

Skuteczność operacyjnego leczenia NTM - porównanie różnych metod

DR N. MED. ALEKSANDRA BARTUZI, DR N. MED. KONRAD FUTYMA, PROF. DR HAB. N. MED. TOMASZ RECHBERGER

II KATEDRA I KLINIKA GINEKOLOGII UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W LUBLINIE



Wysiłkowe nietrzymanie moczu dotyczy 10 - 60% kobiet w zależności od wieku, stanu hormonalnego, liczby porodów, przebytych operacji, masy ciała i innych czynników ryzyka. Po wykluczeniu przyczyn NTM mieszczących się w akronimie DIAPPERS, leczenie powinno rozpoczynać się od metod zachowawczych (ćwiczenia Kegla, trening pęcherza, biofeedback, ciężarki dopochwowe) i dopiero w przypadku braku poprawy należy zastosować leczenie zabiegowe. W literaturze opisano dotychczas około 200 metod operacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu (NTM).

Najczęściej wykonywanym zabiegiem, przed erą operacji wykorzystujących syntetyczne materiały protezujące (slingi podcew-

kowe) była plastyka przedniej ściany pochwy (klasyczna operacja Kellego) w różnych modyfikacjach. Z przeglądu 8 badań dotyczących skuteczności leczenia NTM metodą plastyki przedniej w porównaniu z operacją Burcha wynika, że plastyka przednia była skuteczna po roku tylko w 59% w stosunku do 83% efektywności kolposuspensji. Analiza 1088 przypadków zastosowania plastyki przedniej w leczeniu NTM u kobiet wykazała skuteczność tej metody w zakresie od 47% do 72% w obserwacji krótkoterminowej, przy wzroście wskaźnika niepowodzeń wraz z upływem czasu. Dlatego też plastyka przedniej ściany pochwy nie jest aktualnie rekomendowana jako metoda leczenia NTM.

Kolejnym typem operacji wykonywanej w przypadku NTM była kolposuspensja

sposobem Marshall - Marchetti - Krantz (MMK). Jej skuteczność została potwierdzona licznymi badaniami, w których odsetek wyleczeń wynosił 64%. Najczęściej występującym powikłaniem przy zastosowaniu tej metody było zapalenie okostnej spojony łonowej, które dotyczy około 2,5% kobiet. Z kolei operacja metodą Burcha, od czasu wprowadzenia w 1961 roku do połowy lat 90-tych, była najskuteczniejszą metodą leczenia NTM. W długoterminowych obserwacjach odsetek wyleczeń wynosił średnio 70%. Analiza porównawcza obejmująca 2403 kobiety opublikowana w roku 2003 wykazała zdecydowanie niższy odsetek niepowodzeń tej metody w porównaniu z plastyką przednią i zabiegami igłowymi po 5 latach obserwacji. Natomiast badania porównujące skuteczność



zabiegu Burcha z zabiegami slingowymi nie wykazały istotnej różnicy w efektywności klinicznej. W innych badaniach wykazano mniejszy wskaźnik niepowodzeń operacji Burcha w porównaniu z zabiegiem MMK. Dlatego też ta technika kolposuspensji jest również w chwili obecnej jedną z polecanych metod leczenia NTM. Wprowadzona w 1990 roku laparoskopowa modyfikacja operacji Burcha jest metodą mniej inwazyjną, skraca czas hospitalizacji i rekonwalescencji oraz wiąże się z mniejszym nasileniem bólu w okresie pooperacyjnym, przy porównywalnej efektywności obu zabiegów. (Red.: Jednak wg większości badań wyniki odległe laparoskopowej operacji Burcha są gorsze niż otwartej.)

Iniekcje okołocewkowe (autologicznej tkanki tłuszczowej, kolagenu, silikonu, teflonu) stosowane są w przypadku cewki niskociśnieniowej i w przypadku niepowodzenia innych metod leczenia. Wskaźnik wyleczeń waha się od 7% - 83% i maleje z czasem (Red.: skuteczność KAŻDEJ metody operacyjnej spada z upływem czasu) w związku z czym (3) istnieje konieczność powtarzania wstrzyknięć. (Red.: Konieczność ponawiania iniekcji wynika także, a może przede wszystkim, z faktu braku identycznego efektu (wyleczenie) przy zastosowaniu tej samej objętości materiału wstrzykniętego u różnych

pacjentów. Po uzyskaniu jedynie poprawy w 2, a czasem i 3 etapie leczenia pierwotnego „dostrzykuje” się kolejną „porcję“.) Nie ma randomizowanych badań porównujących tą metodę do metod chirurgicznych.

Zabiegi slingowe polegają na podwieszeniu środkowego odcinka cewki moczowej, przy pomocy autologicznych, ksenogenicznych lub syntetycznych materiałów. Zaproponowana przez Ulmstena i wsp. w roku 1996 operacja TVT (tension free vaginal tape) stała się złotym standardem w leczeniu NTM ze względu na prostotę wykonania i wysoką skuteczność, przy stosunkowo krótkiej krzywej uczenia i niskim odsetku istotnych powikłań (1-7%). Skuteczność tej metody w licznych badaniach oceniono na 74% - 85%. Do powikłań występujących najczęściej po tego typu zabiegach należy zaliczyć uszkodzenie pęcherza moczowego, krwawienie, zatrzymanie moczu oraz występowanie de novo objawów charakterystycznych dla pęcherza nadreaktywnego. Randomizowane badanie porównujące TVT z operacją Burcha w dwuletniej obserwacji wykazało, że odsetek wyleczeń wynosi odpowiednio 63% i 51%. W 2001 roku Delorme opisał technikę umieszczania syntetycznej taśmy pod cewką moczową przeprowadzaną z dostępu przez otwory zasłonię

W dwóch opublikowanych badaniach krótkoterminowe wyniki wskazują na 91% - 94% skuteczność tej metody. W licznych badaniach porównujących dostęp przeżasłonowy i załonowy wykazano podobny wskaźnik skuteczności. Nie ma dotychczas wystarczających dowodów na wyższość jednej z metod nad drugą. Częściej występujące uszkodzenie pęcherza moczowego w czasie wykonywania TVT powoduje, że coraz częściej stosowana jest technika TOT.

Najnowszymi i najmniej inwazyjnymi metodami operacyjnymi w leczeniu NTM są minisystemy takie jak np. TVT Secure, TFS czy MiniArc. Ich zaletą jest zmniejszenie zakresu preparatyki tkanek okołopochwowych i eliminacja ryzyka związanego z przeprowadzaniem prowadnic przez przestrzeń załonową lub otwory zasłonię. Ponadto mogą być wykonywane w znieczuleniu miejscowym co znacznie zmniejsza koszty postępowania operacyjnego. Ich rzeczywistą przydatność kliniczną będzie można ocenić po upływie kilku lat wraz ze zdobywaniem dalszych doświadczeń.

Reasumując w chwili obecnej zalecanymi metodami operacyjnymi w leczeniu NTM u kobiet są slingi podcewkowe oraz kolposuspensja sposobem Burcha