

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego **dotyczące profilaktyki oraz leczenia zaburzeń statyki narządów płciowych i wysiłkowego nietrzymania moczu u pacjentek zakwalifikowanych do histerektomii**

Dnia 28 lutego 2009 roku odbyło się spotkanie grupy ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, którego celem było wypracowanie rekomendacji dotyczących profilaktyki oraz leczenia zaburzeń statyki narządów płciowych (zsnp) i wysiłkowego nietrzymania moczu (wnm) u pacjentek zakwalifikowanych do histerektomii.

Zalecenia zostały opracowane na podstawie aktualnego, dostępnego piśmiennictwa i doświadczeń własnych.

W spotkaniu udział wzięli:

Andrzej Skręt – przewodniczący, Kliniczny Oddział Ginekologii i Położnictwa Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Medyczny, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Rzeszów

Jan Kotarski – przewodniczący, I Katedra i Klinika Ginekologii, AM, Lublin

Włodzimierz Baranowski – Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa

Antoni Basta – Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa, Collegium Medicum UJ, Kraków

Andrzej Malinowski – Klinika Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, Łódź

Maciej Naróg – Kliniczny Oddział Ginekologii i Położnictwa, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Medyczny, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Rzeszów

Ewa Nowak-Markwitz – Klinika Onkologii Ginekologicznej, UM, Poznań

Tomasz Rechberger – II Katedra i Klinika Ginekologii, UM, Lublin

Joanna Skręt-Magierło – Kliniczny Oddział Ginekologii i Położnictwa, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Medyczny, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Rzeszów

Rafał Tarkowski – I Katedra i Klinika Ginekologii, AM, Lublin

Histerektomia jest najczęściej wykonywaną operacją ginekologiczną u kobiet. Występowanie zaburzeń statyki narządów płciowych po wykonanej histerektomii, z ich krańcową postacią, jaką jest wypadanie kikuta pochwy jest dużym problemem naszej specjalności.

Celem rekomendacji jest wskazanie, jak należy postępować, żeby maksymalnie ograniczyć częstość występowania tego powikłania.

Każda pacjentka zakwalifikowana do operacji zaburzeń statyki musi mieć wykonane badanie cytologiczne i/lub kolposkopowe oraz ultrasonografię przezpochwową.

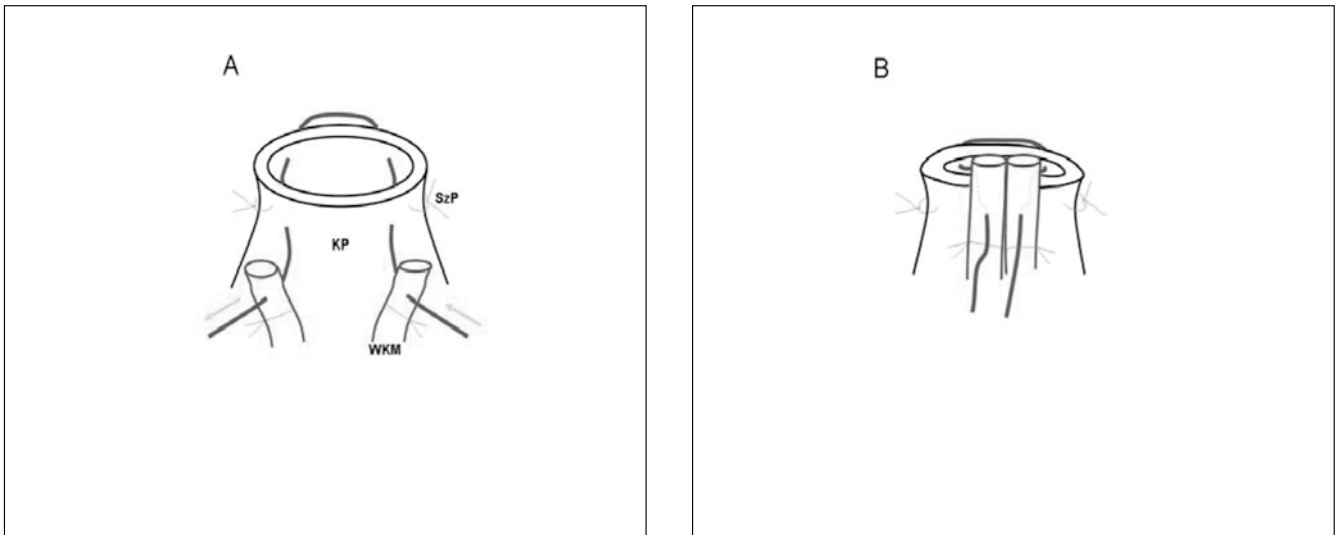
Zastosowanie metod alternatywnych i oszczędzających zamiast histerektomii

Histerektomia jest czynnikiem ryzyka wystąpienia zaburzeń statyki narządów płciowych. Rekomenduje się, żeby tam, gdzie to jest możliwe, zastosować techniki oszczędzające lub alternatywne do histerektomii. Przed decyzją o pozostawieniu macicy, należy wykonać przezpochwowe USG, diagnostykę szyjki macicy (cytologię i/lub kolposkopię) oraz w uzasadnionych przypadkach biopsję frakcjonowaną *endometrium* i *endocervix*.

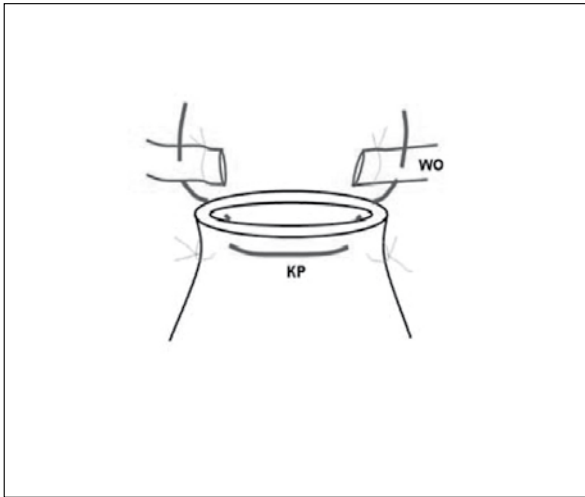
Nie rekomenduje się pozostawienia macicy u pacjentki z ryzykiem choroby nowotworowej. Wśród zabiegów oszczędzających, które mogą być wykonane w miejsce histerektomii, zaleca się miomektomię konserwatywną, histeroskopową resekcję mięśniaka i ablację *endometrium*.

Leczenie zaburzeń statyki narządów płciowych w przypadku patologii szyjki macicy

Rekomenduje się odroczenie leczenia zaburzeń statyki narządów płciowych do czasu ukończenia diagnostyki histopatologicznej w wypadku następujących patologii szyjki macicy i jej kanału: nieprawidłowy rozmaz i/lub obraz kolposkopowy, polip szyjki, brodawczak.



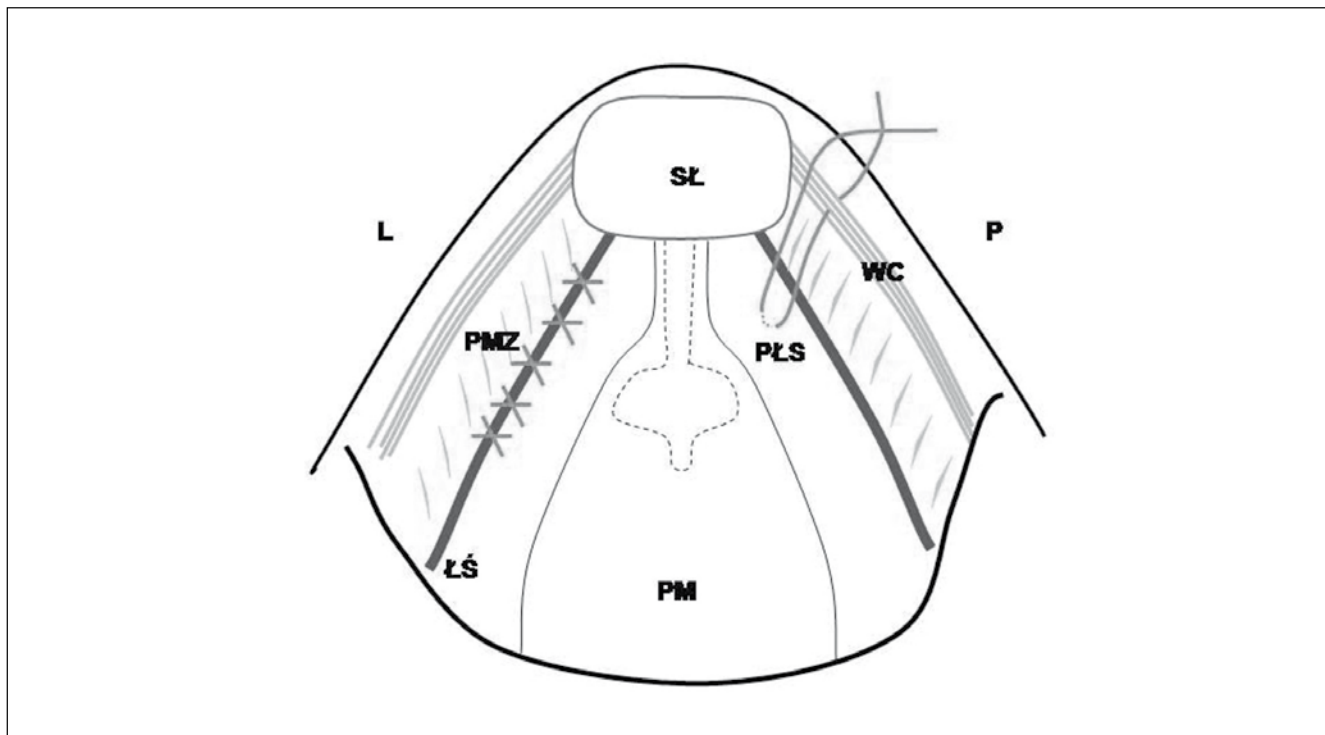
Rycina 1. Umocowanie kikutu pochwy do więzadeł krzyżowo-macicznych. A – zakładanie szwu. B – stan po dociągnięciu szwu. Uprzednio założone szwy przypochowia (SzP), kikut pochwy (KP), kikuty więzadeł krzyżowo-macicznych (WKM).



Rycina 2. Umocowanie kikutu pochwy na kikutach więzadeł obłych. Kikut pochwy (KP), więzadła obłe (WO).



Rycina 3. Operacja sposobem McCalla. A. Założenie szwu na kikuty więzadeł krzyżowo-macicznych z objęciem tylnej ściany pochwy. B. Założenie drugiego szwu mocującego (powyżej pierwszego szwu). C. Założenie trzeciego szwu mocującego.



Rycina 4. Operacje z dostępu załonowego korygujące defekt poziomy II wg DeLanceya. Po stronie prawej (P) – operacja sposobem Burcha fiksująca powięź łonowo-szyjkową (PŁS) do więzadła Coopera (WC), po stronie lewej (L) operacja korygująca defekt boczny, fiksacja powięzi oderwanego łuku ścięgnistego do powięzi mięśnia załonowego wewnętrznego (PMZ).

W wypadku przerostu i/lub wydłużenia części pochwowej szyjki macicy nie rekomenduje się wykonania histerektomii, jeśli trzon macicy nie wykazuje patologii. W takiej sytuacji rekomenduje się operację Fothergilla (operacja manchesterska).

Jedynie w przypadku stwierdzenia przerostu i/lub wydłużenia szyjki macicy z innymi defektami zaburzeń statyki narządów płciowych, rekomenduje się jednoczasową amputację szyjki macicy z korektą tych defektów.

Czy podczas leczenia zaburzeń statyki narządów płciowych należy usuwać niezmienną macicę?

Usunięcie macicy, w której nie rozpoznaje się zmian patologicznych w trakcie leczenia operacyjnego zaburzeń statyki narządów płciowych nie poprawia wyników tego leczenia. Dlatego nie zaleca się rutynowego usuwania macicy podczas operacji zaburzeń statyki narządów płciowych i wysiłkowego nietrzymania moczu.

Rekomenduje się następujące operacje korekcyjne zaburzeń statyki narządów płciowych i wysiłkowego nietrzymania moczu przy zachowanej macicy lub zachowanej jej części: sakrokolpopexja brzuszna lub laparoskopowa, podwieszenie do więzadła krzyżowo-kolcowego, operacje korekcyjne defektów przedniej ściany pochwy z zastosowaniem materiałów protezujących (ang. *double TOT*, czyli operacja korygująca wypadanie przedniej ściany pochwy z użyciem materiału protezującego stabilizowanego przez otwory załonowe) i tylnej ściany

pochwy (operacja korygująca wypadanie tylnej ściany pochwy z wykorzystaniem materiałów protezujących przechodzących przez więzadła krzyżowo-kolcowe).

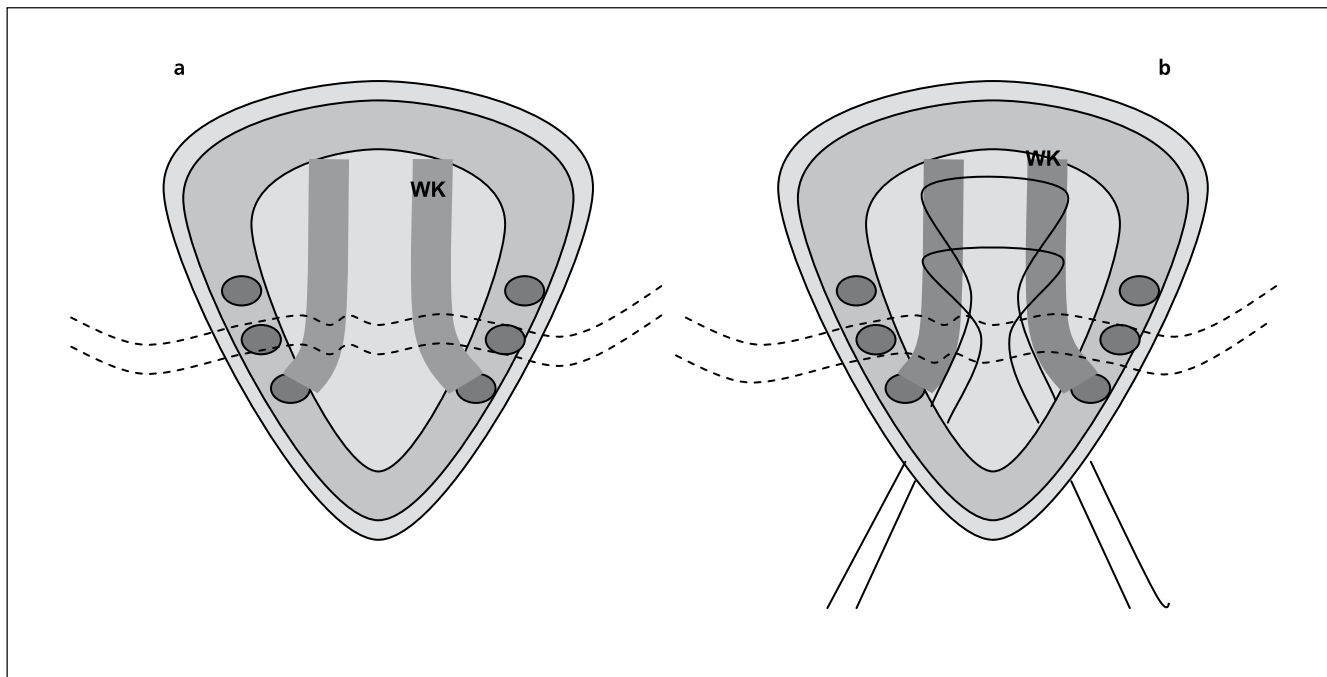
Nie zaleca się ograniczenia leczenia operacyjnego zaburzeń statyki narządów płciowych i wysiłkowego nietrzymania moczu do wykonania plastyk z wyjątkiem wybranych przypadków izolowanego defektu środkowego przedniej ściany pochwy.

Leczenie i profilaktyka zaburzeń statyki narządów płciowych podczas histerektomii brzusznej

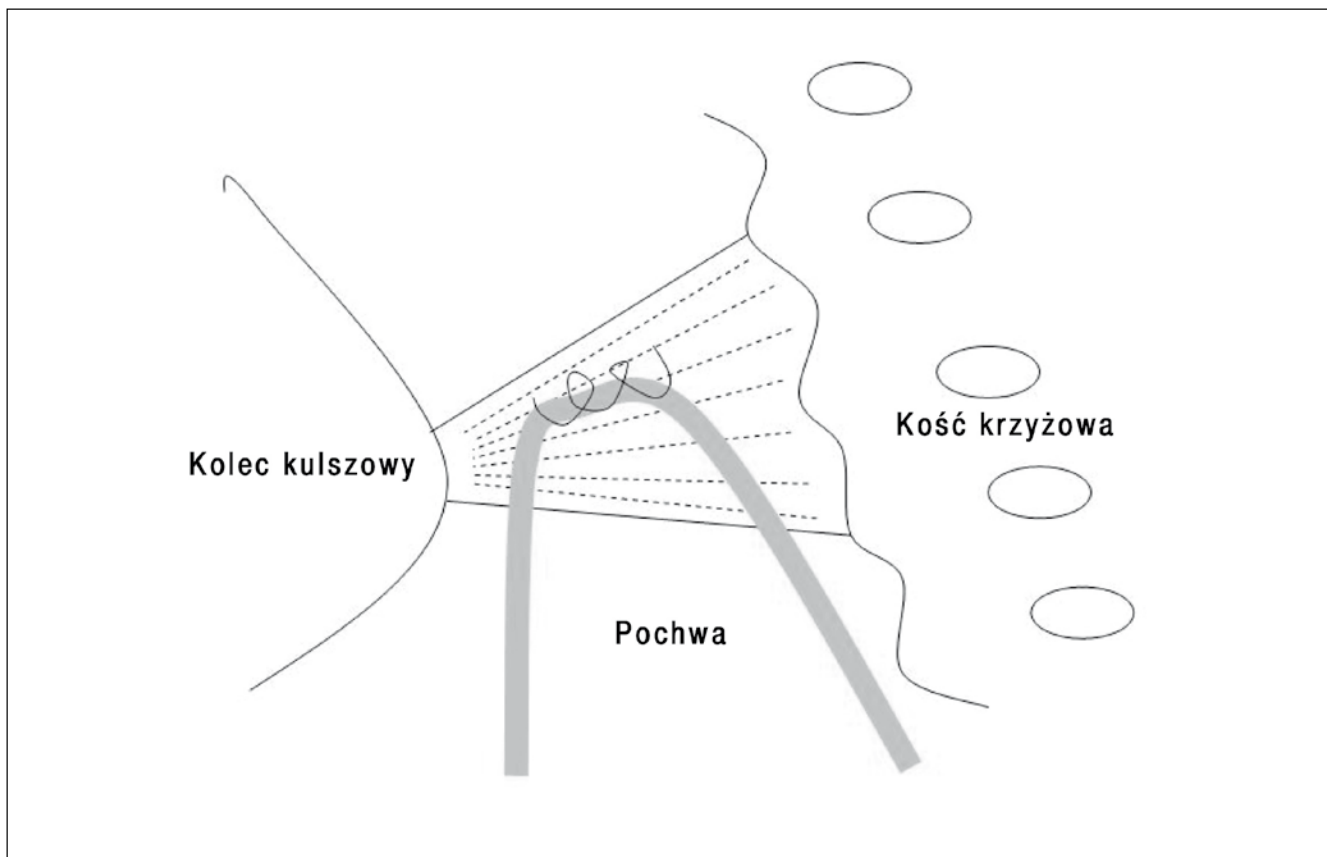
W histerektomii brzusznej rekomenduje się następujące metody zapobiegania wypadaniu kikuta pochwy: umocowanie kikuta pochwy do więzadeł krzyżowo-maciczych, umocowanie kikuta pochwy do więzadeł obłych, operacja sposobem McCalla, operacja sposobem Burcha oraz korekcja defektu boczno-zawieszenia pochwy. (Ryciny 1-4).

W czasie wykonywania histerektomii brzusznej u kobiety z zaburzeniami statyki narządów płciowych dotyczących I i II poziomu wg DeLanceya, rekomenduje się operację sposobem McCalla.

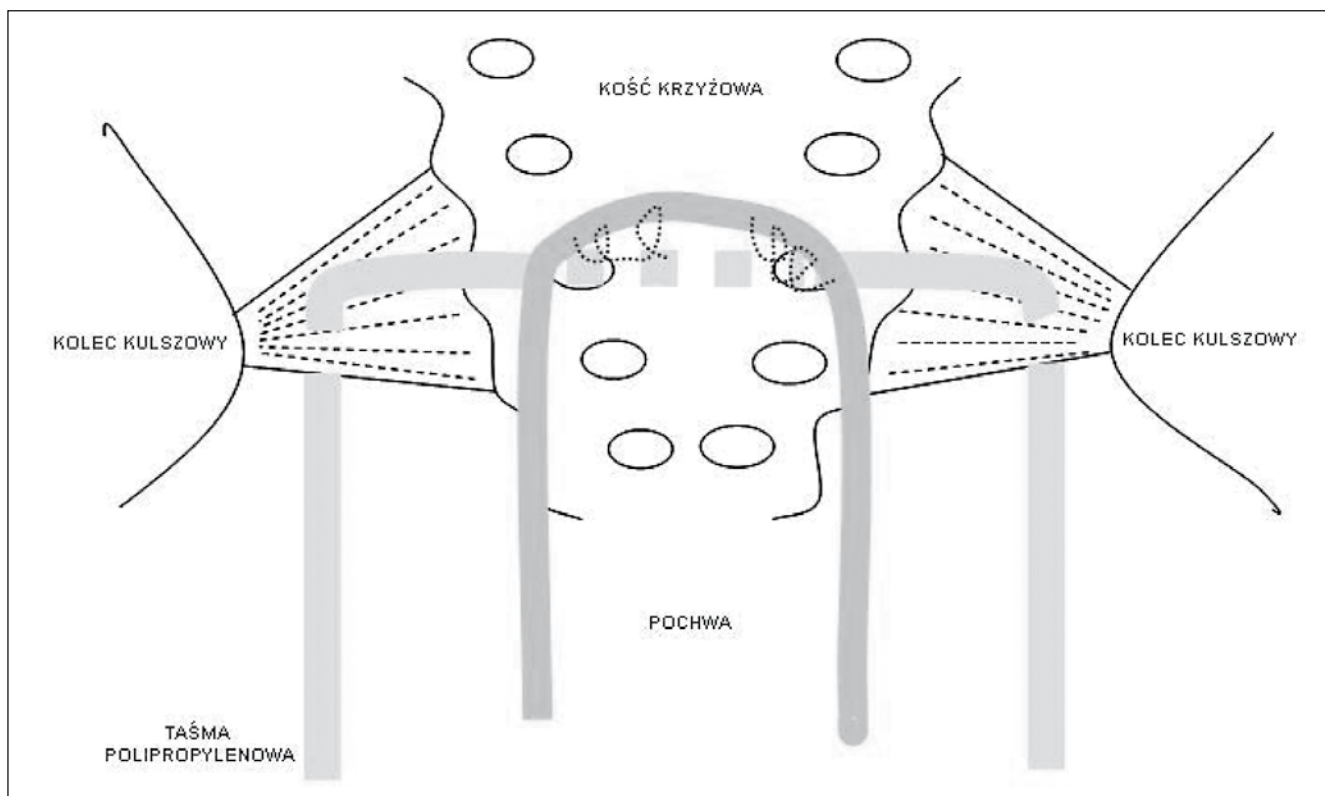
W wypadku współistnienia wysiłkowego nietrzymania moczu rekomenduje się operację sposobem Burcha z wyłączeniem pacjentek z cewką niskociśnieniową. Przy występowaniu defektu boczno-zawieszenia pochwy należy rozważyć korekcję defektu boczno-zawieszenia pochwy.



Rycina 5. Podwieszenie kikuta pochwy oraz plastyka enterocoele sposobem McCalla po histerektomii pochwowej (WK – więzadła krzyżowo-maciczne),
a – założenie szwów wewnętrznych (nierozpuszczalnych) na oba więzadła krzyżowo-maciczne i otrzewną.



Rycina 6. Podwieszenie kikuta pochwy do więzadła krzyżowo-kolcowego.



Rycina 7. Podwieszenie szczytu pochwy do obu więzadeł krzyżowo-kolcowych za pośrednictwem taśmy protezującej (najczęściej polipropylenowej).

Leczenie i profilaktyka zaburzeń statyki narządów płciowych podczas histerektomii pochwowej

Rekomenduje się, by histerektomia pochwowa nie była rutynowym elementem leczenia zaburzeń statyki narządów płciowych w przypadku braku patologii macicy, a zwłaszcza, by nie wykonywać histerektomii bez wskazań medycznych u pacjentek, u których stosuje się równoległe materiały protezujące ze względu na zwiększone ryzyko wystąpienia powikłań śród- i pooperacyjnych. Zaleca się, by profilaktycznie, we wszystkich przypadkach histerektomii pochwowej u pacjentek bez zaburzeń statyki narządów płciowych, przyszywać więzadła krzyżowo-maciczne do ściany pochwy.

Nie rekomenduje się zszywania do kikuta pochwy przydatków ze względu na ryzyko krwawienia i dyspareunii. Nie zaleca się rutynowego wykonywania peritonizacji.

W wypadku zaburzeń statyki narządów płciowych małego stopnia (POP-Q I), zwłaszcza dotyczących enterocoele, należy dokonać podwieszenia sposobem McCalla. (Rycina 5).

W przypadku istnienia bardziej zaawansowanych zaburzeń statyki narządów płciowych (POP-Q II-IV) rekomenduje się podwieszenie kikuta pochwy do więzadła krzyżowo-kolcowego bezpośrednio lub za pośrednictwem materiałów protezujących. (Ryciny 6 i 7).

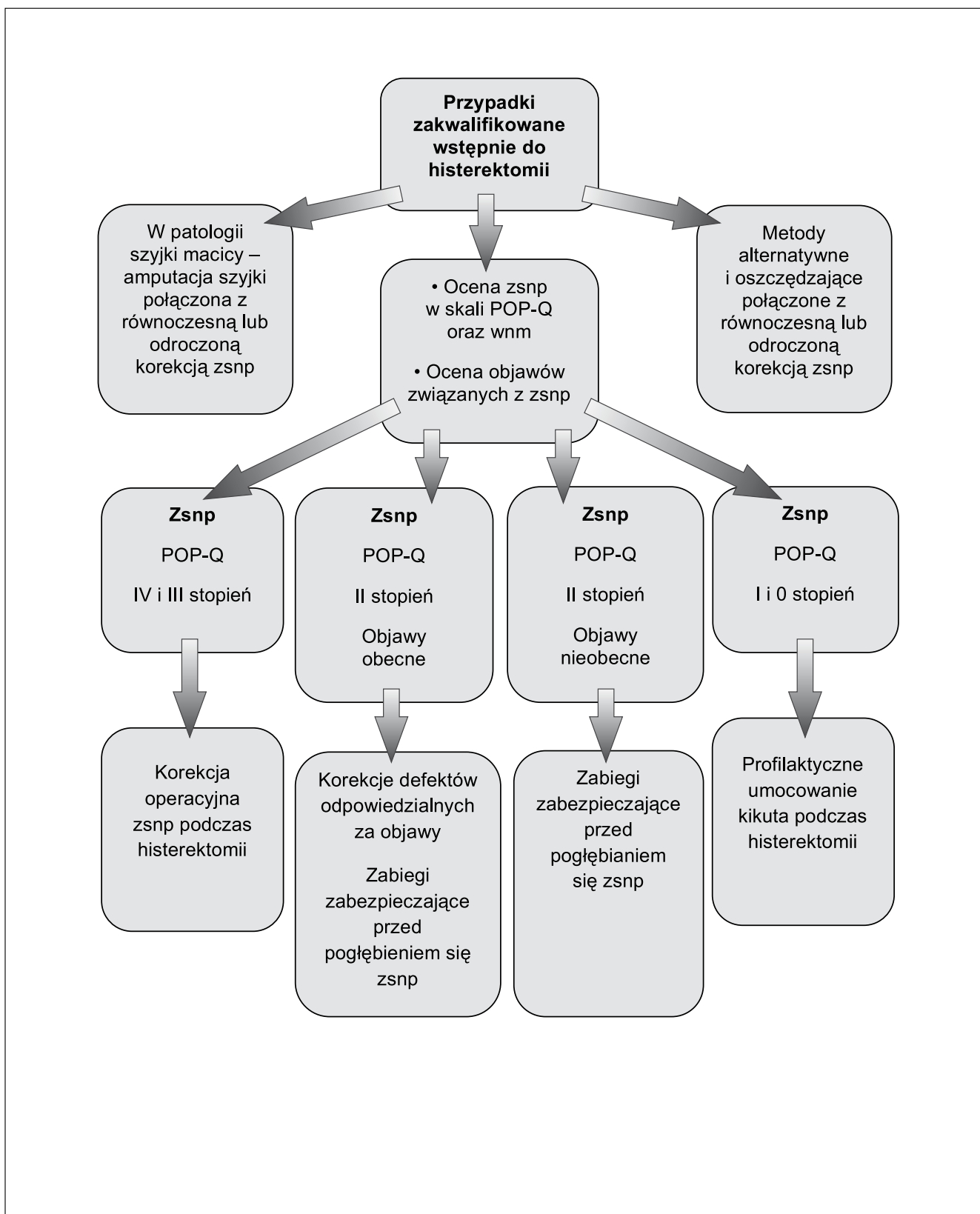
W leczeniu cystocoele zaleca się wykonanie korekcy adekwatnej do stwierdzonego defektu: w wypadku izolowanego defektu centralnego – zeszytce powięzi tonowo-szyjkowej ewentualnie z użyciem materiałów protezujących. W defekcie bocznym cystocoele zaleca się zastosowanie materiałów protezujących. Celem ustabilizowania położenia siatki, jej ramiona powinny być przeprowadzone przez otwory zastłonię (ang. *double TOT*).

W wypadku defektu tylnej ściany pochwy poziomu II rekomenduje się tradycyjne zeszytce powięzi odbytniczo-pochwowej lub zastosowanie materiałów protezujących. W wypadku defektu poziomu III rekomenduje się odtworzenie środka ścięgniętego krocza.

Nie zaleca się zszywania mięśni dźwigaczy odbytu poza przypadkami znacznego poszerzenia rozworu moczowo-płciowego (*hiatus urogenitalis*) ponad 2cm. Nie należy rutynowo odtwarzać środka ścięgniętego krocza u kobiet starszych. W wypadku współistnienia różnych defektów, powinno się jednocześnie wykonać korekcję wszystkich defektów przy zastosowaniu wyżej opisanych technik.

W przypadku zdiagnozowanego wysiłkowego nietrzymania moczu i konieczności wykonania histerektomii pochwowej zaleca się jednoczesne leczenie operacyjne wysiłkowego nietrzymania moczu stosując jedną z technik beznapięciowego podparcia cewki moczowej taśmą z materiału biomedycznego z dostępu przez otwory zastłonię. Nie jest błędem odroczenie operacji korekcyjnej wysiłkowego nietrzymania moczu do 3-4 miesięcy od wykonania histerektomii pochwowej.

Rycina 8. Schemat postępowania profilaktycznego i leczniczego w zaburzeniach statyki narządów płciowych u pacjentek zakwalifikowanych do histerektomii.



Leczenie i profilaktyka zaburzeń statyki narządów płciowych podczas histerektomii laparoskopowej

Istnieją nieliczne doniesienia o zwiększonym odsetku powikłań w postaci wypadania kikutu pochwy po histerektomiach laparoskopowych.

Rekomenduje się, żeby techniki zapobiegania i leczenia zaburzeń statyki narządów płciowych podczas histerektomii laparoskopowej nie różniły się od tych stosowanych podczas histerektomii wykonywanej drogą brzuszną. (Ryciny 1-4).

W wypadku współistnienia patologii narządów płciowych wymagających wycięcia macicy z zaburzeniami statyki narządów płciowych rekomenduje się podwieszenie kikutu pochwy do więzadeł krzyżowo-maciczych (szew McCalla – rycina 3) lub sakrokolpopeksję z użyciem monofilamentowej miękkiej siatki polipropylenowej. W wypadku cystocoele i jednoczesnego wysiłkowego nietrzymania moczu można wykonać laparoskopową operację sposobem Burcha.

Leczenie i profilaktyka zaburzeń statyki narządów płciowych podczas histerektomii ze wskazań onkologicznych

Histerektomię wykonuje się jako element leczenia operacyjnego raka szyjki macicy, nowotworów złośliwych trzonu macicy i jajnika oraz raka jajowodu. Leczenie nowotworu jest celem nadrzędnym i powinno być przeprowadzone zgodnie z określonymi regułami.

W histerektomii wykonanej ze wskazań onkologicznych rekomenduje się profilaktyczne podwieszenie kikutu do więzadeł krzyżowo-maciczych i/lub więzadeł obłych.

Nie rekomenduje się rutynowego wykonywania operacji korekcyjnej defektów II i III poziomu wg DeLanceya ze względu na możliwość wystąpienia odległych powikłań po ewentualnej radioterapii (skrócenie i zwężenie pochwy).

W przypadkach wysiłkowego nietrzymania moczu, u chorych, u których nie przewiduje się radioterapii, rekomenduje się operację sposobem Burcha i techniki beznapięciowego podparcia cewki moczowej. W pozostałych przypadkach, należy odroczyć leczenie operacyjne wysiłkowego nietrzymania moczu do momentu zakończenia radioterapii.

W wypadku usunięcia macicy ze wskazań onkologicznych nie rekomenduje się leczenia operacyjnego zaburzeń statyki narządów płciowych z zastosowaniem implantów ze względu na ryzyko powikłań (infekcja, erozja, martwica), które mogłyby spowodować odroczenie leczenia uzupełniającego.