

Operacyjne leczenie nietrzymania moczu

dr n. med. Maciej Zbrzeźniak
Klinika Urologii CMKP w Warszawie



Leczenie zabiegowe nietrzymania moczu wykonuje się głównie u kobiet. Dotyczy to przypadków, kiedy u pacjentek występuje większe nasilenie wysiłkowego NTM (np. gubienie moczu podczas chodzenia czy bez większego wysiłku) i/lub zawiodło leczenie zachowawcze. Operacje wykonuje się również u niektórych pacjentów cierpiących na choroby neurologiczne, a także u mężczyzn z wysiłkowym NTM po zabiegach na gruczole krokowym oraz u chorych po niepowodzeniu leczenia nietrzymania moczu z parę wszystkimi metodami zachowawczymi. Obecnie operacyjne leczenie nietrzymania moczu dotyczy praktycznie prawie wyłącznie wysiłkowego nietrzymania moczu.

Decyzja

Decyzja o operacji powinna być świadomym wyborem pacjenta poinformowanego o odsetku niepowodzeń zwiększającym się w czasie, a także o możliwych powikłaniach i następstwach (przedłużające się zatrzymanie moczu, konieczność wytworzenia czasowej cystostomii lub samocewnikowania). Przed kwalifikacją do zabiegu konieczne jest wykonanie badania

urodynamicznego celem wykluczenia przeciwwskazań do operacji, a także dla wyboru odpowiedniego jej typu. Badanie ma na celu:

- * potwierdzić wysiłkowe nietrzymanie moczu wykazując ujemne ciśnienia zamknięcia cewki w profilometrii wysiłkowej i/lub określić ciśnienie w jamie brzusznej, przy którym dochodzi do bezwiednego wypływania moczu;
- * wykluczyć nadreaktywność wypieracza jako jedyną patologię (przy towarzyszącym prawdziwym nietrzymaniu moczu, nadreaktywność wypieracza o niskiej amplitudzie nie jest przeciwwskazaniem do leczenia operacyjnego);
- * wykluczyć istnienie przeszkody podpęcherzowej wykonując test przepływowo-ciśnieniowy.

Blaivas i Olsson podzielili przypadki wysiłkowego nietrzymania moczu na trzy typy. W typie I i II występuje zwiększona ruchomość szyi pęcherza moczowego i cewki. Typ III dotyczy przypadków niewydolności zwieracza wewnętrznego cewki (ISD) przy zmieniającej się pozycji szyi pęcherza i cewki. Dochodzi wtedy do bezwiednego wycieknięcia moczu przy małym wzroście ciśnienia w jamie brzusznej poniżej 60 cm H₂O.

Rodzaje zabiegów

Operacje w przypadkach zwiększonej ruchomości szyi pęcherza i cewki mają na celu odtworzenie prawidłowych stosunków anatomicznych i podwieszenie cewki i szyi pęcherza. Wprowadzenie tych struktur w obręb jamy brzusznej i ich stabilizacja pozwalają na prawidłowy rozkład ciśnień i zwiększanie ciśnienia wewnątrzcewkowego przy wzroście ciśnienia śródbrzuszego.

1. Najbardziej rozpowszechnionym zabiegiem w opisywanych przypadkach jest implantacja taśmy podcewkowej. Potoczne nazwy zabiegów pochodzą od skrótów IVS (intravaginal sling - sling przezpochwowy) lub TVT (tension-free vaginal tape - beznapięciowa taśma pochwowa). Na polskim rynku jest wiele firm, które oferują różne typy taśm podcewkowych działających na podobnej zasadzie. Implantacja taśmy podcewkowej ma na celu ustabilizowanie cewki i szyi pęcherza (wytwarza nowe więzadło pomiędzy środkowym odcinkiem cewki i spojeniem łonowym).

Taśmę wprowadza się od strony przedniej ściany pochwy poprzez nacięcie długości ok. 2 cm, przeciągając ją za spojenie łonowe prowadnicami przechodzącymi

przez dwa małe nacięcia skóry (dostęp załonowy). Do pęcherza wprowadza się cewnik, który jest usuwany w momencie, gdy chora może wstać (po kilku, kilkunastu godzinach w zależności od sposobu znieczulenia). Jeżeli chora oddaje swobodnie mocz może być zwolniona do domu. Rzadko, ale zdarzają się przejściowe problemy z opróżnianiem pęcherza wymagające przez pewien czas po operacji stosowania przerywanego cewnikowania pęcherza. Skuteczność tego typu leczenia zabiegowego jest oceniana na 75-90%, a odsetek powikłań jest niewielki. Od kilku lat stosowane jest też wprowadzanie taśm z dostępu przez otwory zasłonowe (TOT, transobturator tape). Taśma przebiega wówczas bardziej poziomo i unika się powikłań związanych z przeprowadzaniem igieł lub przewodników za spojeniem łonowym bez kontroli wzroku.

2. Z uwagi na długi okres obserwacji operowanych chorych złotym standardem leczenia zabiegowego wysiłkowego nietrzymania moczu pozostaje kolposuspensja (podwieszenie ściany pochwy) sposobem Burcha. Polega ona na podszyciu przedniej ściany pochwy za spojeniem łonowym do więzadeł pachwinowych. W wyniku tego zabiegu cewka moczowa zostaje zawieszona w hamaku tworzonym przez ścianę pochwy. Odsetek powodzeń tej operacji w obserwacji wieloletniej wynosi 80%. Dla dobrego efektu pooperacyjnego w przypadkach dobrze zakwalifikowanych od tego typu operacji wystarczy stabilizacja cewki i szyi pęcherza. W praktyce oznacza to pozostawienie przy zawiązywaniu ok. 2 cm wolnego odcinka szwu pomiędzy ścianą pochwy i więzadłem pachwinowym.

Ten rodzaj zabiegu wiąże się z wykonaniem cięcia nad spojeniem łonowym długości ok. 10-15 cm. Pobyt w szpitalu trwa zwykle 4-7 dni.

Od czasu wprowadzenia kolposuspensji laparoskopowej w 1991 roku, z uwagi na jej mniejszą inwazyjność, cieszy się ona powodzeniem. Metody laparoskopowe i otwarte mają podobny odsetek powodzeń w krótkiej paroletniej obserwacji, lecz zmniejsza się na niekorzyść laparoskopii w obserwacji powyżej 10 lat.

3. Załonowe podwieszenie szyi pęcherza zostało opisane przez Pereyra w 1959 i Stameya w 1981. Polega ono na podwieszeniu cewki na przedniej ścianie pochwy przy pomocy szwów, które są przeciągane za spojeniem łonowym przy pomocy specjalnej igły i zawiązywane pod skórą poniżej pępka. Procedury załonowe podwieszające cewkę i szyję pęcherza za przypochwia mają podobny odsetek powodzeń jak operacja Burcha. Niestety, w długoletniej obserwacji ten odsetek może znacznie się obniżyć, według niektórych opracowań nawet do 33%. Złe

odległe wyniki leczenia spowodowały zarzucenie tego typu operacji.

4. Przednia plastyka pochwy (redukcja nadmiaru przedniej ściany pochwy wraz z zeszcieniem rozstępu mięśni krocza) nie powinna być uważana za operację naprawczą w przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu. W odległej obserwacji w 79% dochodzi do nawrotu WNM w przypadkach poddanych tylko przedniej plastyce. W przypadkach wysiłkowego nietrzymania moczu i konieczności wykonania przedniej plastyki pochwy zachodzi konieczność łączenia jej z odpowiednią procedurą odtwarzającą stosunki anatomiczne szyi pęcherza i cewki.

Postępowanie zabiegowe w przypadku stwierdzenia niewydolności zwieracza wewnętrznego cewki ma na celu wytworzenie sztucznej przeszkody podpęcherzowej. Uszkodzenie zwieracza cewki nie jest proste do zdiagnozowania i jest najczęstszą przyczyną niepowodzeń w leczeniu operacyjnym wysiłkowego nietrzymania moczu.

1. Iniekcje pod śluzówkę cewki takich substancji jak teflon lub kolagen przynoszą pożądany efekt w 60% przypadków w krótkiej obserwacji. 40% chorych wymaga wtórzenia zabiegu. Zabieg może być wykonywany w znieczuleniu miejscowym i wielokrotnie powtarzany, co czyni go postępowaniem z wyboru u pacjentek w gorszym stanie ogólnym i osób w podeszłym wieku, także w przypadkach wzmoczonej ruchomości szyi pęcherza.

2. Sling podcewkowy z użyciem różnych materiałów jest wykonywany z powodzeniem od 80 lat. Materiały wykorzystywane jako podwieszenie cewki mogą być autologiczne (powięź mięśnia prostego) jak i sztuczne (siatki). Częstość powodzenia zabiegu może przekraczać 90%, ale występują częste problemy mikcyjne po zabiegu związane z trudnością dostosowania napięcia slingu. Sling podcewkowy jest uważany za zabieg wywołujący największą przeszkodę podpęcherzową. Całkowite zatrzymanie moczu występuje po tym zabiegu w 2,2-16% przypadków. Pooperacyjne trudności w opróżnianiu pęcherza występują u 12,8% pacjentek (w zakresie od 2 do 37% w zależności od opracowania). Uciążliwym powikłaniem pooperacyjnym jest także erozja cewki w miejscu podwieszenia. Powikłanie to dotyczy od 1 do 30% przypadków zależnie od używanego materiału.

Sztuczne zwieracze cewkowe są urządzeniami kosztownymi, a ich implantacja należy do skomplikowanych zabiegów. Są zarezerwowane dla przypadków wielokrotnych niepowodzeń operacji wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet i u mężczyzn z wysiłkowym NTM po zabiegach na gruncie krokowym. Sztuczny zwieracz składa

się z mankietu zakładanego na cewkę lub szyję pęcherza, zaworka zawiadującego przepompowywaniem płynu z mankietu i zbiorniczka wyrównawczego (*więcej na ten temat piszemy w osobnym artykule na stronie 10*).

Leczenie operacyjne nadreaktywności wypieracza jest rozpatrywane w przypadkach znacznie nasilonych objawów, gdy leczenie zachowawcze i farmakologiczne nie przynosi efektu, a także w przypadkach występowania i postępowania odpływu pęcherzowo-moczowodowego i/lub pogarszającej się funkcji nerek.

1. Ileocystoplastyka (powiększenie objętości pęcherza przy pomocy wstawki jelitowej) jest najczęściej wykonywanym zabiegiem chirurgicznym w nasilonej nadreaktywności wypieracza. Materiałem wykorzystywanym do plastyki jest zwykle esica lub dystalny odcinek jelita krętego. Wyleczenie nietrzymania moczu z parcia uzyskuje się w 90% przypadków. Często spotykane są trudności w opróżnianiu pęcherza i nawracające zakażenia. Samocewnikowania wymaga 25% pacjentek po tego typu operacji.

2. Autoaugmentacja pęcherza polega na przecięciu i odwarstwieniu samej śluzówki szczytu pęcherza. Pozostała śluzówka uwypuklając się powiększa objętość pęcherza.

Leczenie operacyjne nietrzymania moczu u chorych z neurologicznie uszkodzoną czynnością dolnych dróg moczowych jest uzależnione od typu tego uszkodzenia. W przypadku zaburzeń neurogennych może dochodzić do niewydolności aparatu zwieraczowego cewki moczowej lub nadreaktywności wypieracza (zmniejszenie pojemności pęcherza). W przypadku niewydolności cewki choremu można proponować implantację sztucznego zwieracza cewki (zarówno mężczyźnie jak i kobiecie). Zmniejszona pojemność pęcherza może wymagać ileocystoplastyki.

Podsumowanie

Ilość metod leczenia nietrzymania moczu świadczy o tym, że nadal poszukujemy tej najlepszej. Wydaje się, iż obecne sposoby leczenia zabiegowego wysiłkowego nietrzymania moczu wiążą się z dużym odsetkiem powodzeń i niewielką możliwością powikłań, co umożliwia coraz szersze propagowanie ich wśród kobiet z WNM.

Przed leczeniem operacyjnym nietrzymania moczu konieczne jest wykonanie badania urodynamicznego. Zaniechanie tej diagnostyki jest błędem i może prowadzić do niewłaściwego zakwalifikowania chorego do operacji, a nawet do spowodowania kalectwa pacjenta.