

Zaburzenia statyki dna miednicy

Zaburzenia statyki dna miednicy to obniżenia narządów miednicy u kobiet, prowadzące do wysuwania się pochwy, szyjki macicy, a w końcowym etapie do całkowitego wypadania macicy. Defekt może być widoczny w spoczynku, ale częściej zobaczyć można go pod wpływem zwiększenia ciśnienia w jamie brzusznej - na przykład podczas parcia. Obniżenie zwykle powiększa się podczas codziennej aktywności (czyli podczas wzrostu ciśnienia wewnątrzbrzuszego).

Rodzaje obniżenia narządu płciowego

Zaburzenia statyki narządu płciowego mogą dotyczyć różnych elementów anatomicznych:

- obniżenie przedniej ściany pochwy
- obniżenie tylnej ściany pochwy
- obniżenie przedniej i tylnej ściany pochwy
- oraz wraz z obniżaniem się ścian pochwy obniżanie się macicy lub szczytu pochwy u kobiet po wycięciu macicy
- całkowite wypadanie macicy i pochwy lub szczytu pochwy.

Obniżenie przedniej ściany pochwy może maskować objawy wysiłkowego nietrzymania moczu, które po korekcji anatomicznej się ujawni (po repozycji np. za pomocą pessara kostkowego lub po operacji). Czasem u pacjentek współwystępuje również nietrzymanie moczu z przepełnieniem lub pęcherz nadreaktywny. Warto wykryć przed operacją ukryte nietrzymanie moczu, gdyż wtedy pacjentka w sposób świadomy wybierze sposób leczenia. Zdarza się, że nietrzymanie moczu bardziej wpływa na jakość życia i pacjentki wiedząc wcześniej o możliwości pojawienia się tego objawu po operacji, nigdy nie zdecydowałyby się na terapię zabiegową. Określenie zaburzeń może mieć również znaczenie w doborze rodzaju operacji. Wśród badań dodatkowych, które stają się coraz bardziej popularne na świecie wymienia się usg uroginekologiczne. Oprócz specjalistycznego badania klinicznego i dokładnego wywiadu badanie usg miednicy mniejszej sprawdziło się w znanych ośrodkach uroginekologicznych na świecie jako obiektywna, powtarzalna, dynamiczna metoda, która wyparła w wielu przypadkach badanie radiologiczne z użyciem środka cieniującego. Jest pomocna między innymi w określeniu przyczyn dolegliwości uroginekologicznych, jak i w określaniu anatomicznych zaburzeń im towarzyszących. Badanie usg miednicy mniejszej umożliwia dokładne zobrazowanie materiałów syntetycznych, używanych coraz powszechniej podczas operacji uroginekologicznych oraz jest przydatne do precyzyjnego ich zakładania.

Leczenie

Zaburzenia statyki narządu płciowego są jedną z najczęstszych przyczyn operacji u kobiet około 60-70 roku życia. Podstawowym wskazaniem do leczenia operacyjnego POP (zaburzeń statyki dna miednicy) jest występowanie objawów. Wśród nich najczęściej wymienia się: uczucie ciągnięcia, ciężkości lub bólu w podbrzuszu, nietrzymanie moczu, gazów i stolca, nawrotowe dolegliwości ze strony pęcherza (m.in. parcie na mocz, częstomocz), trudności w oddawaniu moczu lub stolca, konieczność wprowadzenia macicy do pochwy w celu oddania moczu, ograniczenia czynności seksualnych. Nie ma dowodów, że leczenie operacyjne likwiduje wszystkie wymienione objawy. Pomimo dużego rozwoju nowych technik operacyjnych nie ma idealnych metod leczenia zabiegowego - zarówno w zakresie skuteczności (zwłaszcza przez dłuższy okres), jak i powikłań, dlatego kwestia ewentualnej operacji w dużej mierze zależy od samej chorej. Zaawansowane obniżenie (III i IV stopień wg ICS), oprócz objawowego POP, traktowane jest jako kolejne wskazanie do zabiegu operacyjnego.

Dotychczas opisano wiele technik operacyjnych oraz ich modyfikacji, służących do korekcji zaburzeń statyki narządu płciowego u kobiet, a wśród nich istnieją tylko dwie drogi operacyjne: z dostępu brzuszego lub pochwowego. Bierze się pod uwagę wiek pacjentki, jej masę, preferencje i doświadczenie lekarza. Operacje korygujące zaburzenia statyki narządu płciowego u kobiet wykonywane są z wykorzystaniem zarówno tkanek pacjentki, jak i materiałów syntetycznych (należą do nich przezpochwowe operacje przez otwór zasłonowy lub zabiegi z wykorzystaniem laparoskopii lub nacięcia powłok brzusznych). Efekty leczenia z dostępu brzuszego i pochwowego prawdopodobnie są podobne: dobre, ale nie stuprocentowe. Ze względu na nawroty po operacjach korygujących POP naukowcy poszukują nowych materiałów protezujących oraz lepszych technik operacyjnych. Przykładem takich rozwiązań są siatki zakładane w celu korekcji obniżenia przedniej i tylnej ściany pochwy oraz wypadania macicy. Doboru rodzaju operacji dokonuje się na podstawie kilku badań diagnostycznych (specjalnego wywiadu i badania uroginekologicznego, usg uroginekologicznego, badania urodynamicznego). Zabiegi operacyjne stosuje się tylko w bardziej zaawansowanych przypadkach (III i IV stopień zaawansowania), ale nie jest to jedyny sposób leczenia, gdyż nawet całkowite wypadanie narządu płciowego (stopień IV) można leczyć nieoperacyjnie. Niepodjęcie leczenia może prowadzić do pogłębienia się zaburzeń, niekiedy do schorzeń nerek.

Sposób leczenia nieoperacyjny czy zabiegowy należy dokładnie przedyskutować, zwłaszcza w zakresie ewentualnych powikłań. Wyboru powinien dokonać lekarz razem z pacjentką, poprzez dokładne zrozumienie przez chorą niedoskonałości metod diagnostycznych i leczniczych, którymi dysponuje współczesna uroginekologia - między innymi możliwości nawrotu. Nawet całkowite wypadanie narządu płciowego (stopień IV) można leczyć nieoperacyjnie na przykład za pomocą pessara kostkowego.

Czasami po operacji naprawiającej zaburzenia statyki narządu płciowego u kobiet pojawiają się objawy wysiłkowego nietrzymania moczu maskowane wcześniej przez obniżoną pochwę. Dzieje się tak u tych pacjentek, u których, paradoksalnie, opuszczenie pochwy ułatwiało trzymanie moczu. Nietrzymanie moczu może wiązać się ze znacznym pogorszeniem jakości życia po operacji i zdarzają się kobiety, które twierdzą, że gdyby wcześniej o tym wiedziały, nie poddałyby się leczeniu operacyjnemu. Dlatego przed wykonywaniem interwencji chirurgicznej zalecane są oprócz specjalistycznego wywiadu i badania klinicznego uroginekologicznego, dodatkowo diagnostyka uroginekologiczna.



Pessary

Pessary są to przyrządy, które umieszcza się w pochwie celem korekcji obniżenia pochwy i macicy lub wysiłkowego nietrzymania moczu. Były wykorzystywane w leczeniu wypadania narządów miednicy małej (POP) od ponad 2000 lat. Współczesne pessary opracował i przebadal ich skuteczność dr Arabin z Niemiec. Oryginalne pessary „Dr Arabin” wykonane są z miękkiego silikonu, co znacznie poprawia tolerancję i zmniejsza ryzyko powikłań.

Powodzenie terapii z użyciem pessarów zależy od ich prawidłowego dopasowania i zgodnego z zaleceniami stosowania przez pacjentki. Szeroko polecamy pessaroterapię tylko w ciągu dnia: rano pacjentka zakłada pessar, wieczorem go wyjmuje. Zaletą jest brak upławów i odleżyn.

Wypadanie pochwy i macicy (różne stopnie) może być leczone za pomocą np. pessara kostkowego. Uzyskiwany efekt podciśnienia powoduje dobre przyleganie, co pozwala na zastosowanie pessara nawet w przypadkach, gdy dno miednicy nie jest odpowiednio silne, aby przytrzymać pessar. Miejscowa estrogenoterapia i codzienne wyjmowanie pessara pozwala na zmniejszenie ryzyka powikłań (infekcji, krwawień, a nawet odleżyn), poprawę tolerancji stosowania pessara.

Pessary są polecane przez specjalistów między innymi w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz przez wiele międzynarodowych towarzystw naukowych np. International Continence Society (ICS), International Urogynecological Association (IUGA). Wyższością nad terapią zabiegową jest brak ryzyka powikłań oraz całkowita odwracalność terapii – to znaczy w przypadku stosowania pessarów nie powstają blizny, czy zmiany anatomiczne, nie ma też długoterminowej reakcji odrzucania ciała obcego, jak w przypadku niektórych zabiegów. Terapia może być stosowana przez większość pacjentek. Po wielu szkoleniach uroginekologicznych (prowadzonych przez dr J. Kociszewskiego, dr E. Wlażlak), pessary proponuję jako pierwszą propozycję terapeutyczną. Warto też zastosować pessar po nieudanej operacji zanim zostanie podjęta decyzja o ponownym zabiegu.

Ćwiczenia Kegla

Arnold H. Kegel opracował podstawy naukowe rehabilitacji mięśnia dna miednicy dla kobiet cierpiących na nietrzymanie moczu. Ćwiczenia Kegla polegają na odpowiednim kurczeniu mięśni dna miednicy (zwanymi czasem mięśniami Kegla), co powoduje ich wzmocnienie. Aby uzyskać właściwe, pożądane napięcie mięśni otaczających wejście do pochwy należy ćwiczyć je trzy razy dziennie. Każda z serii powinna zawierać 15 skurczy po około 5-6 sekund, a po każdym z nich następuje rozluźnienie mięśni dna miednicy. Ćwiczenie warto wykonywać przez dłuższy czas.

Każdy mięsień, który wykonuje mało pracy, ulega osłabieniu i w rezultacie staje się znacznie mniej efektywny. Dlatego też mięśnie dna miednicy z upływem lat słabną. Proces ten nasilają przebyte ciąży, porody, ciężka praca fizyczna, nieprawidłowy styl życia. Skutkiem osłabienia mięśni dna miednicy są problemy z niewłaściwą postawą, nietrzymanie moczu oraz zaburzenia statyki narządu płciowego (obniżenie czy wypadanie pochwy lub macicy). Problem ten w znacznym stopniu dotyka kobiety w okresie menopauzy, co wiąże się również z miejscowym niedoborem estrogenów.

Nie zawsze kobiety umieją napinać mięśnie dna miednicy. Można prosić o podpowiedź specjalistę uroginekologa, który zbada napięcie mięśniowe. Kobieta sama może wyczuć zaciśnięcie mięśni wokół palca pod wpływem skurczu i ich rozluźnienie. Innym sposobem jest próba zatrzymania strumienia moczu przez kobietę. Ale należy pamiętać, że jest to jedynie sposób, aby wyczuć, która grupa mięśni ulega zaciśnięciu. Nie należy ćwiczyć przez dłuższy czas zatrzymywania strumienia moczu, gdyż może to prowadzić do wystąpienia dodatkowych zaburzeń. Jeszcze innym sposobem jest przyjęcie pozycji siedzącej na krawędzi stołu z nogami ustawionymi w lekkim rozkroku i napinanie mięśni w okolicy cewki moczowej i odbytu. Wiele kobiet ma problem ze zlokalizowaniem mięśni dna miednicy i często wykonuje ćwiczenia w niewłaściwy sposób, zniechęcając się, że ćwiczenia nie działają w ogóle. Dlatego należy prawidłowo zlokalizować położenie tych mięśni i nauczyć się właściwego sposobu ich napinania i rozluźniania.

Zamiast ćwiczeń Kegla można stosować elektrostymulację mięśni dna miednicy, która niejako wymusza skurcze tych mięśni przy użyciu aparatu.

Laseroterapia obniżenia ścian pochwy laserem Fotona Dynamic XS

IntimaLase to nowatorska, unikalna, nieinwazyjna i opatentowana terapia ujędrniania pochwy laserem Er:YAG. Metodą bazuje na fototermicznym napięciu i obkurczeniu ścian pochwy. Wskazaniami do leczenia jest utrata optymalnej struktury pochwy oraz otaczających tkanek na skutek porodów oraz naturalnych procesów starzenia. Zabieg jest efektywny, bezpieczny, a przy tym prosty do wykonania. Zabieg IntimaLase bazuje na inicjowanym laserowo, precyzyjnie kontrolowanym efekcie termicznym w tkankach śluzówki pochwy. Zainicjowany remodeling kolagenu oraz neokolageneza prowadzą do obkurczenia i ujędrnienia naświetlonych tkanek. Używany laser to Er:YAG o długości fali 2940nm z opatentowanym systemem dostarczającym odpowiednie pakiety energii do śluzówki pochwy oraz bogatego w kolagen obszaru powięzi miednicy. Dla większości pacjentów jeden zabieg jest wystarczający do znaczącego ujędrnienia ścian pochwy. Nie jest wymagane żadne specjalne przygotowanie przed zabiegiem, jak również nie ma nadzwyczajnych wymogów pozabiegowych. Pacjenci natychmiast mogą powrócić do swoich normalnych czynności życiowych. Efektem zabiegu laserowego obkurczania ścian pochwy jest poprawa tkanek które stają się bardziej napięte i elastyczne, zmniejsza się obwód pochwy (staje się ciaśniejsza). Polepszają się także doznania seksualne, poprawia się jakość i komfort współżycia. Efekt zabiegu laserowego obkurczania pochwy pojawia się miesiąc po zabiegu i utrzymuje przez około dwa lata. Regularne ćwiczenie mięśni Kegla, miejscowa estrogenoterapia podtrzymują efekt na dłużej. Zabieg jest bezpieczną metodą leczenia. To skuteczny, bezinwazyjny zabieg ambulatoryjny, całkowicie bezbolesny, nie wymaga znieczulenia.

Niezależnie od sposobu leczenia estrogenoterapią miejscową – w postaci estriolu – jest zalecane do końca życia.

Zaburzenia statyki dna miednicy można i warto leczyć, aby poprawić własny komfort życia.