

Wpływ całkowitego usunięcia macicy na zaburzenia motoryki pęcherza moczowego i zaburzenia statyki narządu rodnego

Influence of total hysterectomy on pelvic prolapse and urinary incontinence

Elżbieta Szmuklerz-Kajdos, Katarzyna Lau, Marek Wieczorek, Wojciech Puto, Artur Bobeff, Beata Rutkowska, Sławomir Jędrzejczyk

Klinika Szybkiej Diagnostyki i Terapii Ginekologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi;
kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Sławomir Jędrzejczyk

Przeгляд Menopauzalny 2009; 1: 49–52

Streszczenie

Wstęp: Zaburzenia statyki mogą dotyczyć przedniej lub tylnej ściany pochwy, sklepień pochwy, a także macicy i często są związane z czynnością dolnych dróg moczowych.

Cel: Wpływ całkowitego usunięcia macicy na zaburzenia statyki dna miednicy i motorykę pęcherza moczowego.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 38 pacjentek, u których wykonano ocenę zaburzeń statyki narządu rodnego i motoryki pęcherza moczowego po zabiegu usunięcia macicy.

Wyniki: Zaburzenia statyki narządu rodnego stwierdzono u ok. 47% operowanych kobiet, natomiast nietrzymanie moczu u 42%.

Wnioski: Usunięcie macicy przyczynia się do powstania zaburzeń statyki dna miednicy i nietrzymania moczu, głównie o charakterze wysiłkowym.

Słowa kluczowe: zaburzenia statyki narządów rodnych, nietrzymanie moczu

Summary

Aim: Pelvic organ prolapse are related with anterior, posterior, fornix colpoptosis or uterus prolaps and is frequently connected with low urinary tract dysfunction.

Objective: The aim of the study was to estimate influence of hysterectomy on pelvic organ prolapse and urinary incontinence.

Material and methods: In our research we included 38 women after hysterectomy, administered to gynecological examination and urodynamic diagnostics.

Results: In our group 47% presented pelvic organ prolapse and 42% urinary incontinence.

Conclusions: Hysterectomy is a risk factor of pelvic organ prolapse and urinary incontinence-stress urinary incontinence is the most common incontinence type after hysterectomy.

Key words: pelvic organ prolapse, urine incontinence

Wstęp

Zaburzenia statyki narządu rodnego u kobiet (*pelvic organ prolapse* – POP) są definiowane jako obniżenie narządów miednicy małej w stosunku do miejsc ich naturalnego umocowania. Obniżenie takie prowadzi do wysuwania się pochwy i/lub szyjki macicy, aż do całkowitego wypadania narządów rodnych [1].

Zaburzenia statyki mogą dotyczyć przedniej lub tylnej ściany pochwy, sklepień pochwy, a także macicy i są

niejednokrotnie związane z czynnością dolnych dróg moczowych.

Obniżenie lub wypadanie narządów miednicy mniejszej to jedno z najbardziej uciążliwych schorzeń u kobiet. Przewlekły charakter tej patologii sprawia, że istotnie pogarsza się ich kondycja zdrowotna, powstaje wiele problemów natury psychologicznej oraz seksualnej. Znaczne obniżenie poczucia własnej wartości ogranicza możliwość funkcjonowania zawodowego i spo-

Adres do korespondencji:

lek. **Elżbieta Szmuklerz-Kajdos**, Klinika Szybkiej Diagnostyki i Terapii Ginekologicznej, Uniwersytet Medyczny, Oddział Ginekologii Operacyjnej i Zachowawczej, IV Szpital Miejski im. dr. H. Jordana, ul. Przyrodnicza 7/9, 91-480 Łódź, tel. +48 42 655 66 60, wewn. 292, faks +48 42 657 73 84

tecznego, a w konsekwencji wyraźnie obniża jakość życia.

Najczęściej wymienianymi objawami mającymi negatywny wpływ na jakość życia są: uczucie pociągania, ciężkości i/lub bólu w podbrzuszu, nieprzyjemne uczucie, że coś się wysuwa, konieczność wprowadzania macicy do pochwy w celu oddania moczu, trudności w chodzeniu oraz problemy ze współżyciem. Dodatkową grupę stanowią nawrotowe dolegliwości uroginekologiczne w postaci: parć na pęcherz, częstomoczu, nietrzymania moczu, trudności w oddawaniu moczu i/lub stolca [1, 2].

Przyczyną zaburzeń statyki narządu rodowego i nietrzymania moczu jest osłabienie struktur powięziowo-mięśniowych dna miednicy mniejszej.

Wśród najczęstszych czynników etiologicznych wymienienia się:

- przebyte ciąży, porody drogami i siłami natury,
- wiek okołomenopauzalny,
- wrodzone defekty tkanki łącznej,
- wrodzone wady anatomiczne narządu moczowo-płciowego,
- rasę,
- choroby współistniejące: cukrzycę, otyłość, choroby przebiegające z uporczywym kaszlem,
- ciężką pracą fizyczną,
- przyczyny jatrogenne – usunięcie macicy [3–8].

Cel pracy

1. Ocena wpływu całkowitego usunięcia macicy na zaburzenia statyki dna miednicy.
2. Ocena zaburzeń motoryki pęcherza moczowego i trzymania moczu u pacjentek z zaburzeniami statyki dna miednicy.
3. Ocena zaburzeń motoryki pęcherza moczowego i trzymania moczu u pacjentek bez zaburzeń statyki dna miednicy.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 38 pacjentek w wieku 43–72 lat poddanych operacji usunięcia macicy z przyczyn nieonkologicznych w latach 2005–2007 w Klinice Szybkiej Diagnostyki i Terapii Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Tab. I. Ocena częstości wypadania ścian pochwy po całkowitym usunięciu macicy

Zaburzenia statyki	Brak	Przód	Przód i tył	Tył	Razem
brak wypadania	20	–	–	–	20
wypadanie I stopnia	–	4	2	4	10
wypadanie II stopnia	–	7	1	0	8
razem	20	11	3	4	38

Pacjentki, będące minimum rok po całkowitym usunięciu macicy, które przed operacją nie miały zaburzeń statyki i nie zgłaszały objawów nietrzymania moczu, zostały zaproszone na badania kontrolne składające się z przeprowadzenia ankiety, badania ginekologicznego i badania urodynamicznego. Podczas badania ginekologicznego oceniano stopień obniżenia ścian pochwy, posługując się klasyfikacją POP-Q. Badanie urodynamiczne obejmowało uroflometrię, cystometrię oraz profilometrię spoczynkową i wysiłkową. W uroflometrii oceniano objętość pęcherza moczowego, szybkość przepływu moczu, kształt krzywej przepływu i objętość zalegającą. W cystometrii oceniano ciśnienie śródpręcherzowe, śródbrzusze i ciśnienie wypieracza oraz spontaniczne i prowokowane, skurcze wypieracza i wyciek moczu w spoczynku i podczas prób wysiłkowych. W trakcie profilometrii spoczynkowej i wysiłkowej oceniano ciśnienia śródpręcherzowe, śródcewkowe i ciśnienie zamknięcia cewki moczowej, a także długość cewki moczowej. Badania przeprowadzono aparatem Delphis firmy Laborie.

W przebadanej grupie pacjentek analizie poddano:

- związek wypadania ścian pochwy z przeprowadzoną histerektomią,
- związek występowania nietrzymania moczu i zaburzeń reaktywności pęcherza moczowego z przeprowadzoną histerektomią,
- związek występowania nietrzymania moczu i wypadania ścian pochwy z przeprowadzoną histerektomią.

Wyniki

Wśród 38 przebadanych pacjentek będących po operacji całkowitego usunięcia macicy z przyczyn nieonkologicznych u 18 (47,37%) stwierdzono opuszczenie lub wypadanie ścian pochwy.

U 4 pacjentek wypadanie dotyczyło tylnej ściany pochwy I stopnia wg klasyfikacji POP-Q, u 3 pacjentek wypadanie dotyczyło przedniej i tylnej ściany pochwy (u jednej pacjentki wypadanie I stopnia, u drugiej wypadanie II stopnia, a u 11 wypadanie przedniej ściany pochwy (u 4 wypadanie I stopnia i 7 II stopnia).

Wśród pacjentek nie stwierdzono wypadania szczytu pochwy (tab. I).

U 16 pacjentek (42,11%) rozpoznano nietrzymanie moczu, w tym u 2 nagłące, u 6 mieszane i u 8 wysiłkowe.

W grupie 16 pacjentek z zaburzeniami kontynencji moczu wypadanie narządu rodowego występowało u 10 kobiet. U jednej chorej wypadanie przedniej ściany pochwy II stopnia występowało wraz z nagłym nietrzymaniem moczu (NNM). U 4 pacjentek wypadanie ścian pochwy współwystępowało z wysiłkowym nietrzymaniem moczu (WNM), w tym raz wypadanie pochwy dotyczyło tylnej ściany pochwy i raz ściany przedniej i tylnej, dwa razy przedniej. U 5 pacjentek zaburzenia statyki występowały łącznie z mieszanym nietrzymaniem

niem moczu (MNM), w tym u 4 kobiet stwierdzono wypadanie przedniej ściany pochwy (trzy razy II stopnia i raz I stopnia), u 1 przedniej i tylnej ściany pochwy.

U 6 pacjentek (16,6% wszystkich operowanych) stwierdzono nietrzymanie moczu bez zaburzeń statyki (4 WNM, 1 MNM i 1 NNM) (tab. II).

Dyskusja

W badaniach przeprowadzonych w Klinice Szybkiej Diagnostyki i Terapii Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi stwierdzono wystąpienie nietrzymania moczu u 42% pacjentek po histerektomii. Jest to zgodne z doniesieniami innych autorów, którzy badając powikłania po histerektomii w różnych populacjach, ale w grupie wiekowej porównywalnej z grupą badaną przez autorów niniejszego opracowania, odsetek wszystkich form nietrzymania moczu szacują na 30–80% [9–11].

Przebyte operacje ginekologiczne, a zwłaszcza zabiegi całkowitego usunięcia macicy, niejednokrotnie skutkują uszkodzeniem struktur powięziowo-więzadłowych oraz zniszczeniem unerwienia miednicy mniejszej. Odcięcie od szyjki więzadeł krzyżowo-maciczyńskich i podstawowych prowadzi w konsekwencji do zaburzeń statyki narządu rodowego, natomiast uszkodzenie unerwienia wegetatywnego odpowiedzialne jest za nieprawidłową motorykę pęcherza moczowego. W związku ze zmianami anatomicznymi i fizjologicznymi, jakie zachodzą podczas zabiegów w obrębie miednicy mniejszej, przeszłość ginekologiczna znajduje się wśród uznanych stanów predysponujących do wystąpienia zaburzeń statyki narządu rodowego i nietrzymania moczu [10–13].

Zgodnie z założeniami teorii integralnej, kluczową rolę w powstawaniu dysfunkcji narządów dna miednicy odgrywają więzadła stabilizujące oraz tkanka łączna pochwy. Uszkodzenie tych struktur podczas zabiegów operacyjnych miednicy mniejszej prowadzi do zaburzeń funkcji narządów tej okolicy – szczególnie dolnych dróg moczowych pod postacią zaburzeń kontynencji moczu. W materiale autorów do zaburzeń statyki doszło u prawie połowy operowanych. Wynik ten jest nieco wyższy niż raportowany przez autorów badań WHI, gdzie wykazano, że u 38% kobiet po przebytej histerektomii występują zaburzenia statyki dna miednicy. Według tych autorów obniżenie przedniej ściany pochwy nastąpiło u 32,9%, natomiast obniżenie tylnej ściany pochwy u 18,3% pacjentek. O ile w badaniach autorów niniejszego opracowania odnotowano podobny odsetek pacjentek z obniżeniem tylnej ściany pochwy (22%), o tyle obniżenie przedniej ściany pochwy było znacznie częstsze i dotyczyło aż 61% pacjentek. W materiale autorów nie odnotowano natomiast wypadania kikuta pochwy [14, 15].

Wykazany przez niektórych autorów związek nietrzymania moczu i innych dolegliwości związanych z mikcją ze stopniem obniżenia przedniej ściany pochwy

potwierdził się również w badaniach autorów – zdecydowanie częściej stwierdzano nietrzymanie moczu w przypadkach pacjentek z II stopniem opuszczenia przedniej ściany pochwy [16]. Jest to zgodne z założeniami teorii integralnej, która tłumaczy taki stan zmianą kierunku trzech sił działających na trzy główne systemy więzadeł zawieszających [17]. W prawidłowych warunkach mięsień dźwignacz odbytu i mięśnie tonowo-guziczne napinają więzadła tonowo-cewkowe. Mięsień podłużny odbytu napina natomiast więzadła krzyżowo-maciczyńskie. Dodatkowo mięsień dźwignacz odbytu rozciąga ku tyłowi i rotuje powięź tonowo-szyjkową oraz łuk ścięgnisty powięzi miednicy. Po operacjach ginekologicznych, w tym głównie po zabiegu histerektomii, dochodzi do uszkodzenia struktur powięziowo-więzadłowych, czego efektem może być powstanie zarówno wysiłkowego, jak i nagłego i mieszanego nietrzymania moczu. Wiotkie więzadła tonowo-cewkowe, nie będąc w stanie umocować cewki moczowej, powodują wystąpienie nietrzymania moczu o charakterze wysiłkowym poprzez osłabienie efektywności skurczów mięśni tonowo-guzicznych. Mamy wówczas do czynienia z sytuacją, kiedy przy wzroście ciśnienia śródbrzusznego skurcz mięśni dźwignacza odbytu i podłużnego odbytu otwiera światło cewki moczowej. W przebadanej przez autorów grupie do takiego mechanizmu uszkodzenia doszło u 4 operowanych. Drugą sytuację kliniczną stanowi taka, kiedy wiotkość więzadeł i pochwy sprawia, że siła skurczu mięśni dna miednicy niedostatecznie napina ściany pochwy. Receptory wrażliwe na rozciąganie w dnie pęcherza moczowego są wzbudzone przy nieprawidłowo niskim ciśnieniu hydrostatycznym i zbyt małej objętości pęcherza. Skutkuje to powstaniem parć nagłych, częstomoczu i nykturii, czyli podstawowych objawów nadreaktywności wypieracza pęcherza moczowego. Trzecią możliwością jest współwystępowanie patologii właściwych zarówno dla wysiłkowego, jak i nagłego typu nietrzymania moczu, co definiuje się jako mieszaną postać nietrzymania moczu. W badaniu autorów pacjentki z takim typem zaburzeń stanowiły połowę grupy z zaburzeniami kontynencji moczu.

Autorzy zgadzają się z teząmi, które uważają, że jedną z przyczyn zaburzeń funkcji dolnego odcinka dróg moczowych jest efekt jatrogennego uszkodzenia unerwienia autonomicznego narządów miednicy mniejszej [18].

Tab. II. Ocena zależności rodzaju nietrzymania moczu od zaburzeń statyki powstałych po operacji całkowitego usunięcia macicy

Zaburzenia statyki	WNM	MNM	NNM	Razem
brak	4	1	1	6
przód	2	4	1	7
przód i tył	1	1	0	2
tył	1	0	0	1
razem	8	6	2	16

Wnioski

1. Usunięcie macicy z przyczyn nieonkologicznych często przyczynia się do zaburzeń statyki dna miednicy, głównie w postaci opuszczenia lub wypadania przedniej ściany pochwy.
2. U pacjentek po usunięciu macicy, u których doszło do zaburzeń statyki dna miednicy, najczęściej dochodzi do mieszanego lub wysiłkowego nietrzymania moczu.
3. U pacjentek bez zaburzeń statyki dna miednicy po operacjach usunięcia macicy rzadziej dochodzi do objawów nietrzymania moczu, a dominującym typem jest wysiłkowe nietrzymanie moczu.

Piśmiennictwo

1. Brubaker L, Bump R, Pynes M, et al. Burgery of pelvic organ prolapse. In: Incontinence. Abrams P, Cardozo L, Khorury S, Wein A (eds). 3rd International Consultation on Incontinence Monte Carlo 2004 Healthcare Information Management Solutions 2005; 1371-402.
2. Hagen S, Stark D, Maher C, et al. Conservative management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4, Art. No.: CD003882 DOT:10.1002/14651858.CD003882.-pub3.
3. Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observation from the Oxford Family Planning Association Study. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104: 579-85.
4. Parazzini F, Chiaffarino F, Lavezzari M, Giambanco V. VIVA Study Group: Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. BJOG 2003; 110: 927-33.
5. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Norwegian EPINCONT Study: Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. N Engl J Med 2003; 6: 946-50.
6. Płachta Z, Mazur P, Walaszek P i wsp. Nietrzymanie moczu u kobiet – epidemiologia i czynniki ryzyka. Prz Menopauz 2002; 1: 28-32.
7. Versi E, Cordozo L, Studd J, et al. Urinary disorders and the menopause. Maturitas 1995; 2: 89-95.
8. Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, et al. Prevalance and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged woman. BJU Int 2002; 89: 61-6.
9. Karasick S, Spettell CM. The role of parity and hysterectomy on the development of pelvic floor abnormalities revealed by defecography. AJR Am J Roentgenol 1997; 169: 1555-8.
10. Altman D, Granath F, Cnattingius S, Falconer C. Hysterectomy and risk of stress-urinary-incontinence surgery: nationwide cohort study. Lancet 2007; 370: 1494-9.
11. van der Vaart CH, van der Bom JG, de Leeuw JR, et al. The contribution of hysterectomy to the occurrence of urge and stress urinary incontinence symptoms. BJOG 2002; 109: 149-54.
12. Adamiak A, Bogusiewicz M, Skorupski P i wsp. Ocena częstości nietrzymania moczu po operacji wycięcia macicy drogą brzuszną lub pochwową. Polski Przegląd Ginekologiczny 2000; 1: 23-6.
13. Parazzini F, Chiaffarino F, Lavezzari M, Giambanco V; VIVA Study Group: Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. BJOG 2003; 110: 927-33.
14. Beer M, Kuhn A. Surgical techniques for vault prolapse: a review of the literature. Eur J Obstet Gynecol 2005; 119: 144-5.
15. Barrington JW, Edwards G. Posthysterectomy vault prolapse. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2000; 11: 241-5.
16. Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol 2001; 185: 1332-8.
17. Petros Papa PE. The female pelvic floor: function, dysfunction and management according to the Integral Theory. Springer 2004.
18. Butler-Manuel SA, Bustery LD, A'Hern RP, et al. Pelvic nerve plexus trauma At radical, and simple hysterectomy: quantitative study of nerve types In the uterine supporting ligaments. J Soc Gynecol Investig 2002; 9: 47-56.

Na prośbę autorów zamieszczamy informację, że praca *Przypadek skutecznego zastosowania plazmidowego wektora ekspresyjnego psFLT i chemio-radioterapii do leczenia zaawansowanego raka sromu*

autorstwa: G. Panka, K. Gawrychowskiego, M. Bidzińskiego, R. Krynickiego i M. Mateckiego, opublikowana w *Przeglądzie Menopauzalnym* 2005; 4: 17-21, została zrealizowana z grantu KBN nr 2 P05E 071 26.