

Leszek Frąckowiak

Własne doświadczenia w leczeniu operacyjnym nietrzymania moczu u kobiet

ZOZ MSWiA z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie
Ordynator: Leszek Frąckowiak

*Słowa kluczowe: nietrzymanie moczu, metoda TOT,
operacja pętlowa z dostępem przez otwory zasłonięte (TOT)*

*Key words: urinary incontinence, TOT method,
transobturator sling operation*

Poniżej przedstawiono wyniki leczenia operacyjnego metodą TOT nietrzymania moczu u 60 kobiet, hospitalizowanych w Oddziale Ginekologii ZOZ MSWiA z WMCO w Olsztynie. Zwraca uwagę wysoka skuteczność metody i szybki powrót pacjentek do aktywności fizycznej.

Nietrzymanie moczu u kobiet jest ważnym problemem społecznym ze względu na częstość występowania, jak i dolegliwości, które powoduje [6, 9, 10]. Szacuje się, że ok. 17 do 60% kobiet w przeciągu swego życia może zetknąć się z tym problemem. Dolegliwości w postaci nietrzymania moczu mają niekorzystny wpływ na stan psychofizyczny kobiety. Choroba ta dotyczy pacjentek już w 3 i 4 dekadzie życia, a objawy nietrzymania moczu często nasilają się z wiekiem, szczególnie w okresie pomenopauzalnym.

Nietrzymanie moczu, według definicji International Continence Society (ICS) z roku 2002, jest epizodem niekontrolowanej utraty moczu.

Złożona etiopatogeneza i wielopostaciowość tego schorzenia powodują, że problem nietrzymania moczu jest trudny do rozwiązania.

Najogólniej nietrzymanie moczu można podzielić na:

- postać wysiłkowego nietrzymania moczu, gdzie występuje wyciek moczu podczas zwiększonego ciśnienia śródbrzusznego,
- parcia naglące związane z mimowolnym, niezależnym od woli skurczem wypieracza pęcherza,
- mieszaną postać nietrzymania moczu, przy jednoczesnym występowaniu obu powyższych postaci,
- nietrzymanie moczu z przepelnienia.

W diagnostyce nietrzymania moczu znaczenie ma dobrze przeprowadzony wywiad, badanie przedmiotowe i badania dodatkowe w postaci badania ogólnego mo-

czu, posiewu moczu i badania urodynamicznego. Prawidłowe rozpoznanie schorzenia umożliwia zaproponowanie optymalnego sposobu terapii.

Nietrzymanie moczu możemy leczyć w zależności od postaci – zachowawczo lub operacyjnie. Rozwój metod operacyjnych ewoluował w kierunku operacji pętlowych załonowych, a od 2003 również z dostępu przez otwory zasłonięte.

Do tej pory najczęściej wykorzystywaną metodą były operacje pętlowe w zabiegowym leczeniu nietrzymania moczu. Wysoka, dochodząca do 90% skuteczność tych zabiegów jest złotym standardem w leczeniu tego schorzenia. Ostatnio dużą popularność zdobywa operacja pętlowa z dostępu przez otwory zasłonięte (TOT).

Otwór zasłonięty ma kształt owalny lub trójkątny i jest ograniczony przez kość kulszową i łonową. Pokrywa go błona zasłonowa, oprócz górnobocznego kąta, gdzie przechodzą z miednicy naczynia i nerw zasłonowy.

W technice tej wykorzystuje się wzmocnienie lub odtworzenie więzadła łonowo-cewkowego.

Istotnym elementem zabiegu jest operowanie pod cewką moczową i brak kontaktu z pęcherzem moczowym, którego nie trzeba kontrolować cystoskopowo (kontrola cystoskopowa jest konieczna w przypadku operacji TVT-Tension Free-Vaginal Tape). Z tego powodu liczba powikłań przy operacji TOT jest mniejsza niż w przypadku TVT.

Operacje z dostępu przez otwór zasłonięty (TOT) wprowadził w 2001 r. Delorme, a od 2003 r. metoda ta weszła szeroko do klinik.

Operacja TOT cechuje się wysoką efektywnością, przy niskim ryzyku operacyjnym. Jest to prosta metoda, której bardzo szybko można się nauczyć. Operacja TOT przez otwory zasłonięte przy użyciu taśmy prolenowej przeprowadzana jest podcewkowo beznapięciowo.

W Oddziale Ginekologii ZOZ MSWiA z WMCO w Olsztynie operację wprowadzono w październiku 2005 r.

Od października 2005 do września 2007 operowano tą metodą 60 kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu i postacią mieszaną nietrzymania moczu.

Postać nietrzymania moczu	Liczba przypadków	Odsetek %
Postać wysiłkowa	32	53,3%
Postać mieszana	28	46,7%
Razem	60	100%

Operowano pacjentki w wieku od 38 do 77 lat, średnia wieku ok. 56,7 lat. Dziesięć pacjentek przebyło operacje plastyczne pochwy i krocza. Czternaście pacjentek przebyło brzuszne operacje ginekologiczne. Operowane kobiety to wieloródki, które rodziły od jednego do pięciu razy.

Pacjentki były diagnozowane ambulatoryjnie, u wszystkich wykonano badania urodynamiczne. Pacjentki hospitalizowano w Oddziale Ginekologii ZOZ MSWiA z WMCO w dniu poprzedzającym operację.

Operacje przeprowadzano na bloku operacyjnym w krótkim znieczuleniu dożylnym lub znieczuleniu zewnątrzoponowym. Stosowano taśmy prolenowe firmy GALLINI i POLHERNIA. Czas trwania zabiegu wynosił od 10 do 15 min.

Pacjentkę układano w pozycji do litotomii z odwiedzionymi kończynami ułożonymi na podpórkach.

Nacinano podłużnie na ok. 1 cm od ujścia cewki na ok. 3–4 cm śluzówkę pochwy do powięzi i preparowano na boki nożyczkami i na tępo palcem, wytwarzając tunel w kierunku otworów zasłoniętych. Nacięcie śluzówki pochwy wykonywano na tyle głęboko, aby taśma prolenowa została przerośnięta przez tkankę łączną i naczynia. Zbyt płytka implantacja taśmy pod śluzówkę zazwyczaj prowadzi do odczynów nekrotycznych i erozji taśmy.

Następnie nacinano skórę na ok. 0,5 cm na wysokości między cewką moczową, a lechtaczką nad otworami zasłoniętymi i przeprowadzano narzędzie na ślepo przez otwór zasłonięty, wyczuwając je palcem wskazującym w otworze zasłoniętym i wyprowadzając do pochwy, gdzie wprowadzano do narzędzia taśmę prolenową. Narzędzie usuwano wraz z taśmą na zewnątrz.

W trakcie przeprowadzania przez pochwę narzędzie ulegało rotacji z pozycji pionowej na ok. 45 stopni w kierunku przeciwnego poślodka. Manewr ten powtarzano po stronie przeciwnej. Taśmę przeprowadzano beznapięciowo pod środkowym odcinkiem cewki moczowej.

Śluzówkę pochwy szyto szwem ciągłym. Do pęcherza moczowego zakładano cewnik Foleya, który usuwano po ok. 5 godzinach od zabiegu.

W przypadku braku mikcji po usunięciu cewnika z pęcherza, pacjentki miały ponownie zakładany cewnik, który pozostawiano do dnia następnego.

Pacjentki otrzymywały Cipropol 2 × 1 tabletki doustnie i estrogenoterapie dopochwową w przebiegu pooperacyjnym, przy braku przeciwwskazań. Pacjentki z mieszaną postacią nietrzymania moczu w przebiegu pooperacyjnym otrzymywały preparaty: Ditropan lub Vesicare.

Pacjentki wypisywano w pierwszej do siódmej doby po zabiegu, w zależności od stanu ogólnego, możliwości samodzielnego oddawania moczu i chorób współistniejących.

W jednym przypadku w drugiej dobie zaszła konieczność obniżenia położenia poziomu taśmy, pomimo jak się wydawało w trakcie zabiegu beznapięciowego jej ułożenia. Pacjentka opuściła szpital w trzeciej dobie po zabiegu.

U dwóch pacjentek w przebiegu pooperacyjnym wystąpiły stany gorączkowe do 38°C, które ustąpiły po włączonej antybiotykoterapii (jedna z tych pacjentek chorowała na przewlekłą białaczkę).

U jednej pacjentki, pomimo założenia taśmy, utrzymywało się wysiłkowe nietrzymanie moczu, które wymagało zduplikowania taśmy podcewkowo w przebiegu pooperacyjnym. Pacjentka ta wróciła ponownie z dolegliwościami nietrzymania moczu po ok. sześciu tygodniach. Wykonano ponownie duplikację taśmy zakładając szwy nierozpuszczalne podcewkowo. Poprzednio założono podcewkowo szwy rozpuszczalne, co wydaje się być przyczyną nawrotu dolegliwości nietrzymania moczu.

W jednym przypadku przyczyną przedłużonej hospitalizacji był zespół oponowy po znieczuleniu zewnątrzoponowym, który wymagał podawania płynów pozajelitowo. Dolegliwości ustąpiły po pięciu dniach.

W żadnym przypadku nie doszło do przebiccia pęcherza moczowego, czy też powstania krwiaka w okolicy operowanej.

Jedna z pacjentek miała wykonaną operację po nieskutecznej próbie założenia taśmy metodą TVT w innym ośrodku. Wskutek perforacji pęcherza przez taśmę pacjentka była operowana w Oddziale Urologicznym, gdzie usuwano taśmę położoną przezpęcherzowo. Zabieg TOT nie spowodował przedłużonej hospitalizacji pacjentki.

Badanie kontrolne pacjentek wykonywano po ok. trzech tygodniach od operacji. U 59 pacjentek stwierdzono poprawę i dobry efekt w postaci trzymania moczu. U czterech pacjentek z mieszanym nietrzymaniem moczu wystąpiło nasilenie parć naglących, wymagające przedłużonego stosowania preparatu Vesicare.

Zabieg TOT wydaje się być obiecującą alternatywą dla pacjentek z nietrzymaniem moczu. Charakteryzują się małą liczbą powikłań.

Najistotniejsza wydaje się odpowiednia kwalifikacja do zabiegu, która warunkuje powodzenie operacji i dobry efekt pooperacyjny w zakresie trzymania moczu. Zabieg jest procedurą bezpieczną dla pacjentki i pozwala jej na szybki powrót do pełnej aktywności fizycznej.

Streszczenie

W pracy przedstawiono wyniki leczenia operacyjnego metodą TOT 60 kobiet z nietrzymaniem moczu, leczonych w Oddziale Ginekologii ZOZ MSWiA w Olsztynie w latach 2005–2007. Podkreślono wysoką skuteczność metody, szybki powrót do zdrowia leczonych pacjentek oraz małą liczbę powikłań.

Summary

I have presented my own experience in operative treatment (TOT method used) of urinary stress incontinence performed on sixty women in department of Gynaecology ZOZ MSWiA in Olsztyn (2005–2007). I have also stressed positive curing effects on patients treated with this method. No serious complications were observed during treatment.

PIŚMIENNICTWO: 1. *Ansquer Y. et al.*: Cystocele repair by a synthetic vaginal mesh secured anteriorly through the obturator foramen *EJOG. Reprod. Med.* 2004, 115, 90. — 2. *Delorme E.*: La baddelette transobturatrice: un proceder mini-invasif pour traiter l'incontinence urinaire de la femme. *Prog. Urol.* 2001, 11, 1306–1313. — 3. *Eglin G., Ska J.M., Ferris X.*: Transobturator subvesical mesh tolerance and short term results of a 103 cases continous series. *Gynecol. Obstet. Fertil.* 2003, 31, 15–21. — 4. *Game X., Mouzin N., Vaeesen C. et al.*: Obturator infected hematoma and urethral erosion following transobturator tape imolantation. *The Journal of Urology* 2004, 171, 1621. — 5. *Jackson S., James M., Abrams P.*: The effect of estradiol on vaginal collagen metabolism in postmenopausal woman with genuine stress incontinence. *BJOG* 2002, 109, 339–344. — 6. *Rechberger T.* (red.): Nietrzymanie moczu u kobiet. *Bifolium*, Lublin 2005. — 7. *Salomon L.J., Detchev R., Barranger E., et al.*: Treatment of anterior wall prolapse with porcine collagen implant by transobturator route: preliminary results. *European Urology* 2004, 45, 219–225. — 8. *de Tairac R., Deffieux X., Droupy S., et al.*: A prospective study randomized study comparing Tension-free vaginal tape and transobturator suburethral tape for surgical treatment of stress urinary incontinence. *A. J. Obstet. Gynecol.* 2004 Mar, 190 (3), 602–608. — 9. *Rechberger T.* (red.): Uroginekologia praktyczna. *Bifolium*, Lublin 2007. — 10. *Gomula A.* (red.): Zaburzenia statyki narządu rodnegu, wysiłkowe nietrzymanie moczu – niedowartościowany problem kliniczny. *Materiały Sympozjum Sekcji Ginekologii Operacyjnej PTG*, Białystok 1999.