

KIS CSITÁRI ISTVÁN, MÁRKUS LÁSZLÓ

**A méh és a hüvely teljes előesésével
kombinálódott stressz inkontinencia együttes,
egyidejű műtéti megoldása
Kolpokleizis mediána és TVT.**

Összefoglalás:

Közismert, hogy a női medencefenék süllyedésével járó kórképek gyakran kombinálódnak vizelet inkontinenciával. Arról azonban ritkábban esik szó, hogy olykor maga a deszcenzust korigálni hivatott műtét idéz elő másodlagosan vizeletinkontinenciát. Jelen munkánk két külön-külön már jól bevált műtéti eljárás együttes alkalmazásáról számol be. A beavatkozások még együttesen is gyorsan, a beteg számára nem nagy megterheléssel elvégezhetők és az irodalmi adatok alapján adekvátak mind az elsődleges, mind a másodlagos stressz típusú vizeletinkontinencia kezelésében.

Summary:

It is well known that the descensus of the female pelvic floor is often combined with urinary incontinence. The issue of urinary incontinence caused by the intervention aimed at correcting the descensus itself is rarerly discussed. This paper reports from the combined use of both interventions those separately were proven before. Applying them together is fast and does not expose the

patient to extrem burden. According literature they are adequate to treat both primary and secondary stress urinary incontinence.

Az életkor előre haladtával a hüvely és a méh részéről egyre gyakrabban fordulnak elő süllyedéssel megbetegedések, amelyek ciszta-rektokéle, enterokéle, részleges vagy teljes méh- és hüvelyelőesésben nyilvánulhatnak meg. Hajlamosító tényezők közé soroljuk a változókorú ösztrogén hiányt, nagy magzatok születését, az anamnézisben szereplő elhúzódó, akár több napig tartó vajúrást, előzményben szereplő nőgyógyászati műtétet. Így tekintjük továbbá a krónikus obstruktív tüdőbetegséget, a nehéz fizikai munkát, a székrekedést, az obezitást, tehát mindazon állapotokat, melyek abdominális nyomásfokozódáshoz vezetnek. A medencefenék rendellenességei (vizeletinkontinencia, székletinkontinencia, a kismedencei szervek prolapszusa) sok nőt érintenek. Nygaard és munkatársai amerikai nőknél végezték a tünetekkel járó medencefenéki rendellenességek prevalencia becslését, 1961, 20 évnél idősebb nem terhes nő adatainak keresztmetszeti vizsgálatával. Azt találták, hogy legalább egy medencefenéki rendellenesség fennállásának súlyozott prevalenciája 23,7 % volt, a nők 15,7 %-a tapasztalt vizeletinkontinenciát, 9% székletinkontinenciát, 2,9 % a kismedencei szervek prolapszusát. A legalább egy rendellenességet említő nők aránya az életkorról együtt nőtt, 9,7 %-ról (20-39 éves nők) 49,7 %-ra (80 éves és annál idősebb). Szintén pozitív volt az összefüggés a paritással: 12,8%-tól, 18,4 %, 24,6%, 32,4%-ig (0, 1, 2, 3 vagy több szülés.) A különbség mindkét összefüggésre nézve szignifikáns volt. Túlsúlyos és obez nők nagyobb valószínűséggel számoltak be legalább egy medencefenéki rendellenességről, mint a normál testsúlyúak (26,3 % illetve 30,4 % szemben 15,1 %). Ez szintén szignifikáns különbség volt. A rasszok és etnikai csoportok közt nem volt különbség.¹

A patológiai háttér mindeközéig ismeretlen, de felmerül a kötőszövetek valamely defektusának lehetősége. Svéd adatok szerint a nők 10%-ánál okoz életminőség romlást a stressz inkontinencia, és ez az arány 70 éves korra 21%-ra nő².

Long és munkatársai szerint a súlyos uterovaginális prolapszus obstruktív tüneteket okozhat, ami elfedheti, vagy csökkenti a

vizeletcsorgást, az azonban nem tisztázott, hogy az uretra megtöretése, vagy a külső, az uretrára kifejtett kompresszió okozza-e az obstrukciót. Különböző típusú, egymástól elkülöníthető kismedencei szervelőesés részletes vizsgálata szükséges ahhoz, hogy a mechanizmus valóban világossá váljék. Ennek nyomán specifikus stratégiákat lehet majd kifejleszteni az uroinekológusok számára, melyek elősegíthetik a normál anatómia helyreállítását.³

A kolkleizis kombinálása a TVT-vel (feszülés mentes hüvelyszalag) javítja a vizelési panaszokat anélkül, hogy szignifikáns vizeletretenciót okozna. Ez a kombináció olyan idősebb stressz inkontinenciában szenvedő nőbetegeknél ajánlatos, akiknél kolkleizist terveznek, függetlenül attól, hogy preoperatív volt-e vizeletretenciójuk.⁴

A műtéti korrekció szükségessége nem kétséges, azonban a műtét típusát nagyban befolyásolja a kohabitáció vagy annak hiánya.

A méh és a hüvely teljes előesése esetén – amennyiben már nincs szexuális aktivitás – a mi gyakorlatunkban előkelő helyet kap a kolkleizis mediana (Neugebauer - Lefort) operáció. Az uterus eltávolítások utáni teljes hüvelyprolapszus eseteiben is sikerrel végezzük ezt a műtéti beavatkozást.

A stressz inkontinencia (urodinámiás vizsgálattal igazolt) műtéti megoldása céljából első választandó műtéti technika a TVT, ami már évek óta gyakorlatunk részét képezi – cisztocele megoldásával kombinálva is.

Vaginális hiszterekтомиák esetében – amennyiben urodinámiával igazolt stressz inkontinencia is szerepel – a mellső hüvelyplasztika mellett TVT szalag behelyezését is elvégezzük.

A méh és a hüvely teljes előesése, vagy méheltávolítás után a hüvely teljes előesése és stressz inkontinencia együttes előfordulása esetén kolkleizis mediána (Neugebauer – Lefort) és TVT szalag behelyezését végeztük – első alkalommal gyakorlatunkban. Ilyen párosításban végzett beavatkozást a magyar szakirodalomban még nem közöltek.

Anyag és módszer:

K. Gy.-né 59 éves beteg anamnézisében a vizelettartási rendellenesség és totál prolapszuson kívül pajzsmirigybetegség és magas vérnyomás szerepel.

2 spontán szülése volt és 2001 - ben vaginális hiszterekтомиán esett át az adnexumok konzerválásával.

A műtétet spinál anesztéziában végeztük, mivel a beteg közreműködése elengedhetetlen a TVT szalag pontos beállításához.

Műtét előtti kivizsgálásából kiemelnénk az inkontinencia pontos típusának meghatározását, ami indokolja a TVT szalag beültetést. Az urodinamiás készülék a Dantec cég (Norvégia) által gyártott Metronic duet logic Vitacon volt.

Az prolapszus stádiumát az International Continence Society ajánlása alapján IV. fokozatba soroltuk.

A műtét előtti kivizsgálás nagyon fontos része – amennyiben a műtétet meglévő uterus mellett végezzük – az endometrium állapotának ismerete. Minden esetben az endometrium vastagságának ultrahanggal történő mérése fontos. a rosszindulatú elváltozások és a hiperpláziák, mint rákmegelőző állapotok, tisztázása végett. 5 mm-nél vastagabb endometrium esetén frakcionált abráziót végzünk.

A beteg szexuálisan inaktív volt, így a hüvely bezárásához hozzájárult.

Műtét előtt lokális ösztrogén terápiába is részesült.

Műtét menete

Spinál anasztéziában történt, mivel a beteg aktív közreműködése szükséges a TVT szalag pontos beállításához. A TVT eljárást Ulmsten és munkatársai írták le 1996-ban.⁵

Kolpokleizist először Neugebauer végzett 1867-ben, viszont csak 1881-ben közölte az eljárást.⁶ Le Fort anélkül, hogy Neugebauer tevékenységét ismerte volna 1877-ben végzett először ilyen beavatkozást és még ebben az évben közölte is.⁷

A műtét előtt hezitálásra adott okot, hogy a TVT szalagot a műtét melyik fázisában helyezük fel, végül úgy döntöttünk, hogy először csak a mellső hüvelyfalon végezzük el a kolpokleizis mediána téglalap alakú metszését - harántul a külső uretra nyílás alatt 3-4 cm-el és alul a külső méhszáj felett kb. 2-3cm magasan vezetve. Mindkét oldalon elvégeztük a hosszanti metszéseket, ezzel komplettáltuk a téglalap alakot úgy, hogy mindkét oldalon kb. egy-egy ujjat befogadó csatorna tudjon kialakulni a váladék levezetésére. A kijelölt téglalap területéről a hámréteget vékony alappal lepreparáltuk a felső részéből kipreparáltuk a hólyagnyakat és felhelyeztük a TVT szalagot, azonban nem állítottuk be véglegesen, mivel a műtét befejezésével a vongálódás miatt a nyomás viszonyok változhatnak. A TVT szalag külső borítását nem távolítottuk el. Urológus szakorvos intraoperatív cisztoszkópos vizsgálata során rendben találta a hólyagot.

Ezek után a hátsó hüvelyfalon is elvégeztük mellső falival azonos alakú és nagyságú téglalap alakú metszést, majd a hámréteg lepreparálása után összevarrtuk a mellső és hátsó hüvelyfalat a műtét menete szerint.

A kolpokleizis mediána befejezése után a felhelyezett TVT szalagot a beteg közreműködésével a szokásos módon állítottuk be, majd zártuk a szuprapubikus metszéseket. A hólyagba tehermentesítő Foley katétert helyeztünk fel.

Megbeszélés

Egy 39 betegből álló tanulmányban súlyos kismedencei szervezőesést kísérő stressz típusú inkontinencia megoldására biztonságos és gyors módszernek találták a TVT a kolpokleizis és a gátplasztika együttes alkalmazását. 37 beteg nagyon elégedett volt a prolapszus ilyen megoldásával és 35-en az inkontinencia jelentős javulásáról számoltak be. Mindezt lokál anesztéziában szedáció mellett, és ezzel kikerülhető volt az általános anesztézia és a nagyobb invazivitással járó műtét.⁸

A kolpokleizis mediána számos előnnyel bír a teljes méh- és hüvelyelőesés ill. hisztorektómián átesett nőknél a teljes hüvelyelőesés műtéti kezelésében, különösképpen az előrehaladott

korú, egyéb betegségben is szenvedő esetekben. A műtéti terület regionális érzéstelenítése sokkal előnyösebb, mint az általános anesztézia, rövidebb a műtéti idő, kevesebb a vérvesztés és a műtéti szövődmény, mint a pl. a vaginális hiszterekktómia mellső-hátsó plasztika eseteiben. Utóbbi esetben magasabb a recidíva is.

Számos esetben a prolapszus és a stressz inkontinencia együttesen fordul elő, ami az életminőséget nagymértékben rontja és sok esetben a betegek társadalomból való kirekesztettségéhez vezet.

A műtét hátránya, hogy későbbiek során a méh esetleges megbetegedései rejtve maradhatnak, mint pl. méhtestrák, és sok esetben a műtét után alakulhat ki az inkontinencia.

Egy 2000 és 2002 között végzett, 64 betegre kiterjedő amerikai tanulmány szerint 30 olyan betegnél, akinél nem volt preoperatív stressz típusú vizelet-inkontinenciára utaló tünet, az önmagában végzett kolpokleizis után 8 esetben léptek fel ilyen tünetek. A szerzők álláspontja szerint a műtéti módszer hatékony a prolapszusok kezelésében, de az alsó vizeletelvezető traktus problémáinak elemzése és kezelésének módjai továbbra is igen komoly kihívást jelentenek.⁹

Az uterovaginális prolapszusok közel 100%-ában sikeres megoldás a kolpokleizis. A műtét után kialakult stressz inkontinencia esetek miatti reoperációk aránya nem ismert. Ha egyidejűleg hiszterekktómiát is végeznek, a vérvesztés és a kórházi ápolás időtartama növekszik, anélkül, hogy jobb eredményekről számolnának be. A vizeletinkontinencia és retenció optimális kezelési módjának megválasztását célzó preoperatív urodinamiás vizsgálat jelenleg még mérlegelés tárgyát képezi.¹⁰

A TVT plasztikával a stressz inkontinenciák kezelésében a legmagasabb gyógyulási arány érhető el, összehasonlítva egyéb műtéti eljárásokkal. Ugyanakkor legalacsonyabb a műtét alatti és utáni szövődmények előfordulása.

A teljes méh- és/vagy hüvelyprolapszus, valamint a stressz inkontinencia együttes, egyidejű operációja nagy távlatokat nyithat a süllyedéses és vizelettartási panaszokkal küszködő nők életminőségének a javításában, valamint a műtét alatti és utáni szövődmények csökkentésében. A Le Fort műtét hosszú távú eredményei kitűnőek, morbiditása pedig alacsony. Kombinálható TVT-vel, anélkül, hogy az eredmények romlanának. Egy francia

tanulmányban nem fordult elő kiújulás a követés során. A páciensek közel 90 %-a elégedett volt. A kolpokleizist olyan válogatott esetekben kell elvégezni, mikor a hagyományos sebészeti megoldások már nem vezetnek eredményre. Jól alkalmazható együttesen a stressz vizelet inkontinencia megszüntetését célzó eljárásokkal.¹¹

Irodalom:

1. I Nygaard, MD Barber, KL Burgio, K Kenton, S Meikle, J Schaffer, C Spino, WE Whitehead, J Wu, DJ Brody, and Pelvic Floor Disorders Network: Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women JAMA, September 17, 2008; 300(11): 1311-6.
2. Edwall, LenaFemale stress incontinence and uterovaginal prolapse : Collagen turnover and hormone sensitivity in urogenital tissue
Fredagen den 23 januari 2009, kl. 09.00.
Föreläsningssalen R64, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge. ISBN: 978-91-7409-292-9
3. CY Long, SC Hsu, TP Wu, DJ Sun, JH Su, and EM Tsai
Urodynamic comparison of continent and incontinent women with severe uterovaginal prolapse J Reprod Med, January 1, 2004; 49(1): 33-7.
4. S Abbasy, L Lowenstein, T Pham, ER Mueller, K Kenton, and L Brubaker
Urinary retention is uncommon after kolpokleizis with concomitant mid-urethral sling Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, February 1, 2009; 20(2): 213-6.
5. Ulmsten, U., Henriksson, L., Johnson, P. and Varhos, G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 1996; 7(2): 81-86. PMID: 8798092
6. Le Fort,L. Nouveau procede pour la guerison du prolapsus uterin. Bull Gen. Therap 92:337,1877

7. Neugebauer, I.A. Einige Worte über die Mediane Vaginalakt als mittel zur Beseitigung des Gebaermuttervorfalls. Zbl. Gynek 1-2:3,25,1881
8. N Agarwala, N Hasiak, and M Shade: Graft interposition kolpopleizis, perineorrhaphy, and tension-free sling for pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence in elderly patients J Minim Invasive Gynecol, November 1, 2007; 14(6): 740-5.
9. MP FitzGerald and L Brubaker: Kolpopleizis and urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol, November 1, 2003; 189(5): 1241-4.
10. MP FitzGerald, HE Richter, S Siddique, P Thompson, H Zyczynski, and Ann Weber for the Pelvic Floor Disorders Network : Kolpopleizis: a review Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, May 1, 2006; 17(3): 261-71.
11. C Ghibaudo and C Hocke. [Is kolpopleizis still indicated for the treatment of female genitourinary prolapse?] Prog Urol, April 1, 2005; 15(2): 272-6.