokół operacyjnego leczenia zaburzeń statyki narządu płciowego u kobiet

dr Grzegorz Surkont, dr Edyta Włazlak, prof. Jacek Suzin, Poradnia Uroginekologiczna - Klinika Ginekologii i Onkologii Ginekologicznej
I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Jacek Suzin

Nietrzymaniu moczu u kobiet mogą towarzyszyć zaburzenia statyki narządu płciowego kobiet (ang. pelvic organ prolapse - POP), które są definiowane jako obniżenia narządów miednicy prowadzące do wysuwania się pochwy i/lub szyjki macicy. POP nie obejmuje wypadania odbytnicy i może być widoczne w spoczynku. Zwykle powiększa się podczas wzrostu ciśnienia wewnątrzbrzuszego, na przykład podczas zwykłej aktywności życia codziennego. POP może występować bez objawów nietrzymania moczu.

Nie dysponujemy dokładnymi danymi, które określałyby częstość występowania wypadania narządów płciowych u kobiet. Ogólnie można powiedzieć, że POP nie należy do rzadkości. Zaburzenia statyki narządu płciowego są jedną z najczęstszych przyczyn operacji u kobiet. Pomimo iż większość (około 85%) przypadków POP nie wymaga korekcji zabiegowej, ryzyko życiowe poddania się operacji z powodu wypadania narządów płciowych wynosi od około 7% do około 14%. Częstość wykonywania zabiegów zwiększa się z wiekiem. Najczęściej są one wykonywane u kobiet około 60-70 roku życia.

Wskazania do leczenia

Podstawowym wskazaniem do leczenia operacyjnego POP jest występowanie objawów. Wśród nich najczęściej wymienia się: uczucie ciągnięcia, ciężkości i/lub bólu w podbrzuszu, nietrzymanie moczu i/lub stolca, nawrotowe dolegliwości pęcherzowe między innymi parcia na pęcherz, często-mocz, trudności w oddawaniu moczu i/lub stolca, konieczność wprowadzenia macicy do pochwy w celu oddania moczu, ograniczenia czynności seksualnych.

Zaburzenia statyki narządu płciowego mogą dotyczyć różnych elementów anatomicznych. Do dokładnego określenia rodzajów i wielkości uszkodzeń służy opracowany przez ICS (International Continence Society) test POP-Q. Większość zaburzeń nie daje dolegliwości, dlatego nie musi być leczona operacyjnie. Zaawansowane obniżenie (III i IV stopień wg ICS), oprócz objawowego POP, traktowane jest jako wskazanie do zabiegu.

Techniki operacyjne

Dotychczas opisano wiele technik operacyjnych oraz ich modyfikacji, służących do korekcji zaburzeń statyki narządu płciowego u kobiet. Zaliczamy do nich specyficzne odmiany np. przezpochwową



operację przez otwór zasłonięty lub zabieg z wykorzystaniem laparoskopii. Natomiast istnieją tylko dwie drogi operacyjne: z dostępu brzuszego lub pochwowego. Większość specjalistów jest zgodna, że lekarze wykonujący zabiegi korygujące zaburzenia statyki narządu płciowego u kobiet powinny posiadać umiejętności wykonywania różnych zabiegów. Uważają oni, że koncepcja „jedna operacja jest dobra dla wszystkich” jest błędna. Zdaniem prof. B. Jacquetin (Francja) współczesny uroginekolog stoi przed dylematem czy stosować sztuczne materiały, bardzo nowoczesne, ale nie idealne czy stosować tkanki własne pacjentki, które są niepełnowartościowe. W naszym ośrodku materiały syntetyczne stosowane są do korekcji zaburzeń statyki narządu płciowego u kobiet z nawrotowym POP.

Według Browna i wsp. (2002) oraz Boyles i wsp. (2003) 80-90% operacji korygujących POP w Stanach Zjednoczonych było wykonanych przez pochwę. Jednym z powodów była między innymi preferencja lekarzy.

Do operacyjnego leczenia enterocoele (wypadanie środkowej części pochwy) obecnie najczęściej wykorzystuje się zabieg przezpochwowej kolposakrofikacji sposobem Richtera (przysycie pochwy do okolicy kości krzyżowej). Znanych jest wiele modyfikacji tego zabiegu. Natomiast niewiele mamy danych na temat powikłań występujących podczas tej operacji. Uszkodzenia naczyń i nerwów biegnących w pobliżu więzadła kolcowo-krzyżowego oraz przetoka odbytniczo-pochwowa należą do naj-

częściej cytowanych. Źródłem krwawienia mogą być naczynia sromowe, pośladowe dolne oraz splot żylny odbytniczy. Pomimo preparowania w odpowiednich miejscach, może dochodzić do niewielkich, mięsistych krwawień. W związku z tym, zgodnie z techniką stosowaną przez prof. E. Petriego (Niemcy), w naszym ośrodku w szczycie pochwy wykonujemy nacięcie ukośne. Ten fragment pochwy pozostawiamy niezszyty. Umożliwia to wypływanie krwi (mniejsze ryzyko powstania krwiaka i ropnia) oraz ułatwia kontrolę wielkości krwawienia. Podwójne podkucie więzadła krzyżowo-kolcowego wykonujemy po dokładnym uwidocznieniu go. Zmniejsza to ryzyko założenia nici w nieodpowiednim miejscu, w tym zbyt głębokiej penetracji. Może ona spowodować uszkodzenie naczyń i nerwów. Pierwsze wkłucie dokonywane jest powierzchownie, następne po podciągnięciu nitki głębiej. Wzrokowa kontrola ułatwia precyzyjne zakładanie szwów. Do pokucia więzadła, naszym zdaniem, nie jest konieczne posiadanie specjalnego oprzyrządowania. Wystarczające jest zastosowanie standardowego imadła. Wielu specjalistów wykorzystuje do zabiegów podobne narzędzia i podobną technikę. Niektórzy ginekolodzy stosują specjalne, czasami drogie, narzędzia np. miya hook, nerve hook.

Większość autorów jest zgodna, że w dniu dzisiejszym nie dysponujemy odpowiednimi danymi na temat optymalnego wyboru drogi operacji. Względne wskazania do zabiegu z dostępu brzuszego to: operacja brzuszna z powodu zmian w ob-

rębie miednicy mniejszej (guzów, mięśniaków), koniecznych do usunięcia tą drogą lub prawdopodobieństwo dużych, rozległych, płaszczyznowych zrostów w obrębie przepony moczowo-płciowej. Dodatkowo należy brać pod uwagę wiek pacjentki, jej masę, preferencje lekarza i jego doświadczenie. Brzuszna sakrokolpopexja (przyszycie pochwy do kości krzyżowej) jest zaliczana do najskuteczniejszych operacji w leczeniu enterocoele. Istnieje wiele modyfikacji tego zabiegu. W naszym szpitalu stosujemy technikę prof. E. Petriego z Niemiec. Polega ona na przyszyciu taśmy do promontorium (kości krzyżowej) oraz obszczeniu jej w kształcie litery C po uprzednim uwidocznieniu moczowodu. Ta technika pozwala na zminimalizowanie najczęściej cytowanych powikłań pod postacią: krwawienia, podwiązania moczowodu, niedrożności mechanicznej jelit. Nie ma natomiast ona wpływu na częstość występowania reakcji na taśmę.

Analiza operacji

Benson i wsp. podczas randomizowanych badań dotyczących porównania różnych operacji wykonywanych drogą brzuszną i pochwową stwierdzili, że zabieg z dostępu brzuszego dawał bardziej optymalne wyniki w okresie 1-5,5 roku (średni okres obserwacji 2,5 roku). Różnice nie były istotne statystycznie. Porównanie wyników dotyczących zadowolenia pacjentek, niepowodzeń oraz odsetka reoperacji tylko sugerowały uzyskiwanie lepszych efektów z dostępu brzuszego. Badania przedwcześnie przerwano ze względu na różnice pomiędzy liczebnością obserwowanych grup pacjentek. Dokładna analiza wykonanych operacji przez pochwę i przez brzuch sugeruje, że różnice mogą nie mieć związku z drogą operacji, lecz z konkretnym rodzajem wykonanego zabiegu. Zastosowanie podwieszenia do więzadła kolcowo-krzyżowego przez pochwę zwiększa odsetek nawrotów w obrębie przedniej i środkowej części pochwy, natomiast brzuszna sakrokolpopexja w obrębie tylnej ściany pochwy. Na podstawie wyników, niestety, niezbyt licznych badań można stwierdzić, że operacje brzuszne obarczone są większym ryzykiem powikłań. Pomiedzy operacjami występują również różnice w zakresie przebiegu pooperacyjnego. Dłuższy czas cewnikowania, częstsze występowanie infekcji dróg moczowych oraz bolesne współżycie Benson i wsp. stwierdzali u kobiet operowanych przez pochwę. U pacjentek po operacjach brzusznych częściej wy-

stępowały istotne powikłania (po wykluczeniu infekcji dróg moczowych), czas operacji był dłuższy, a koszty zabiegu wyższe. Wyniki badań Mahera i wsp. wskazują na podobne rezultaty brzusznej krzyżowej kolpopexji i jednostronnego krzyżowo-kolcowego podwieszenia pochwy. Sugerują anatomiczną wyższość operacji brzusznej. Zabieg przez pochwę trwał krócej (76 min. vs. 106 min.), umożliwiał szybszy powrót do aktywnego życia (25,7 dni vs. 34 dni). Podczas obserwacji trwających średnio 6-12 miesięcy Benson stwierdził, że droga brzuszna i pochwową jest tak samo efektywna w subiektywnych, obiektywnych i ocenianych przez pacjentki parametrach. Częstość reoperacji z powodu zaburzeń statyki narządu płciowego lub nietrzymania moczu były podobne w obu grupach. Droga pochwową była szybsza, tańsza i umożliwiała szybszy powrót do aktywności życiowej.

Ukryte NTM

Według różnych autorów ukryte nietrzymanie moczu występuje u 30-80% pacjentek z zaburzeniami statyki narządu płciowego w zakresie przedniej części pochwy. Jest wynikiem zagięcia cewki pod wpływem cystocoele (wysuwania się przedniej ściany pochwy). Powoduje to, że pacjentka, u której występuje wysiłkowe nietrzymanie moczu, nie odczuwa tych objawów. Efektem jest pojawienie się de novo objawów wysiłkowego NTM u wielu kobiet po operacjach korygujących cystocoele. Wykrycie ukrytego nietrzymania moczu przed operacją jest możliwe po dokładnym zebraaniu wywiadu, wykonaniu szczegółowego badania uroginologicznego i urodynamicznego. W tych przypadkach należy, naszym zdaniem, równocześnie wykonać korekcję POP i zabieg leczący wysiłkowe NTM. Takie postępowanie zmniejsza częstość występowania wysiłkowego nietrzymania moczu de novo po operacjach korygujących POP do kilku procent.

Wielu autorów podaje, że ponad 50% pacjentek z POP poddawanych jest ponad jednemu zabiegowi podczas operacji. Łączenie zabiegów korygujących zaburzenia statyki narządu płciowego oraz leczących nietrzymanie moczu budzi obecnie kontrowersje. Jedni specjaliści uważają, że jest to wskazane. Inni wykonują w pierwszym etapie korekcję POP, a w drugim dopiero leczą ewentualnie objawy wnm. Nie jest dokładnie określone, który zabieg leczący wnm jest najlepszy do zastosowania wraz z korekcją POP. Dostępne dane są skąpe, dotyczą

niewielkiej liczby pacjentek i krótkiego okresu obserwacji. Podczas obserwacji pacjentek poddanych operacji w naszym ośrodku nie stwierdziliśmy negatywnych następstw jednoczesnego wykonania zabiegów korygujących zaburzenia statyki narządu płciowego i operacji leczących nietrzymanie moczu: kolposuspensji (podniesienia pochwy) sposobem Burcha oraz z użyciem taśmy IVS dla przebiegu operacji i wczesnego okresu pooperacyjnego.

Wnioski

Podsumowując znane wyniki badań można stwierdzić, że efekty leczenia z dostępu brzuszego i pochwowego prawdopodobnie są podobne: dobre, ale nie stuprocentowe. Ze względu na nawroty po operacjach korygujących POP naukowcy poszukują nowych materiałów protezujących, jak i lepszych technik operacyjnych. Przykładem takich rozwiązań są taśmy zakładane w celu korekcji cystocoele, rectocoele oraz enterocoele (wysuwania części przedniej, środkowej i tylnej pochwy), zakładane przez otwór zasłonięty i/lub wyprowadzane przez skórę pośladków. Wstępne obserwacje efektów tych operacji są bardzo obiecujące. Zabiegi charakteryzują się niskim odsetkiem powikłań i wysoką skutecznością. Wadą jest krótki okres obserwacji. Wobec bardzo korzystnych rezultatów, pomimo niepełnej wiedzy na temat wieloletnich rezultatów, należy spodziewać się coraz szerszego stosowania nowoczesnych materiałów protezujących i nowych dróg ich zakładania do korekcji POP. Zwłaszcza w przypadkach nawrotów.

W zakresie zaburzeń statyki narządu płciowego u kobiet w dniu dzisiejszym nie dysponujemy dokładnym rozgraniczeniem pomiędzy miernym obniżeniem a normą. Nie posiadamy zakresów normy w zależności od wieku. Na przykład stopień II POP według ICS jest często obserwowany po porodzie drogami natury. Nie dysponujemy ewidentnymi danymi dotyczącymi skuteczności likwidacji objawów łączonych z POP po operacyjnej korekcji zaburzeń statyki narządu płciowego. Po zabiegach występują nawroty. Nie jest dokładnie określone jak często. Biorąc pod uwagę naszą wiedzę i niewiedzę podczas kwalifikowania pacjentek należy zwracać uwagę na wiele elementów oraz dążyć do pełnej indywidualizacji. Zarówno starsze techniki operacyjne, jak i nowe zabiegi powinny być stosowane we współczesnej uroginologii do korekcji POP.

Telefon do specjalisty - 0801 800 038

Infolinia NTM - telefoniczny poradnik Programu Społecznego „NTM - Normalnie Żyć” dla osób z problemem nietrzymania moczu - oferuje od stycznia 2006 roku rozszerzoną pomoc: telefoniczne dyżury lekarzy.

Porad udzielają specjaliści w dziedzinie NTM - dr Piotr Dobroński oraz dr Piotr Radziszewski z Kliniki Urologii Akademii Medycznej w Warszawie. Dyżury odbywają się kilka razy w miesiącu, a szczegółowy harmonogram na najbliższy okres można znaleźć na stronie internetowej www.ntm.pl lub kontaktując się bezpośrednio z infolinią.

Poza dyżurami lekarzy infolinię obsługują przeszkoleni konsultanci. Infolinia działa w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 20.00. Koszt połączenia (niezależnie od długości rozmowy) to 0,29zł + VAT.