

## PRZEGLĄD LITERATURY ŚWIATOWEJ DOTYCZĄCEJ PROBLEMU NTM

## TVT a TOT – wyniki wielośrodkowego randomizowanego badania, porównującego dwa sposoby leczenia wysiłkowego NTM u kobiet

SYLWIA WIERCISZEWSKA, LEK. MED. ALBERT D. GUGAŁA

KATEDRA I KLINIKA UROLOGII OGÓLNEJ, ONKOLOGICZNEJ I CZYNNOSCIOWEJ W WARSZAWIE

Syntetyczne, beznapięciowe taśmy wprowadzane pod środkowy odcinek cewki moczowej z dostępu przezpochwowego, w ciągu ostatniej dekady stały się bardzo popularnym sposobem operacyjnego leczenia wysiłkowego NTM u kobiet. Pierwszym zabiegiem z tej grupy była TVT (tension-free vaginal tape), polegająca na przeprowadzeniu taśmy w formie pętli otaczającej cewkę moczową, przez przestrzeń załonową. Innym sposobem stabilizacji cewki moczowej jest TOT (transobturator tape), który różni się tym, że taśma jest przeprowadzana pomiędzy otworami zasłoniętymi. Porównaniem bezpieczeństwa i skuteczności obu tych technik zajęli się autorzy artykułu. Przeprowadzili oni randomizowane (z losowym doбором pacjentów do obu grup), prospektywne (dotyczące wyników badań wykonywanych w czasie trwania próby klinicznej, a nie archiwalnych danych chorego), wielośrodkowe badania w trzech oddziałach urologicznych, które trwały od maja 2002 do listopada 2005 roku. Spośród 148 kobiet, 73 zostały zoperowane sposobem TVT, a 75 - TOT. Kryteriami włączenia do badania było zdiagnozowane wysiłkowe lub mieszane NTM (z przeważającą klinicznie komponentą wysiłkową), połączone z nadmierną ruchomością cewki moczowej. Kryteriami wykluczenia natomiast, wcześniejsze operacje korygujące NTM i zaburzenia statyki narządu rodowego (potocznie nazywane wypadaniem macicy).

Przedoperacyjne przygotowanie pacjentki uwzględniało szczegółową analizę historii choroby; kliniczne, neurologiczne oraz urologiczno - ginekologiczne badanie; zestaw dwóch uwierzytelniających kwestionariuszy jakości życia (UDI-6, IIQ-7). Wszystkie pacjentki zostały poddane próbie kaszlowej i Valsalwy (o dodatknej próbie Valsalwy mówimy wtedy, gdy u pacjentki występuje wyciek moczu podczas parcia, tłocznią brzuszna). Przed operacją wykonywano pacjentkom jednogodzinny test podpaskowy, uzupełniony trzydniowym dziennikiem mikcji, poddano je ultrasonografii narządów miednicy i badaniom urodynamicznym. Te same testy były wykonywa-

ne podczas oceny pooperacyjnej. Kiedy diagnozowano nadreaktywność wypieracza, pacjentka otrzymywała leki antycholinergiczne i była kwalifikowana do operacji tylko wówczas, gdy farmakoterapia nie dawała żadnych efektów.

Standardowymi technikami operacyjnymi były TVT i TOT. Zastosowano taśmę polipropylenową. Procedurę wykonywano w znieczuleniu ogólnym. W czasie zabiegu wykonywano kontrolę cystoskopową. W przypadku obu zabiegów cewnik Foleya pozostawiano na 24 godziny. Ocena przed- i pooperacyjna była wykonana przy użyciu tych samych protokołów we wszystkich ośrodkach. Śród- i pooperacyjne powikłania zostały zakwalifikowane do pierwszej, a pooperacyjne trudności opróżniania pęcherza moczowego do drugiej grupy komplikacji. Pacjentki podzielono na „suche” (żadnego wycieku podczas klinicznych i/lub wysiłkowych badań i/lub zgłaszanego przez pacjentki) lub „mokre”. Te kobiety, które zostały włączone do grupy „mokrych” dzielono po zabiegu (na podstawie subiektywnych obserwacji) na dwie kategorie: „polepszenie” lub „niepowodzenie”. Innymi parametrami oceny w badaniu był kwestionariusz jakości życia i skala VAS (wzrokowo-analogowa skala oceny natężenia bólu). Badania kliniczne pacjentek były prowadzone w 3, 6, 12 miesiącu po operacji, a następnie raz w roku. Na podstawie wyników badania, TOT i TVT okazały się bezpiecznymi i skutecznymi metodami chirurgicznego leczenia kobiet z wysiłkowym NTM. Czas zabiegu był nieco krótszy w przypadku TOT, ale okres pooperacyjnej rekonwalescencji był taki sam dla obu technik. W trwającym 31 miesięcy badaniu, całkowicie wyleczonych (suchych) było 71,4% pacjentek po TVT oraz 77,3% po TOT. Kiedy weźmie się pod uwagę „suche” i „mokre” pacjentki, z polepszeniem stanu, te wartości wzrastają odpowiednio do 90% i 90,6%. Średnia satysfakcja wynosiła 9 (w skali od 1 do 10) dla obu procedur. Pooperacyjne powikłania, takie jak uszkodzenia pochwy, cewki moczowej, pęcherza moczowego, jelit, naczyń krwionośnych, erozja taśmy, przejściowa



retencja moczu, parcie na mocz, oscylują w granicach 44% wśród pacjentek po TVT i 24% po TOT. Ze względu na ryzyko ich wystąpienia, bardzo ważne jest aby przy wyborze metody brać pod uwagę indywidualne predyspozycje pacjentki oraz doświadczenie operatora. Mimo wielu zalet, które posiadają opisane wyżej zabiegi, są to metody stosunkowo nowe, dlatego wymagają udoskonalania, zarówno jeśli chodzi o technikę chirurgiczną, jak i materiał, z których wykonuje się taśmy. Daje to pole do działania specjalistom oraz nadzieję na jeszcze lepsze efekty leczenia i poprawę jakości życia pacjentek. ■

Na podstawie artykułu *Tension-Free Vaginal Tape versus Transobturator Tape as Surgery for Stress Urinary Incontinence: Results of a Multicentre Randomised Trial*

Massimo Porena, Elisabetta Costantini, Bruno Frea, Antonella Giannantoni, Stefania Ranzoni, Luigi Mearini, Vittorio Bini, Ervin Kocjancic

European Urology 52 (April 27, 2007) 1481-1491. European Association of Urology. Published by Elsevier B.V. doi:10.1016/j.eururo.2007.04.059