

Skuteczność taśm w leczeniu wysiłkowego NTM

Prof. dr hab. Tomasz Rechberger

Kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii AM w Lublinie

Wysiłkowe nietrzymanie moczu, ze względu na częstość występowania uważane jest za zdrowotny problem społeczny. Negatywny wpływ na wszystkie aspekty codziennego życia, zarówno zawodowego jak też rodzinnego, powoduje, że ciągle trwają poszukiwania jak najbardziej efektywnych, a jednocześnie prostych metod leczenia tej uciążliwej dolegliwości. Aktualnie obowiązujący uproszczony algorytm postępowania u pacjentek cierpiących na wysiłkowe NTM obejmuje leczenie zachowawcze (ćwiczenia mięśni dna miednicy w skojarzeniu z miejscowym stosowaniem terapii estrogenowej), leczenie farmakologiczne (duloksetyna, niedostępna w Polsce w sprzedaży) i wreszcie postępowanie operacyjne.

Pomimo istnienia różnych opcji terapeutycznych minimalna inwazyjność i wysoka skuteczność nowoczesnych technik chirurgicznych powoduje, że aktualnie w zdecydowanej większości przypadków jest to technika z wyboru w leczeniu (szczególnie cięższych klinicznie postaci) wysiłkowego NTM u kobiet. Przez wiele lat kolposuspensja sposobem Burcha pozostawała złotym standardem w chirurgicznym leczeniu wysiłkowego NTM. Była i jest to metoda u ustalonej wysokiej, sięgającej prawie 90% skuteczności, ale dość trudna technicznie i wymagająca dość długiej krzywej uczenia. Wprowadzenie techniki slingu załonowego stanowiło rewolucję w leczeniu wysiłkowego NTM u kobiet. Niezwykła prostota zabiegu, krótka krzywa uczenia i przede wszystkim praktycznie brak technicznych możliwości modyfikacji techniki oryginalnej powodowały, że niezależnie od ośrodka wyniki były porównywalne. Kolejnym krokiem milowym, pozwalającym na dalszą redukcję powikłań okołozabiegowych było wprowadzenie techniki wprowadzania taśmy polipropylenowej pod środkowy odcinek cewki moczowej przez otwory zasłonięte. Porównanie aspektów technicznych obu technik przedstawiono w tabeli.

Meschia i wsp. w badaniu wielośrodkowym porównali efektywność kliniczną dwóch powszechnie stosowanych, także w Polsce, metod operacyjnego leczenia wysiłkowego NTM, a mianowicieTVT i IVS-02, a więc technik leczących wysiłkowe NTM poprzez załonowe wprowadzanie taśmy. Generalnie obie techniki chirurgiczne prawie się nie różnią, zaś jedynie istotną różnicą jest rodzaj taśmy polipropylenowej wprowadzanej pod cewkę moczową - w przypadkuTVT jest to taśma monofilamentowa (typ I), zaś przy IVS-02 taśma multifilamentowa (typ III), przy

czym istotna różnica dotyczy tutaj elastyczności taśmy oraz średnicy przestrzeni pomiędzy włóknami polipropylenu.

W badaniu przeanalizowano efektywność obu metod u 190 pacjentek z potwierdzonym urodynamicznie wysiłkowym NTM - po 95 pacjentek w każdej grupie. W obu grupach stwierdzono po 3 perforacje pęcherza, oraz 1 krwiak załonowy w grupieTVT, w porównaniu do 3 w grupieIVS. W grupieIVS czas powrotu normalnej mikcji był nieco krótszy i wynosił $1,1 \pm 1,4$ dnia w porównaniu do $1,6 \pm 1,4$ dnia w grupieTVT, ale nie miało to istotnego znaczenia klinicznego. Po dwóch latach obserwacji dokonano oceny efektywności zabiegu u 92 kobiet w grupieTVT i 87 kobiet w grupieIVS i nie stwierdzono istotnych różnic ani w subiektywnej (87% vs 78%) ani w obiektywnej (test kaszlowy i test podpaskowy - 85% vs 72%) ocenie skuteczności leczenia. Na uwagę zasługuje jednak fakt, że w analizowanej grupie u 8 (9%) pacjentek w grupieIVS stwierdzono infekcję i erozję implantowanej taśmy, a grupieTVT nie odnotowano takich powikłań.

Pomimo, że ciągle jeszcze na świecie pod względem ilości przeprowadzanych zabiegów dominującą techniką jest technika załonowa, to coraz większe zainteresowanie dotyczy taśm zakładanych drogą przezasłoniową, ze względu na łatwość techniczną zabiegu oraz minimalizację powikłań śródoperacyjnych. Neuman porównał efektywność kliniczną technikiTVT iTVT-O w grupie 150 pacjentek

(po 75 w każdej grupie) z udokumentowanym wysiłkowym NTM. W grupieTVT-O nie wykonywano rutynowej cystoskopii, ani nie stosowano pooperacyjnej katetyzacji pęcherza moczowego. Ponadto, w grupie tej nie stwierdzono powikłań takich jak perforacja ściany pęcherza moczowego (8% w grupieTVT), krwawień śródoperacyjnych (4% w grupieTVT), trudności z opróżnianiem pęcherza moczowego (5% w grupieTVT), infekcji pola operacyjnego (2,7% w grupieTVT) czy wreszcie pooperacyjnych zaburzeń statyki przedniej ściany pochwy (1,3% w grupieTVT). Krzywa uczenia była w obu analizowanych grupach taka sama, a odsetek całkowitych wyleczeń wynoszący powyżej 90% nie różnił się w obu analizowanych grupach. Przedstawione dane pozwalają na konkluzję, że technikaTVT-O pozwala na utrzymanie wysokiej efektywności terapeutycznej technikiTVT, przy znacznej redukcji powikłań śród- i pooperacyjnych.

Reasumując należy stwierdzić, że technika zakładania slingu pod środkową część cewki moczowej u kobiet przez otwory zasłonięte stanowi wysoce efektywną (porównywalną do slingów załonowych) metodę leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu, która dodatkowo zmniejsza prawdopodobieństwo uszkodzenia pęcherza moczowego i eliminuje konieczność rutynowego wykonywania cystoskopii, niezbędnej przy klasycznym slingu załonowym.

Porównanie technik slingu załonowego i przezasłoniowego

	Sling załonowy TVT, IVS-02	Sling przezasłoniowy TVT-O, IVS-04
Leczenie WNM i MNN	tak	tak
Znieczulenie ogólne bądź miejscowe	tak	tak
Możliwość perforacji pęcherza moczowego	tak	sporadycznie
Możliwość uszkodzenia naczyń biodrowych	tak	nie
Możliwość uszkodzenia jelit	sporadycznie	nie
Możliwość powstania krwiaka załonowego	tak	sporadycznie
Możliwość powstania de novo OAB	tak	tak
Konieczność cystoskopowej kontroli pęcherza	tak - rutynowo	nie
Czas trwania zabiegu	20-30 min.	10-15 min
Infekcja i erozja taśmy	tak (<1-2%)	tak (<1-2%)

Źródło: opracowanie autora