

Operacje sposobem Burcha po nieskutecznych zabiegach z wykorzystaniem taśm beznapięciowych TVT i IVS

Burch colposuspensions after unsatisfactory TVT and IVS tension free tapes procedures

Edyta Wlazlak¹, Grzegorz Surkont¹, Aldona Dunicz-Sokolowska¹, Barbara Kocięba-Gała¹, Tomasz Stetkiewicz², Jacek Suzin¹

¹Klinika Ginekologii i Onkologii Ginekologicznej, I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; kierownik Katedry: prof. dr hab. med. Jacek Suzin

²Klinika Ginekologii i Chorób Menopauzy Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi; kierownik Kliniki: prof. dr hab. Tomasz Pertyński

Przeгляд Menopauzalny 2007; 3: 170–172

Streszczenie

Od ponad 10 lat w zakresie operacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet obserwujemy rewolucyjne zmiany technologiczne. Pomimo to efektywność terapii jest ciągle jeszcze niezadowalająca, częste są też powikłania śródoperacyjne i pooperacyjne.

Cel: Celem analizy jest ocena przebiegu kolposuspensji sposobem Burcha oraz okresu okołoperacyjnego i pooperacyjnego u pacjentek z objawami wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM) po zabiegach z użyciem beznapięciowych taśm monofilamentowych TVT lub multifilamentowych IVS.

Materiał i metody: Operacje sposobem Burcha wykonano w Klinice Ginekologii i Onkologii Ginekologicznej I Katedry Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w Szpitalu im. M. Madurowicza u 8 pacjentek z defektem bocznym miernego stopnia w wieku 48–71 lat w ciągu 10–39 mies. od zabiegu TVT (n=3) i IVS (n=5).

Wyniki: Biorąc pod uwagę możliwość zrostów, zabiegi wykonywano ze szczególną ostrożnością. U wszystkich pacjentek udało się wykonać kolposuspensję. W 1 przypadku u kobiety po IVS, ze względu na zrosty, podwieszenia pochwy dokonano tylko po jednej stronie. Operacje oraz okres pooperacyjny przebiegły bez powikłań.

Wnioski: U pacjentek po operacji z użyciem taśm załonowych TVT i IVS kolposuspensja sposobem Burcha jest możliwa do wykonania. Zrosty występujące w obrębie przestrzeni Retziusa zmuszają do bardzo ostrożnego preparowania. W pojedynczych przypadkach uniemożliwiają bezpieczne odpreparowanie pęcherza. W takich sytuacjach możliwe jest wykonanie jednostronnej kolposuspensji.

Słowa kluczowe: wysiłkowe nietrzymanie moczu, kolposuspensja sposobem Burcha, TVT, IVS, reoperacje

Summary

There have occurred revolutionary technological changes in stress urinary incontinence (SUI) operative treatment during over last ten years. Despite this, therapy effectiveness, as well as peri- and postoperative complications rate, are still unsatisfactory. Aim of the study. To evaluate the route of Burch colposuspension, peri- and postoperative period in patients with SUI symptoms after procedures with the use of monofilament TVT and multifilament IVS. Material and methods. Burch colposuspensions were conducted in Gynecologic and Gynecologic Oncology Clinic of First Department of Gynecology and Obstetrics Medical University of Łódź in Madurowicz Hospital among 8 women with medium degree of paravaginal defect aged 48 to 71 years in the period of 10 to 39 months from operation with use of TVT (n=3) or IVS (n=5). Results. Taking into account possibility of adhesions operations were done with big caution. In all patients we succeeded to conduct colposuspension. In one case in woman after IVS, because of adhesions, we conducted vaginal elevation only on one side. Operations and postoperative period proceeded without any complications. Conclusions. Among patients after operation with use of retropubic tapes TVT and IVS Burch colposuspension is possible to conduct. Adhesions which occur in Retzius space oblige to big caution during bladder preparation. In individual cases there is possible to conduct one side colposuspension.

Key words: genuine stress incontinence, Burch colposuspension, TVT, IVS, reoperations

Adres do korespondencji:

dr med. **Edyta Wlazlak**, Klinika Ginekologii i Onkologii Ginekologicznej, I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego, Szpital im. M. Madurowicza, ul. Wileńska 37, 94-029 Łódź, tel. +48 42 686 04 71, e-mail: edytawlazlak@wp.pl

W ciągu ostatnich 10 lat w zakresie operacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM) u kobiet nastąpiły rewolucyjne zmiany technologiczne [1–3]. Podniesiono również jakość prowadzonych analiz [4–6]. W konsekwencji powinno to doprowadzić do pełniejszej indywidualizacji stosowanych zabiegów – zmniejszenia liczby powikłań, poprawy wyników leczenia, z lepszą satysfakcją chorych włącznie, skrócenia czasu przeprowadzanych zabiegów, obniżenia kosztów leczenia [3, 7, 8]. Pomimo tego efekty są ciągle niezadowolające. Dotyczy to zarówno efektywności terapii, jak i częstości powikłań śródoperacyjnych i pooperacyjnych. Skuteczność operacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM) nadal nie osiągnęła 100% [3]. Dlatego w codziennej praktyce spotykać można pacjentki, u których zabieg nie przyniósł w zakresie WNM efektu wcale, stopień poprawy nie usatysfakcjonował lub po pewnym czasie od operacji nastąpił nawrót dolegliwości WNM. W tych przypadkach często podejmuje się decyzję o wykonaniu kolejnej operacji.

Cel

Celem analizy była ocena przebiegu kolposuspensji sposobem Burcha oraz okresu okołoperacyjnego i pooperacyjnego u pacjentek z objawami WNM po zabiegach z użyciem beznapięciowych taśm monofilamentowych TVT lub multifilamentowych IVS.

Materiał i metody

Operacje sposobem Burcha wykonano w Klinice Ginekologii i Onkologii Ginekologicznej I Katedry Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w Szpitalu im. M. Madurowicza u 8 pacjentek z defektem bocznym miernego stopnia w wieku 48–71 lat, w 10–39 mies. od zabiegu TVT (Gynecare, Johnson&Johnson) (n=3) i IVS (Tyco) (n=5) z objawami wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM) II i III stopnia bez cech pęcherza nadreaktywnego mokrego i suchego. Wstępnej kwalifikacji do rodzaju leczenia dokonywano na podstawie wystandaryzowanego wywiadu lekarskiego i badania klinicznego. Po zaakceptowaniu przez chore sposobu leczenia, w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania, przeprowadzano kompleksową diagnostykę obejmującą 7-dniowy dzienniczek mikcji, godzinny test podpaskowy, badanie urodynamiczne (obejmujące ocenę zalegania moczu po mikcji, cystometrię oraz profilometrię w spoczynku i podczas kaszlu), USG narządu płciowego.

Wyniki

Kolposuspensję wykonywano wg wskazówek prof. E. Petriego z Niemiec [9]. Powłoki brzuszne nacinano po-

przecnie na długości 5–10 cm. Podczas operacji w obrębie przestrzeni Retziusa stwierdzano podczas każdego z zabiegów mierne zrosty będące najprawdopodobniej konsekwencją wcześniejszego zakładania taśmy beznapięciowej. Powodowało to konieczność bardzo delikatnego i powolnego preparowania w obrębie przestrzeni Retziusa częściowo na tępo, częściowo na ostro z użyciem nożyczek i/lub noża elektrycznego. Starano się omijać miejsca założenia taśm. W większości przypadków stwierdzono prawidłową lokalizację taśmy. U 1 chorej, zdaniem operujących, taśma była założona zbyt szeroko. W tej sytuacji, w celu uzyskania dostępu do pochwy w odpowiedniej przestrzeni, konieczne było wyłonienie taśmy na ostro ze zrostów po jednej stronie, co udało się skutecznie wykonać bez resekcji taśmy. W 1 przypadku u pacjentki po IVS, ze względu na duże zrosty po jednej stronie, dokonano kolposuspensji tylko po drugiej stronie. Po operacji rutynowo nie stosowano drenażu przestrzeni Retziusa. Pacjentki miały założony do pęcherza cewnik Foleya przez 2 doby. Po usunięciu cewnika kontrolowano zaleganie moczu po mikcji, aż do uzyskania wyniku poniżej 100 ml. Szew śródskórny wyjmowano w 5. dobie. Planowo wypisywano pacjentkę do domu w 6. dobie od operacji. Operacje oraz okres pooperacyjny przebiegły bez powikłań. Pacjentki były wypisane typowo, to jest w 6. dobie po operacji. W żadnym przypadku nie stwierdzono śródoperacyjnego krwawienia przekraczającego 200 ml ani krwiaka. Nie stwierdzono ani jednego przypadku zalegania moczu po mikcji, występującego powyżej 12 godz. od wyjęcia cewnika Foleya.

Dyskusja

Do operacyjnego leczenia WNM coraz chętniej stosowane są zabiegi z użyciem sztucznych siatek oraz różniejsze metody ich zakładania. Obserwuje się stały postęp technologiczny i ciągłe poszukiwanie mało inwazyjnych metod operacyjnych, poprzez wprowadzanie coraz nowszych materiałów protezujących, nowoczesnych systemów ich zakładania oraz różnorodnych narzędzi chirurgicznych [1–3]. Przegląd dotychczasowych wyników wskazuje, iż kolposuspensja sposobem Burcha w zakresie odległych, tj. 10–15-letnich obserwacji charakteryzuje się najwyższą skutecznością w porównaniu z innymi operacjami. Tak odległych wyników w zakresie nowych generacji taśm beznapięciowych (zakładanych załonowo i przez otwór zastoniony) nie ma. Najdłuższe obserwacje, 7-letnie, dotyczą taśmy TVT. Metaanaliza krótkotrwałych efektów, oceniona na podstawie wyników badań retrospektywnych i prospektywnych wskazuje na ok. 90% skuteczność wyleczenia, jeżeli operacja sposobem Burcha była pierwszym zabiegiem wykonanym z powodu WNM oraz na ok. 82% skuteczności, jeżeli była to kolejna operacja. Analiza średnio- i długoterminowych (5–12 lat) wyników badań potwierdza utrzy-

mywanie się efektów w czasie u ok. 69–90% pacjentek. Kolposuspensja uznawana jest za najskuteczniejszy sposób operacyjnego leczenia WNM w przypadku uszkodzeń anatomicznych pod postacią uszkodzenia bocznego miernego i dużego stopnia [3, 4, 10–12]. Obecnie dysponujemy atrakcyjnymi alternatywami dla kolposuspensji sposobem Burcha w przypadku uszkodzenia bocznego miernego stopnia. Są to taśmy beznapięciowe, zakładane załonowo [1, 2]. Wśród zabiegów z użyciem sztucznych taśm beznapięciowych TVT poddana została najdokładniejszemu analizom [3, 4, 10–12]. IVS jest taśmą, w stosunku do której autorzy dysponują odległymi wynikami [3, 13]. Początkowo w prezentowanym badaniu stosowano monofilamentowe TVT. Następnie, ze względu na niższe koszty zakupu oraz wstępne dane sugerujące, że taśma IVS jest co najmniej równie dobra, jak TVT, stosowano multiflamentową taśmę IVS. Ze względu na powikłania infekcyjne, które stwierdzono po multiflamentowej taśmie IVS – zostały one potwierdzone również w piśmiennictwie światowym [7, 13] – w ośrodku, w którym pracują autorzy ponownie zaczęto używać monofilamentowych TVT.

Do zabiegów z użyciem taśm beznapięciowych w Klinice Ginekologii i Onkologii Ginekologicznej I Katedry Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi kwalifikuje się m.in. pacjentki z uszkodzeniem bocznym miernego stopnia, u których można również zastosować kolposuspensję sposobem Burcha. Kwalifikacja do rodzaju operacji jest bardzo zindywidualizowana. Pod uwagę brane są m.in. wiek pacjentki, choroby, występowanie lub brak urodynamicznych cech niewydolności zwieracza wewnętrznego cewki moczowej (ISD – *intrinsic sphincter deficiency*), dotychczas wykonane operacje uroginekologiczne, towarzyszące uszkodzenia anatomiczne. U kobiet młodszych preferuje się kolposuspensję, u starszych, zwłaszcza schorowanych i z urodynamicznymi cechami ISD częściej sięga się po taśmy beznapięciowe. Obecnie do dyspozycji są również taśmy zakładane przez otwory zasłonięte. Prawdopodobnie ryzyko powstania zrostów w przestrzeni Retziusa po ich założeniu jest mniejsze. U pacjentek z nawrotami WNM po tych taśmach kolposuspensja sposobem Burcha może być łatwiejsza do wykonania niż po zabiegach z użyciem taśm załonowych. Należy jednak pamiętać, że dla taśm zakładanych przez otwory zasłonięte brak jest odległych wyników zarówno w zakresie skuteczności, jak i powikłań [3]. Na istotne ograniczenie rozległości preparatyki przestrzeni pęcherzowo-pochwowej pozwala nowy system Gynecare TVT Secur. Jest to nowy system, nie są zatem znane dokładne wyniki dotyczące zarówno skuteczności, jak i potencjalnych powikłań [14].

W publikacjach prezentowanych w bazie medycznej Pub Med można znaleźć dużą liczbę prac poświęconych kolposuspensji sposobem Burcha i taśmom załonowym. Natomiast niewiele informacji dotyczy kolposuspensji sposobem Burcha wykonywanych u kobiet po niesku-

tecznym zabiegu z użyciem załonowych taśm beznapięciowych nowej generacji [11]. U badanych pacjentek kolposuspensję udało się wykonać we wszystkich przypadkach. W jednym, ze względu na wzrosty, wykonano podwieszenia pochwy tylko po jednej stronie.

Wnioski

U pacjentek po operacji z użyciem taśm załonowych TVT i IVS kolposuspensja sposobem Burcha jest możliwa do wykonania.

Zrosty występujące w obrębie przestrzeni Retziusa zmuszają do bardzo ostrożnego preparowania. W pojedynczych przypadkach uniemożliwiają bezpieczne odpreparowanie pęcherza. W takich sytuacjach możliwe jest wykonanie jednostronnej kolposuspensji.

Są to wnioski wstępne. Konieczne są dalsze obserwacje na większym materiale przez dłuższy czas. Powinny one także dać odpowiedź o zakresie skuteczności działania kolposuspensji jednostronnej.

Piśmiennictwo

1. Rechberger T. Nowości w diagnostyce i leczeniu zabiegowym nietrzymania moczu u kobiet. *Przew Lek* 2007; 2: 94-100.
2. Rechberger T. Podstawy teoretyczne, materiały protezujące oraz aktualne trendy operacyjne w nowoczesnej uroginekologii. *Gynekol Pol* 2007; 4: 274-9.
3. Smith A, Daneshgari F, Dmochowski R, et al. Surgery for Urinary Incontinence in Women. In: *Incontinence* (Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, (ed.). 3rd International Consultation on Incontinence Monte Carlo 2004. Healthcare Information Management Solutions 2005; 1297-370.
4. Gillera J, Zimmern P. An evidence-based approach to the evaluation and management of stress incontinence in women. *Curr Opin Urol* 2005; 15: 236-43.
5. Hilton P. Commentary. Trials of surgery for stress incontinence – thoughts on the “Humpty Dumpty principle”. *BJOG* 2002; 109: 1081-8.
6. Ward K, Hilton P. Prospective multicentre randomised trial of tension-free vaginal tape and colposuspension as primary treatment for stress incontinence. *BMJ* 2002; 325: 67-74.
7. Meschia M, Pifarotti P, Bernasconi F. Tension-free vaginal tape: analysis of outcomes and complications in 404 stress incontinent women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001; 12: 24-5.
8. Miękoś E, Sosnowski M, Zydek C i wsp. Powikłania po operacjach Tension-free Vaginal Tape (TVT) w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet. *Prz Menopauz* 2006; 5: 292-7.
9. Surkont G, Właźlak E, Kowalski A i wsp. Kolposuspensja sposobem Burcha – analiza powikłań na materiale własnym. *Gynekol Pol* 2007; 4: 288-92.
10. Suzin J, Surkont G, Właźlak E. Operacje kolposuspensyjne – ich rola we współczesnej uroginekologii. W: *Nietrzymanie moczu u kobiet*. Rechberger T, Jakowicki J (red.). BiFolium Lublin 2005; 227-34.
11. Wei T, Su T. Tension-free vaginal tape failure caused by sling displacement and successfully retreated using Burch colposuspension. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 385-6.
12. Abouassaly R, Steinberg J, Lemieux M, et al. Complications of tension-free vaginal tape surgery: a multi-institutional review. *BJU Int* 2004; 94: 110-3.
13. Surkont G, Właźlak E, Sobieszko D i wsp. Operacja IVS – analiza przebiegu okresu okołoperacyjnego (część 2.). *Prz Menopauz*. 2005; 4: 51-4.
14. Adamiak A, Skorupski P. System Gynecare TVT Secur. W: *Uroginekologia praktyczna*. Rechberger T (red.). BiFolium, Lublin 2007; 293-4.