

Reoperacje w ginekologii a problem wysiłkowego NTM

Dr n. med. Aneta Adamiak

II Katedra i Klinika Ginekologii Operacyjnej Akademii Medycznej w Lublinie



W dniach 6-8 maja 2004 r. odbyło się w Lublinie ogólnopolskie sympozjum naukowe położników i ginekologów na temat „Reoperacje w ginekologii”. Na obradach poruszono bardzo szeroki zakres problematyki, w tym reoperacji w przypadku nawrotowej formy nietrzymania moczu u kobiet. Wykonywana przez dziesiątki lat w celu leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet plastyka przedniej ściany pochwy odznacza się bardzo małą długofalową skutecznością. W 1 roku po operacji wyleczenie uzyskiwano u 63% kobiet, a po 5 latach od zabiegu tylko 37% kobiet prawidłowo trzymało moc. Tak niska efektywność operacji jest spowodowana gorszymi właściwościami biomechanicznymi powięzi dna miednicy u kobiet dotkniętych tą dolegliwością w porównaniu do kobiet zdrowych, a technika operacyjna zakłada właśnie użycie tych tkanek do wytworzenia właściwego podparcia dla połączenia pęcherzowo-cewkowego. Pierwotnie słabe tkanki, wraz z wiekiem oraz ze spadkiem krążących estrogenów po menopauzie ciągle wiotczeją, co powoduje nawrót dolegliwości związanych z wysiłkowym NTM. Bardzo obiecującą metodą operacyjną wprowadzoną w 1995 roku przez Ulmstena i Petrosa jest operacja pętlowa z beznapięciowym podwieszeniem cewki moczowej za pomocą taśmy polipropylenowej, nazywana TVT (ang. Tension-free Vaginal Tape). Taśma ta wspornie asymiluje się z otaczającymi tkankami gospodarza, a w procesie gojenia przerasta włóknami kolagenowymi, które dają dodatkowy efekt wzmocnienia więzadeł łonowo-cewkowych odgrywających bardzo ważną rolę w mechanizmie zamykania cewki moczowej. Niedawno opublikowane wyniki 7-letniej obserwacji pacjentek po tego typu zabiegu wykazały 81,3 % wyleczeń, przy czym dodatkowe 16,3 % kobiet odczuły poprawę w porównaniu do stanu przed operacją. Biorąc pod uwagę fakt, że na wizytach kontrolnych po roku, 3 i 5 latach od operacji w tej samej grupie pacjentek odsetek wyleczeń wynosił odpowiednio 91%, 86% i 84,7% można wnioskować, że zabieg TVT jest nie tylko bardzo skuteczny w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet, lecz również, co bardzo ważne, efekt jego jest trwały.

Co zaproponować pacjentkom

Jednakże niemal każdy z doświadczonych badaczy zgłasza pewien procent kobiet, u których zabieg pętlowy z zastosowaniem taśmy polipropylenowej (TVT, IVS) nie przyniósł żadnej poprawy. Odsetek niepowodzeń waha się od 1-10% w różnym materiale. Niepowodzenie tego typu zabiegu jest nadal dużym wyzwaniem dla lekarzy. Co zaproponować pacjentkom w takim przypadku? - nadal pozostaje otwartym pytaniem.

W literaturze opisano dosłownie kilka przypadków postępowania po niepowodzeniu operacji TVT. W publikacjach tych autorzy proponują założenie drugiej taśmy, lub odpreparowanie pierwotnie założonej taśmy i skrócenie jej poprzez „splikowanie”. Na podstawie jednak tak małej liczby przypadków nie można wyciągnąć żadnych wiążących wniosków.

Podczas lubelskiego sympozjum „Reoperacje w ginekologii” odpowiedzi na powyższe pytanie starali się udzielić profesorem: Tomasz Rechberger i Artur Jakimiuk z II Katedry i Kliniki Ginekologii Akademii Medycznej w Lublinie przy ul. Jaczewskiego 8. Pracownicy w/w Kliniki posiadają bardzo duże doświadczenie w leczeniu problemów uroginekologicznych u kobiet. W przypadku niepowodzenia operacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu zaproponowali oni operację pętlową z pozostawieniem możliwości regulacji taśmy po zabiegu, kiedy pacjentka może normalnie współpracować z lekarzem i sprawdzić, czy podczas kaszlu, kichania, kucania, czy chodzenia po schodach, trzymanie moczu jest prawidłowe. Zaproponowany zabieg jest modyfikacją operacji IVS. Zauważono bowiem, że polipropylenowa taśma IVS różni się od taśmy TVT sposobem splecenia włókien, co warunkuje ich zupełnie odmienne właściwości biomechaniczne. Siatka TVT jest elastyczna i pokryta plastikową osłonką ze względu na brzegi zahaczające się w otaczających ją tkankach. Siatka IVS jest gładka oraz cechuje się ograniczoną elastycznością, nie można jej więc nadmiernie rozciągnąć i nie ma obawy, że się podkurczy wracając do pierwotnego kształtu. Odkrycie tych różnic między taśmami nasunęło pomysł użycia taśmy IVS w leczeniu niepowodzeń zabiegów pętlo-

wych imitując w pewien sposób działanie systemu Remeex, który ze względu na bardzo wysoką cenę nie cieszy się szerokim zastosowaniem w Polsce. Gładkość taśmy IVS oraz jej ograniczona elastyczność pozwalają, przy zastosowaniu odpowiednich zabezpieczeń, na regulację jej położenia po operacji, aż do uzyskania pozycji najbardziej odpowiedniej dla indywidualnych wymagań pacjenta. Tego typu zabieg przeprowadzono w II Katedrze i Klinice Ginekologii AM w Lublinie już u 26 pacjentek, u których istniało ryzyko niepowodzenia operacji pętlowej. Do tego typu zabiegu zakwalifikowano więc kobiety z nawrotową formą nietrzymania moczu (po nieskutecznych wcześniejszych operacjach), lub pacjentki, u których w badaniu urodynamicznym stwierdzono niewydolność zwieracza wewnętrznego cewki moczowej (ISD - Intrinsic Sphincter Deficiency), a także kobiety w wieku 70 lat lub powyżej. W tak zdefiniowanej grupie wysokiego ryzyka po 6 miesiącach od operacji odsetek całkowitych wyleczeń sięgał 73,1%, a poprawę odnotowano dodatkowo u 15,4% kobiet. Jest to obiecująca skuteczność, przy prostej i nadal minimalnie inwazyjnej technice operacyjnej.

W aspekcie minimalizacji śródoperacyjnych i pooperacyjnych powikłań bardzo ciekawą opcją chirurgiczną jest zakładanie taśmy polipropylenowej pod środkowy odcinek cewki moczowej przez otwory zasłonowe pacjentek, tzw. TOT (ang. Trans Obturator Tape).

Tak przeprowadzony zabieg nie wymaga kontroli cystoskopowej, ponieważ uszkodzenia pęcherza, czy cewki moczowej jest minimalne. Operacja ta nie powinna również powodować nadmiernej kompresji cewki moczowej, co wiąże się z minimalizacją problemów pojawiających się przy oddawaniu moczu po założonych slingach (TVT, IVS). Na ocenę skuteczności operacji TOT w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet jest jednak za wcześnie.



Nowy lek

Uczestnicy sympozjum z dużym zacięciem i nadzieją przyjęli także zapowiedź nowego leku na rynku polskim, który ma mieć zastosowanie w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet o lekkim i średnim nasileniu. Lek ten o nazwie generycznej duloksetyna być może jeszcze w tym roku będzie dostępny dla naszych pacjentek. Mechanizm jego działania polega na hamowaniu wchłaniania zwrotnego serotoniny i noradrenaliny w synapsach jądra Onufa rdzenia kręgowego, co z kolei powoduje pobudzenie włókien nerwowych wychodzących z tego jądra i uwalnianie acetylocholino w płycie nerwowo-mięśniowej zwieracza cewki moczowej. W ten sposób zwiększa on ok. 8-krotnie aktywność zwieracza cewki moczowej i podwyższa ciśnienie zamykające cewkę moczową. Ostatnio opublikowane bardzo ciekawe badanie o zastosowaniu duloksetyny u pacjentek oczekujących na zabieg operacyjny wykazało, że po zastosowaniu leku 20% kobiet zrezygnowało z planowanego zabiegu, ponieważ efektywność leczenia była ich zdaniem zadowalająca.

Podsumowując należy podkreślić, że największa szansa sukcesu terapeutycznego w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu wiąże się z pierwszym zabiegiem chirurgicznym proponowanym pacjentce. Każda konieczność reoperacji obarczona jest już dużym ryzykiem niepowodzenia.

Wykonywana przez dziesiątki lat w celu leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet plastyka przedniej ściany pochwy odznacza się bardzo małą długofalową skutecznością.