

INFORMATOR DLA PACJENTKI na temat SAKROKOLPOPEKSJI LAPAROSKOPOWEJ

WSKAZANIA DO OPERACJI

Obniżenie lub wypadanie ścian pochwy i macicy jest jednym z najbardziej dolegliwych schorzeń współczesnych kobiet. Przebyte porody drogami natury, szczególnie dużych dzieci, trudne i ciężkie porody, osłabienie elastyczności tkanki łącznej i ubytek kolagenu związany z menopauzą, powiększenie macicy np. przez mięśniaki, praca fizyczna z nasileniem tłoczni brzusznej są powodem występowania zaburzeń statyki narządów płciowych. Narządy płciowe wewnętrzne, czyli pochwa, macica i przydatki, są w jamie brzusznej „zawieszane” na łącznotkankowych więzadłach, których wytrzymałość i elastyczność powoduje, że pochwa układa się odpowiednio pomiędzy pęcherz moczowy i odbytnicę a macica ma możliwość znacznego powiększania się w czasie ciąży. Mięśnie krocza i dna miednicy tworzą wraz z więzadłami system utrzymujący narządy płciowe we właściwym położeniu (statyka narządów płciowych). Jak już wspomniano, wiele porodów, ciężka praca fizyczna, zaburzenia hormonalne w czasie okresu klimakterium doprowadzają do tak znacznego osłabienia tkanek łącznych budujących więzadła macicy, że dochodzi do występowania wielu przykrych dolegliwości. Przed szparę sromową wysuwa się ściana pochwy, najpierw przednia a potem tylna ściana, „wypada” szyjka macicy i z czasem cała macica. Zwykle czynności z napinaniem tłoczni brzusznej wywołują wysuwanie się ścian pochwy lub macicy. Takim dolegliwościom towarzyszy często ból, bolesne parcie na pęcherz moczowy lub odbytnicę, bóle krzyża. Może także występować nietrzymanie moczu, wysiłkowe lub nagłące, a także zatrzymanie moczu. Kobiety z zaburzeniami statyki podają uporczywe zaparcia, nawracające często stany zapalne pochwy i dróg moczowych, ropne upławy i owrzodzenia delikatnej śluzówki pochwy. Postęp choroby jest powolny i często ma wieloletni przebieg. Leczenie zachowawcze, które oferuje współczesna medycyna obejmuje leczenie hormonalne, przeciwzapalne, gimnastykę wzmacniającą osłabione mięśnie, laseroterapia, zastrzyki kolagenowe, itp. Niestety, zwykle takie leczenie wystarcza na krótko i nie daje dobrych efektów. Najskuteczniejszym leczeniem jest leczenie operacyjne. Przez wiele lat wykonywano bardzo wiele różnych operacji

pochwowych, tzw. plastyka ścian pochwy, od 10 lat z użyciem siatek i taśm z polipropylenu. Operacje te są skuteczne, ale jednak dają pewien dyskomfort kobietom, np. zwężenie pochwy uniemożliwiające stosunki płciowe. Ostatnie lata przyniosły znaczny postęp w leczeniu zaburzeń statyki narządów płciowych u kobiety. Jest to operacja – SAKROKOLPOPEKSJA LAPAROSKOPOWA. Jest to z jednej strony operacja małoinwazyjna laparoskopowa, z drugiej zaś strony wzmacniająca skutecznie naturalne struktury podtrzymujące pochwę za pomocą siatki polipropylenowej.

U kobiet po menopauzie sakrokolpopeksję wykonujemy najczęściej łącznie z wycięciem macicy nadpochwowym lub całkowitym. Oczywiście całość operacji jest tylko laparoskopowa

PRZYGOTOWANIE DO OPERACJI

Przed operacją dokonujemy ostatecznej klasyfikacji stopnia obniżenia ścian pochwy. W całym świecie stosowana jest klasyfikacja POPQ, która oparta jest na bardzo dokładnym badaniu palpacyjnym z pomiarami odcinków wysuwających się punktów topograficznych pochwy. Przygotowanie do operacji laparoskopowych zostało dokładnie opisane w Informatorze ogólnym. Laparoskopowa sakrokolpopeksja wymaga dokładnej diagnostyki stanu ogólnego zdrowia, która szczególnie zwraca uwagę na stan jelita grubego, pęcherza moczowego i dróg moczowych. Przed operacją należy także wykluczyć złośliwy proces nowotworowy, czynny stan zapalny i zaburzenia układu krzepnięcia.

ZNIECZULENIE DO OPERACJI

Laparoskopową sakrokolpopeksję wykonuje się w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym złożonym, które zostało opisane w Informatorze ogólnym

PRZEBIEG OPERACJI

Pierwszym etapem operacji jest cewnikowanie pęcherza moczowego. Do pęcherza moczowego zakłada się specjalny cewnik z uszczelniającym balonikiem, który odprowadza mocz przez cały okres okołoperacyjny. Po starannej dezynfekcji pochwy i pola operacyjnego do macicy zakłada się manipulator, który pozwala na poruszanie macicą w czasie kolejnych etapów operacji. Po wypełnieniu jamy brzusznej gazem dwutlenkiem węgla i wprowadzeniu teleskopu optycznego z kamerą wizyjną oraz uzyskaniu na monitorze obrazu jamy brzusznej wprowadza się przez powłoki brzuszne manipulatory i narzędzia elektrochirurgiczne. Po odpowiednim uwidocznieniu

poszczególnych struktur anatomicznych uwidacznia się jelito grube esicze, które najczęściej wypełnia zagłębienie kości krzyżowej. Jelito na przyczepkach sieciowych podwiesza się szwem „firankowym” do powłok brzusznych tak, aby je maksymalnie odsunąć od pola operacyjnego na lewo i w kierunku serca. Następnym etapem operacji jest wypreparowanie promontorium kości krzyżowej. Jest to część kości krzyżowej, który w tym miejscu łączy się z ostatnim kręgiem lędźwiowym. Siatka zostanie przszyta do pokrywających to miejsce grubych błon łącznotkankowych. Następnym etapem jest rozpreparowanie i rozcięcie otrzewnej ściany miednicy mniejszej pokrywającej okolicę w odcinku od promontorium do zagłębienia odbytniczo macicznego. Manipulator maciczny mocno napina macicę w kierunku spojenia łonowego. Kolejnym etapem operacji jest rozpreparowanie zagłębienia krzyżowo-macicznego (zatoka Douglasa) i tylnej ściany pochwy. Następnie przygotowujemy zagłębienie pęcherzowo-maciczne otrzewnej, odsłaniając w ten sposób pęcherz moczowy oraz przednią ścianę pochwy. Są to miejsca przymocowania siatki. Kolejnym etapem operacji jest laparoskopowe wycięcie macicy całkowite lub nadpochwowe (opis w odpowiednim informatorze).

Kolejnym etapem operacji jest pozycjonowanie siatki, która najpierw odpowiednio kształtujemy. Zakładamy dwie siatki. Najpierw na tylną ścianę pochwy- kształt litery <Y> oraz na przednią ścianę pochwy- kształt prostokątny. Siatki mocujemy pojedynczymi szwami niewchłaniającymi do ścian pochwy oraz kikuta szyjki lub sklepień pochwy. Ramiona podłużne siatek przyszywane są do wypreparowanego wcześniej promontorium. Pokrycie siatki otrzewną kończy operację.

POSTĘPOWANIE POOPERACYJNE

Po tego typu operacjach utrata krwi jest minimalna, najczęściej to 50-80ml, co jest niewątpliwą zaletą tego typu zabiegów. Ból pooperacyjny jest także niewielki, standardowe leki przeciwbólowe są wystarczające w pierwszej dobie pooperacyjnej. Cewnik w pęcherzu moczowym utrzymujemy przez 18-24 godziny. Uruchomienie pacjenta winno nastąpić po około 12 godzinach, pacjentka wstaje z łóżka. Jest to element profilaktyki przeciwzakrzepowej, oprócz podawanych leków przeciwzakrzepowych. Prowadzona jest także profilaktyka antybiotykowa okołoperacyjna przyjęta po leczeniu zabiegowym w danym szpitalu. W dobę po

operacji pacjentka może dowolnie dużo pić, dopuszczalny jest lekki posiłek. Najczęściej wtedy nie ma już potrzeby podawania leków przeciwbólowych. Po około 24-36 godzinach po operacji pacjentka może udać się do domu, aby tam prowadzić dalszą rekonwalescencję. Po tygodniu od operacji zdejmowane są szwy z powłok skórnych i także wtedy przeprowadza się badanie kontrolne ginekologiczne. Pełna rekonwalescencja trwa około 3-4 tygodnie. Powrót do normalnej aktywności fizycznej z użyciem łóżeczki brzusznej oraz podjęcie aktywności seksualnej (stosunki dopochwowe) może nastąpić po około 3 miesiącach od operacji

POWIKŁANIA

Żaden lekarz nie może zagwarantować skuteczności leczenia i uniknięcia powikłań. Ogólne powikłania tego zabiegu, jak np. zakrzepica i zatory żyłne, krwawienia podczas i po operacji, niedrożność jelit, zakażenia występują, dzięki postępom w medycynie, coraz rzadziej. Możemy im także zapobiegać. Z reguły po operacji nie występują komplikacje. Mimo największej staranności operatora nie zawsze można uniknąć zranienia narządów sąsiednich, jak np. pęcherz moczowy, moczowody, jelita, duże naczynia krwionośne. Występujące powikłania mogą powodować konieczność przerwania laparoskopii i wykonania natychmiast laparotomii – otwarcia chirurgicznego jamy brzusznej i kolejnych zabiegów np. urologicznych, chirurgicznych.

ROZMOWA OBJAŚNIAJĄCA

Niniejszy Informator zawiera tylko ogólne informacje o chorobie i najczęściej występujących powikłaniach. Bardziej szczegółowe informacje może Pani uzyskać w rozmowie objaśniającej (np. rzadsze powikłania, dodatkowe leczenie). Najważniejsze powikłania zostały powyżej opisane. Poza nimi istnieją powikłania rzadziej występujące i związane z mniejszym ryzykiem. Także badania wstępne, wstępna terapia i zabiegi dodatkowe (np. zastrzyki lub transfuzje krwi, cewnikowanie pęcherza moczowego) oraz terapia po zabiegu mogą być związane z ryzykiem (antybiotyki, leki przeciwbólowe i przeciwzakrzepowe), np. reakcja alergiczna. Leczenie operacyjne wiąże się z ryzykiem zakażenia szpitalnego, w tym także zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B i C. Ryzyko takie jest minimalizowane poprzez przestrzeganie odpowiednich procedur

szpitalnych zapobiegających zakażeniom. Proszę pytać się o wszystko, co wydaje się Pani istotne, np. czy należy rozważyć możliwość dodatkowych badań, zabiegów.

Prosimy o podjęcie decyzji czy wyraża Pani zgodę na proponowane leczenie operacyjne na odpowiednim formularzu świadomej zgody na zabieg operacyjny.

/-/ Marek Neuberg

Zapraszam na stronę internetową – www.laparoskopia-neuberg.pl