

Operacja Moschcowitza jako metoda terapeutyczna w przypadku *enterocoele*

The Moschcowitz operation as a therapeutic method in case of enterocoele

Adam Dyrda¹, Dominika Nazar²

¹Oddział Położniczo-Ginekologiczny Szpitala ZOZ w Mikołowie; ordynator Oddziału: dr n. med. Adam Dyrda

²Studentka 6. roku Wydziału Lekarskiego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

Przeгляд Menopauzalny 2006; 2: 85–87

Streszczenie

W pracy przedstawiono przypadek jatrogennej *enterocoele* u pacjentki, która przed 3 laty przeżyła operację Donalda-Fothergilla z plastyką przednią pochwy oraz plastyką tylną krocza z powodu wypadania narządu rodnego. Celem zamknięcia zatoki Douglasa wykonano operację Moschcowitza, uzyskując pożądaną efekt. Od operacji *enterocoele* upłynęły 4 tyg. Pacjentka czuje się dobrze, nie zgłasza żadnych dolegliwości. W badaniu ginekologicznym nie stwierdza się nawrotu obniżenia pochwy.

Słowa kluczowe: *enterocoele*, przepuklina *cul-de-sac*, zachyłek trzewny, operacja Moschcowitza, kuldoplastyka, wypadanie pochwy, wypadanie narządu rodnego

Summary

Our objective was to present the case of patient with iatrogenic enterocoele after the Manchester operation performed 3 years ago due to pelvic organ prolapse. The pouch of Douglas was successfully obliterated with the Moschcowitz culdoplasty via abdominal approach. The patient was examined 4 weeks following surgery. She has reported no symptoms associated with enterocoele. In gynecological examination there was no recurrence of descensus of the vagina.

Key words: enterocoele, cul-de-sac, The Moschcowitz operation, culdoplasty, vaginal prolapse, pelvic organ prolapse

Wstęp

Enterocoele czyli zachyłek trzewny, nazywany też przepukliną *cul-de-sac*, jest prawdziwą przepukliną otrzewnową, w której worek otrzewnowy zawierający fragment jelita cienkiego zajmuje przestrzeń odbytniczo-pochwową, powodując zaburzenie statyki narządu rodnego [1–5].

Występuje typowo jako późne powikłanie kompensacyjne zabiegów stosowanych w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu (26%) [4], a także po histerektomii – zarówno brzusznej, jak i przezpochwowej (wg różnych autorów od 0,2 do 15%).

Zachyłek trzewny może współistnieć z cysto- i *rekto-coele* w przypadku uszkodzenia struktur powięziowo-

-mięśniowych miednicy mniejszej lub w przewlekłych chorobach ze wzmożonym ciśnieniem śródbrzusznym. Dodatkową predyspozycją stanowi tyłozgięcie i tyłopochylenie macicy. Rzadkością jest wrodzone *enterocoele* przy niekompletnej przegrodzie odbytniczo-pochwowej [2, 4, 6].

Enterocoele daje objawy dopiero w stopniu zaawansowanym, gdy worek przepuklinowy sięga wejścia do pochwy lub wystaje poza srom i znacząco obniża jakość życia. Do najczęściej zgłaszanych dolegliwości należą: uczucie ciężkości w podbrzuszu, przewlekły ból lędźwiowo-krzyżowego odcinka kręgosłupa, wysiłkowe lub stałe nietrzymanie moczu, uczucie parcia na mocz lub stolec, zaparcia. Głównym problemem pacjentek jest jednak utrata zdolności do współżycia płciowego [2, 4, 7].

Adres do korespondencji:

dr n. med. Adam Dyrda, Oddział Położniczo-Ginekologiczny Szpital ZOZ, ul. Waryńskiego 4, 43-190 Mikołów

W pracy przedstawiono przypadek pacjentki operowanej sposobem Moschcowitza z powodu jatrogennej *enterocoele* po wykonanej przed 3 laty operacji Donalda-Fothergilla (manchesterskiej) z plastyką przedniej ściany pochwy oraz krocza.

Opis przypadku

51-letnia pacjentka (A.K., nr historii choroby 4319/1097) została przyjęta 17 października 2005 r. w trybie planowym na Oddział Ginekologiczno-Położniczy Szpitala Powiatowego w Mikołowie z powodu wypadania pochwy po wykonanej przed 3 laty chirurgicznej korekcji obniżenia narządu rodnego sposobem Donalda-Fothergilla.

Skarżyła się na chroniczne zaparcia oraz występujące od kilku miesięcy i nasilające się w pozycji stojącej pobołowania w podbrzuszu.

Jest to chora z wieloletnim wywiadem ginekologicznym: jeden poród przez cesarskie cięcie – 1980 r., usunięcie mięśniaków macicy – 1974 r., abrazja diagnostyczna macicy – 1990 r., w 2002 r. ww. już operacja manchesterska z przednią plastyką pochwy i tylną plastyką krocza.

Badaniem ginekologicznym stwierdzono: wejście do pochwy wąskie; szczyt i tylne sklepienie pochwy na wysokości szpary sromowej; we wziernikach widoczna ściana przednia pochwy z blizną po *colporrhaphii*, słabo ruchoma; część pochwową szyjki macicy nieruchomo przytwierdzona do talerza kości biodrowej lewej; szczyt pochwy i tylne sklepienie obniżone ruchomo do 1/3 dystalnej części pochwy z wytworzeniem *enterocoele*; trzon macicy ruchomy; zatoka Douglasa wolna; przydatki obustronnie bez zmian; w klasyfikacji POPQ stopień III (Aa=-3 cm, Ba=-5 cm, C=-5 cm, D=-1 cm, Bp=+3 cm, Ap=+1 cm).

W wykonanym badaniu ultrasonograficznym miednicy małej stwierdzono: macicę w przodozgięciu o wymiarach trzonu 4,11 x 3,6 x 3,72 cm o niejednorodnej echogeniczności; endometrium niewidoczne, pola przydatków bez zmian.

Pacjentkę zakwalifikowano do operacyjnego leczenia *enterocoele* sposobem Moschcowitza.

Zabieg operacyjny

Operację przeprowadzono w znieczuleniu ogólnym, w ginekologicznym ułożeniu pacjentki. Po otwarciu jamy brzusznej z cięcia prostego dolnego stwierdzono: zrosty sieci z otrzewną ścienną; macicę prawidłowej wielkości w stosunku do wieku, ruchomą, przodozgiętą; przydatki obustronnie makroskopowo niezmiennione; szyjkę macicy przesuniętą na stronę lewą i unieruchomioną – przytwierdzoną do kości biodrowej lewej; rozciągnięte więzadła krzyżowo-maciczne.

Po wprowadzeniu przez asystę ręki do pochwy, odprowadzono *enterocoele*.

Na otrzewną zagłębienia odbytniczo-macicznego założono 2 piętra horyzontalnych szwów kapciuchowych, rozpoczynając dystalnie-głęboko w zatoce i postępując proksymalnie. Niewchłanianą nicią Surgilon 1.0 uchwycono powięź tylną ściany pochwy oraz tylną część szyjki macicy, więzadła krzyżowo-maciczne oraz płytko błonę surowiczą odbytnicy. Upřednio uwidoczniło moczowody uważając, by podczas szycia nie zamknąć ich światła. Dociągając i zawiązując nici, zamknięto zatokę Douglasa. Założono również szwy pojedyncze na więzadła krzyżowo-maciczne w płaszczyźnie horyzontalnej ze względu na znaczne ich wydłużenie, wzmacniając wrota przepukliny. Macica została tym sposobem uniesiona do przodu i ku górze, a zagięcie prostniczo-esicze ku górze i do tyłu. Dodatkowo skrócono więzadła obte zakładając szew duplikujący na każde z więzadeł, fiksując w ten sposób macicę w przodozgięciu. Po skontrolowaniu hemostazy założono szwy warstwowe na powłoki jamy brzusznej. W cewniku stwierdzono mocz czysty.

Okotooperacyjna utrata krwi wyniosła 300 ml. Okres pooperacyjny przebiegał bez powikłań.

Pacjentkę wypisano do domu w 5. dobie po zabiegu w stanie ogólnym dobrym, bez objawów podmiotowych.

Podczas wizyty kontrolnej po upływie 4 tyg. w badaniu ginekologicznym nie stwierdzono wypadania pochwy. Pacjentka nie zgłaszała żadnych dolegliwości.

Dyskusja

Przepuklina *cul-de-sac* wciąż pozostaje wyzwaniem dla uroginekologów. Nie uzyskano konsensusu na temat optymalnej techniki leczenia *enterocoele* i wypadania pochwy. Propozycje chirurgicznej korekty są wprawdzie liczne, ale charakteryzują się długą krzywą uczenia, wymagają perfekcyjnego opanowania techniki oraz indywidualnego rozpatrzenia każdego przypadku i starannego wyboru zabiegu. Operacje mogą być wykonane bądź z dostępu brzuszego – przez laparotomię lub laparoskopię: operacja wg Halbana, Moschcowitza, kolposuspensja metodą Burcha, kuldoplastyka McCalla, kolpopeksja krzyżowo-kolcowa (metoda Richtera), kolposakropeksja podguziczna (operacja Petrosa), albo przezpochwowo: wycięcie macicy, operacja manchesterska, kolpopeksja przedkolcowa lub krzyżowo-kolcowa, wysoka peritonizacja zatoki Douglasa [3, 4, 6].

Metody te nie są jednak pozbawione powikłań. Do wczesnych należą: uszkodzenie układu moczowego, perforacja układu pokarmowego, uszkodzenie ściany pochwy, krwawienia lub krwiaki, uszkodzenie nerwów, pooperacyjna retencja moczu. Późnymi powikłaniami są: nawroty wypadania pochwy, dyspareunia, zaleganie moczu po mikcji, parcia naglące, dyskomfort podczas

oddawania moczu, trudności w defekacji, a nawet niedrożność przewodu pokarmowego.

Skuteczne operacje połączone są z wycięciem macicy lub pochwy, w sposób dotkliwy okaleczają kobietę. Z kolei operacje oszczędzające narząd rodny mogą okazać się niewystarczające przy zaawansowanym *enterocoele* [2, 4, 7].

Interesującą alternatywą zachowującą macicę i pochwę jest operacja sposobem Moschcowitza. W klasycznym opisie ogranicza się ona do zamknięcia zatoki Douglasa poprzez założenie serii horyzontalnych szwów kapciuchowych z niewchłanialnego materiału.

Według wielu autorów [1, 2, 4, 5, 8] jest to operacja ostatniego rzutu, zarezerwowana do leczenia najbardziej zaawansowanych przypadków *enterocoele*.

Jak każda technika operacyjna, również operacja Moschcowitza wiąże się z ryzykiem powikłań. Szczególną uwagę należy zwrócić na przebieg moczowodów, zwłaszcza u otyłych pacjentek, aby podczas zaszywania zatoki nie spowodować ich uszkodzenia lub obturacji.

W literaturze [2, 7] opisywane są nieliczne przypadki uszkodzenia pochwy, perforacji odbytnicy, pęcherza moczowego oraz krwotoki śródoperacyjne.

Jest to więc operacja trudna, wymagająca od operatora doskonałej znajomości anatomii miednicy mniejszej oraz dużego doświadczenia. Jest metodą inwazyjną, bo możliwą do przeprowadzenia tylko drogą brzuszną – poprzez laparoskopię lub laparotomię. Z drugiej strony operacja ta oszczędza macicę i nie zaburza stosunków anatomicznych pochwy, umożliwiając współżycie płciowe, a nawet posiadanie w przyszłości potomstwa.

W odróżnieniu od operacji manchesterskiej i innych zabiegów pochwowych rzadziej obserwuje się nawroty *enterocoele* (Benson 1996 r. 12 vs 2,6%).

Prezentowany przypadek podkreśla skuteczność metody.

Wydaje się, że operacja Moschcowitza jest atrakcyjną alternatywą w przypadku współistnienia innych zaburzeń statyki dna miednicy i konieczności wykonania kilku zabiegów z dostępu brzusznego. Wskazaniem mogą być także nawroty defektu. Rozważając sposób chirurgicznej korekcji *enterocoele* warto pamiętać o operacji Moschcowitza.

Wnioski

1. Operacja Moschcowitza jest skuteczną metodą leczniczą oszczędzającą macicę w przypadku występowania *enterocoele* i obniżenia lub wypadania narządu rodnego.
2. Należy rozważyć wykonanie operacji Moschcowitza, zwłaszcza przy współistnieniu *enterocoele* oraz innych zaburzeń statyki dna miednicy.

Piśmiennictwo

1. Adam RA. Enterocoele and massive vaginal eversion. eMedicine Web Site. Updated 13.10.2004.
2. Cespedes RD, Cross CA, McGuire EJ. Pelvic prolapse: Diagnosing and treating cystoceles, rectoceles and enterocoeles. Medscape Womens Health 1998; 3 (4): 4.
3. Pschyrembel W, Strauss G, Petri E. Ginekologia praktyczna. PZWL Warszawa 1994; 317-57.
4. Rechberger T, Jakowicki JA. Nietrzymanie moczu. Bifolium Lublin 2005.
5. Shaw W. Ginekologia operacyjna. PZWL Warszawa 1985; 239-47, 193-217.
6. Martius G, Fabricus PG, Franzki H, et al. Operacje ginekologiczne. Urban & Partner. Wrocław 2000; 155-61, 357-93.
7. Fedele L, Garsia S, Bianchi S, et al. A new laparoscopic procedure for the correction of vaginal vault prolapse. J Urol 1998; 159 (4): 1179-82.
8. Brun-Poulsen P. Genital prolapse and urinary incontinence. A clinical assessment of patients with prolapse with particular emphasis on surgical methods and their long-term effects. Ugeskr Laeger 1990; 152 (46): 3460-3.