

P R A C E K A Z U I S T Y C Z N E

Przetoka cewkowo-pochwowa jako powikłanie przedłużonego porodu

A rare case of post-partum urethrovaginal fistula.
Management of obstetric complications

Gołka Karolina Agnieszka, Klasa-Mazurkiewicz Dagmara, Milczek Tomasz, Emerich Janusz

Katedra i Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Akademii Medycznej w Gdańsku

Streszczenie

W pracy opisano przypadek poporodowej przetoki cewkowo-pochwowej rozpoznanej u 22-letniej pacjentki. Przedstawiono aspekty medyczne i społeczne związane z okaleczeniem. Omówiono trudności diagnostyczne. Celem pracy jest zwrócenie uwagi na możliwość wystąpienia tego rzadkiego powikłania w następstwie przedłużonego porodu oraz konieczność prawidłowego rozpoznania i wdrożenia właściwego leczenia.

Słowa kluczowe: **niewspółmierność porodowa / przetoka cewkowo-pochwowa / leczenie /**

Summary

A rare case of a 22-year old patient with obstetric urethrovaginal fistula, resulting in urinary incontinence, has been reported in the following report. The emphasis is put on a number of medical and social consequences related to the formation of the fistula. Authors have presented the diagnostic difficulties. The aim of the report is to draw attention to the probable complications following prolonged labour and the necessity of appropriate treatment.

Key words: **cephalopelvic disproportion / urethrovaginal fistula / treatment /**

Adres do korespondencji:

Karolina Agnieszka Gołka
Katedra i Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej AMG
80-402 Gdańsk, Kliniczna 1a
kgolka@amg.gda.pl

Otrzymano: 18.05.2007

Zaakceptowano do druku: 10.11.2007

Wstęp

Obowiązujące standardy opieki położniczej sprawiły, że przetoki poporodowe stanowią obecnie w krajach wysoko rozwiniętych wyjątkowo rzadki problem medyczny i społeczny. Opisywane przetoki położnicze powstawały najczęściej jako powikłanie przedłużonego porodu drogami natury, cięcia cesarskiego i innych zabiegów położniczych [1,2,3].

Rozpoznanie przetoki moczowo-płciowej powstałej w wyniku urazu okołoporodowego, wobec znanej przeszłości położniczej pacjentki, charakterystycznej symptomatologii i prostych metod diagnostycznych nie powinno stwarzać trudności [4].

Z przeprowadzonych analiz wynika, że sukces terapeutyczny już przy pierwszej próbie likwidacji prostej przetoki pochodzenia położniczego oscyluje w granicach 100 % [5].

Z uwagi na znaczny stopień okaleczenia kobiet, u których wystąpiła przetoka w następstwie przedłużonego porodu oraz wysoką skuteczność leczenia przetok poporodowych, niczym nieusprawiedliwione odraczanie zabiegów naprawczych nie powinno mieć miejsca we współczesnej medycynie [6].

Cel pracy

Przypomnienie o możliwości wystąpienia przetoki cewkowo-pochwowej w następstwie przedłużonego porodu i zwrócenie uwagi na popełniane błędy i zaniedbania diagnostyczne w współczesnej opiece medycznej.

Opis przypadku

Dwudziestodwuletnia pacjentka została przyjęta do Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Akademii Medycznej w Gdańsku 10.01.2007 z podejrzeniem przetoki cewkowo-szyjkowej. Przy przyjęciu zgłaszała okresowy wyciek moczu przez pochwę między prawidłowymi mikcjami. Objawy utrzymywały się od przebytego przed 3 laty porodu i powodowały poczucie znacznego „dyskomfortu”.

W wywiadzie: pierwsza miesiączka w 14 roku życia, cykle miesięczne regularne. Ostatnia miesiączka 6.01.2007. Jedna ciąża, jeden poród drogami natury o czasie, przebyty 18.02.2004 w prywatnym szpitalu. W dokumentacji medycznej dotyczącej porodu odnotowano znaczne przedłużenie drugiego okresu.

Po kilku godzinach po porodzie żywej córki o masie ciała 2900g i długości 57cm u położnicy wystąpiło mimowolne oddanie moczu. W trzeciej dobie po porodzie pacjentkę wypisano bez adnotacji o wyciekaniu moczu. Po wypisaniu chorego obserwowano wyciek z pochwy niewielkich objętości płynu o zabarwieniu słomkowym, okresowo krwistym, przy zachowanych prawidłowych mikcjach. W siódmej dobie połogu przyjęta ponownie na oddział ginekologiczny tego szpitala z powodu podejrzenia nasilonego krwawienia z dróg rodnych. Podczas pobytu w szpitalu wyłyżeczkowano jamę macicy. Zgłaszany wyciek płynu – prawdopodobnie moczu został przez zespół ginekologiczny pominięty. Po 10 dobach hospitalizacji pacjentkę wypisano w stanie ogólnym dobrym.

W dalszym ciągu utrzymywał się wyciek płynu przez pochwę. Po zakończonym połogu pacjentka zgłosiła się na wizytę ginekologiczną, na której podawała dolegliwości związane z „nietrzymaniem moczu”.

Lekarz skierował chorą z podejrzeniem przetoki pęcherzowo-maciczej na badanie cystoskopowe. W cystoskopii wykonanej w rejonie stwierdzono: wejście do pęcherza moczowego swobodne, błona śluzowa prawidłowa. Ujścia moczowodowe szparowate na szczycie fałdu międzymoczowodowego. Na tylnej ścianie cewki widoczne ujście przetoki. Pacjentkę skierowano do Wojskowego Szpitala Klinicznego celem wykonania dalszych badań diagnostycznych. Przyjęta do oddziału urologicznego 25.05.2004.

W badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej stwierdzono: prawidłowy obraz obu nerek oraz pęcherza moczowego.

W badaniu urograficznym: obie nerki prawidłowej wielkości i kształtu, położone prawidłowo, wydzielające jednocześnie cieniujący moczu. Układ kielichowo-miedniczkowy, moczowody obustronnie nieposzerzone. Pęcherz moczowy o prawidłowej objętości i gładkich obrysach.

W powtórzonej cystoskopii: ujścia moczowodów symetryczne. Trójkąt pęcherza w części przycewkowej z bruzdą pozbawioną typowego nabłonka. Pozostała śluzówka pęcherza prawidłowa. Pojemność pęcherza w czasie uczucia parcia około 400ml. Podczas badania kolposkopowego obserwowano wyraźny wypływ płynu z szyjki macicy. Tarcza części pochwowej pozbawiona typowego nabłonka – na godzinie 7.00 widoczne owrzodzenie.

Badanie urodynamiczne wykazało: po wypełnieniu pęcherza moczowego solą fizjologiczną: czucie wewnątrzpęcherzowe prawidłowe, podatność pęcherza w normie. Wypieracz w fazie wypełniania stabilny. Ciśnienie przedmikcyjne, otwarcia pęcherza w normie, mikcja przerywana. Profilometria spoczynkowa – długość czynnościowa profilu cewkowego w normie, ciśnienie zamknięcia cewki moczowej w granicy normy.

Profilometria stresowa: ujemne ciśnienie zamknięcia cewki moczowej w czasie kaszlu. Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano przetokę cewkowo-szyjkową. Chorą wypisano z zaleceniem dalszego leczenia w ośrodku wyspecjalizowanym w zaopatrywaniu przetok. Pacjentka nie otrzymała skierowania do szpitala o wyższym stopniu referencyjności.

Przez ponad 2,5 roku nie podejmowano próby wykonania zabiegu naprawczego. Na podstawie oceny stanu zdrowia i załączonej dokumentacji Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności zakwalifikował pacjentkę do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności na okres 3 lat.

W grudniu 2006 chore, dotychczas nieleczone, zgłosiła się na wizytę ginekologiczną. Otrzymała skierowanie do Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej AM w Gdańsku w celu zaopatrzenia rozpoznanej przetoki. Przy przyjęciu w ogólnym badaniu fizykalnym oraz podstawowych badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono odchylenia od stanu prawidłowego.

W badaniu ginekologicznym: krocze niskie, srom jak u kobiety, która rodziła, część pochwowa walcowata, zniekształcona. Ujście zewnętrzne nieregularne. Skłębienia pochwy wklęsłe. Zatoka Douglasa wolna. Trzon macicy zwykłej wielkości, przodozgięty, przodopochylony, ruchomy. Przydatki obustronnie niebadalne.

We wziernikach: tarcza gładka, wargi części pochwowej niesymetryczne, przednia bliznowato zmieniona. Ujścia przetoki w obrębie szyjki macicy ani pochwy nie uwidoczniono.

Przetoka cewkowo-pochwowa jako powikłanie przedłużonego porodu.

W celu ustalenia jego umiejscowienia zdecydowano o wykonaniu badania z zastosowaniem błękitu metylowego. Do pęcherza moczowego podano przez cewnik Foleya około 150ml roztworu barwnika. Po 3 minutach zaobserwowano wyciek barwnika przez punktowe ujście przetoki zlokalizowane na przedniej ścianie pochwy 3cm poniżej ujścia zewnętrznego cewki moczowej. Wycieku z kanału szyjki macicy nie stwierdzono. Przez ujście zewnętrzne cewki moczowej wprowadzono do kanału przetoki metalową sondę na głębokość około 3cm, potwierdzając rozpoznanie przetoki między cewką moczową i pochwą. Chorą zakwalifikowano do zabiegu naprawczego z dostępu przezpochwowego.

Operowana 18.01.2007. W znieczuleniu przewodowym w linii strzałkowej 3cm od ujścia zewnętrznego cewki moczowej nacięto przednią ścianę pochwy w miejscu przetoki. Cięciem wrzecionowatym wycięto przetokę wraz z marginesem tkanki zdrowej. Zmobilizowano cewkę moczową. Następnie cewkę moczową i pochwę zeszyto dwuwarstwowo szwami pojedynczymi bez napięcia. Do pęcherza moczowego wprowadzono cewnik Foleya. Przebieg pooperacyjny niepowikłany. Drenaż pęcherza moczowego utrzymano przez 10 dni. Cewnikowany mocz w kolejnych dobach czysty. Badanie ogólne moczu bez odchyłań od normy, posiew moczu jałowy. Klinicznie u chorej nie obserwowano cech infekcji układu moczowego. Począwszy od drugiej doby po zabiegu przez cały okres hospitalizacji kontynuowano podawanie doustne furazydyny w pełnej dawce dobowej.

W 11 dobie po operacji usunięto cewnik Foleya. Pacjentkę poddano obserwacji przez kolejną dobę, wycieku moczu przez pochwę nie obserwowano. Ponownie wykonano badanie z zastosowaniem błękitu metylowego. Nie stwierdzono wycieku moczu w miejscu, w którym znajdowała się przetoka cewkowo-pochwowa. Chorą wypisano w 12 dobie po zabiegu z zaleceniem dalszej kontroli ginekologicznej w rejonie.

Dyskusja

Główną przyczyną tworzenia się przetok dróg rodnych z układem moczowym i przewodem pokarmowym u mieszkanki krajów rozwijających się jest niewspółmierność porodowa i zahamowany postęp porodu.

Patogeneza tego powikłania związana jest z długotrwałym uciśnięciem części miękkich kanału rodowego, szyi pęcherza moczowego, cewki moczowej i odbytnicy między główką płodu a kośćmi miednicy rodzącej podczas skurczów porodowych. Obszar niedokrwiony ulega martwicy, w wyniku której powstaje przetoka [1, 2, 3, 6, 7].

Najczęściej opisywanym typem przetoki powstałym w tym mechanizmie jest przetoka pęcherzowo-pochwowa, inne typy jak opisana przetoka cewkowo-pochwowa powstają rzadziej [2, 3, 7, 8]. Szczególnie predysponowane do wystąpienia przetoki są pierworódki oraz wysokie wieloródki [1, 3, 7]. W opisanym przypadku przetoka cewkowo-pochwowa powstała typowo u pierworódki po przedłużonym porodzie drogami natury.

Ogółem odsetek przetok powstałych w wyniku urazu okołoporodowego w krajach rozwijających się określa się na 68-92% [2, 9]. W krajach wysoko rozwiniętych występowanie przetok położniczych konsekwentnie zmniejsza się, co świadczy o coraz lepszej jakości opieki medycznej nad rodzącą.

Obecnie takie przypadki, jak ten przedstawiony przez autorów, są sporadycznym problemem klinicznym.

Najczęściej zgłaszanym objawem przetoki narządu płciowego z układem moczowym jest ciągły, lub okresowy wyciek moczu przez pochwę, przykry zapach i dyskomfort [2, 6].

Z doświadczeń badaczy wynika, że przetoki okołoporodowe ujawniają się wcześniej, nawet już po kilkunastu godzinach od porodu [4]. Potwierdzają to nasze obserwacje.

W prezentowanym przypadku, chora zauważyła wyciek moczu w pierwszej dobie połogu. Przetoka nie została jednak rozpoznana. Rzetelny wywiad oraz wnikliwe badanie ginekologiczne ukierunkowują postępowanie. Celem badań obrazowych jest ustalenie lokalizacji przetoki, jej stosunku do struktur anatomicznych - ujść moczowodowych i cewki moczowej oraz wykluczenie przetok współwystępujących [2,4]. Przetoki mogą sprawiać trudności diagnostyczne. W przypadku wąskich przetok cennym badaniem, którym posługiwali się badacze jest wprowadzenie do pęcherza płynu z barwnikiem i obserwowanie miejsca jego wyciekania [4]. W naszej klinice wykorzystaliśmy tę metodę, potwierdzając istnienie u pacjentki przetoki między cewką moczową a pochwą.

W publikacjach uwagę zwracają doniesienia o możliwości samoistnego zamknięcia przetok o wąskim kanale po zastosowaniu cewnikowania pęcherza moczowego, gdy przetoka rozpoznana jest wcześniej. Leczenie zachowawcze utrzymanym drenażem w pierwszych 4-6 tygodniach po porodzie okazuje się być skuteczne u 15-20 % pacjentek z rozpoznaną przetoką pęcherzowo-pochwową [1,6]. Szkoda, że taka próba leczenia nie została podjęta w przypadku opisywanej chorej. Niestety prawidłowe rozpoznanie ustalono dopiero po 3 latach od ujawnienia się przetoki, a po tak długim czasie leczenie zachowawcze nie przynosi poprawy. W wybranych przypadkach uzyskanie dobrych wyników leczenia jest możliwe przy wykorzystaniu technik laparoskopowych, czy zastosowaniu klejów tkankowych [2,4]. Najczęściej podejmuje się leczenie operacyjne. W leczeniu przetok sugeruje się przemieszczenie między zaopatrywane narządy uszypułowanego płata tkankowego. Uzyskuje się dzięki temu wzmocnienie linii szwów, poprawę drenażu i ukrwienia w otoczeniu.

Tym samym poprawiają się warunki gojenia i zmniejsza się ryzyko uszkodzenia zwieraczy. [2, 3, 7]. Nieskomplikowane przetoki obejmujące szyję pęcherza mogą być z powodzeniem zaopatrywane przez zeszywanie wielowarstwowe [7].

Również w naszym przypadku przetoka została zaopatrzona z sukcesem przez zeszywanie dwuwarstwowe z dostępu przezpochwowego.

Zdaniem autorów przetoki poporodowe powinny być operowane po 3-6 miesiącach od ich powstania, po ustąpieniu stanu zapalnego w otaczających tkankach [2]. Inne obserwacje dowodzą, że postawa wyczekująca i odraczanie zabiegów rekonstrukcyjnych nie znajduje uzasadnienia i związana jest z gorszym rokowaniem [6,8]. Z doświadczeń niektórych badaczy wynika, że termin operacji naprawczej nie powinien być przedmiotem sporu, a decyzję o postępowaniu chirurgicznym należy podejmować indywidualnie, śledząc dynamikę procesu gojenia [4]. Z danych pochodzących z krajów rozwijających się wynika, że większość przetok poporodowych zaopatrywana jest po wielu latach od ich ujawnienia się, niektóre nawet po 20 latach [2, 3].

Gołka K. A, et al.

Według literatury tylko 27,3 % z nich operowanych jest w ciągu pierwszego roku po porodzie [3]. Podobna sytuacja miała miejsce w opisanym przypadku. Zamknięcie przetok poporodowych w wyniku leczenia operacyjnego, w zależności od ośrodka wykonującego, uzyskuje się u 65-98,5% pacjentek [2, 3, 5, 6, 10].

Jednocześnie podkreśla się wagę pierwszego zabiegu naprawczego. Kolejne próby zaopatrzenia odnowionej przetoki wiążą się z mniejszym prawdopodobieństwem wyleczenia i gorszym rokowaniem. W jednej z prac, w której omówiono wyniki 100 operacji przetok pęcherzowo-pochwowych pochodzenia położniczego, autor uzyskał wyleczenie w 85%, 50% i 33% odpowiednio w pierwszej, drugiej i trzeciej próbie likwidacji przetoki [5]. Jak się powszechnie uważa, prawidłowe postępowanie we wczesnym okresie pooperacyjnym polega na stałym cewnikowaniu pęcherza moczowego [5, 7, 8].

Część autorów proponuje zastosowanie drenażu przezcewnikowego z podszyciem cewnika [5]. W przypadku nietrzymania moczu po operacji zaleca się utrzymanie cewnika w pęcherzu przez przynajmniej 4 tygodnie [8]. Likwidacja przetoki nie jest wyznacznikiem sukcesu. Obserwacje potwierdzają konieczność systematycznej kontroli pacjentek po zaopatrzeniu przetoki. W przypadkach podejrzenia nawrotu, lub nietrzymania moczu z innych przyczyn, wskazana jest dalsza diagnostyka różnicowa uwzględniająca badania urodynamiczne [5, 7, 10].

Wnioski

Na podstawie przedstawionego przypadku można sformułować następujące uwagi:

1. Mimo postępu opieki położniczej w dalszym ciągu należy się liczyć z możliwością występowania przetoki poporodowej.
2. Pacjent z rozpoznaną przetoką powinien być skierowany do odpowiedniego wyspecjalizowanego ośrodka.
3. Pomimo postępu diagnostyki obrazowej i endoskopowej w dalszym ciągu stare metody wykrywania przetok nie tracą na znaczeniu.

Piśmiennictwo

1. Wall L. Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. *Lancet*. 2006, 368, 1201-1209.
2. Rafique M. Genitourinary fistulas of obstetric origin. *Int Urol Nephrol*. 2002-2003, 34, 489-493.
3. Wall L, Karshima J, Kirschner C, [et al.]. The obstetric vesicovaginal fistula: characteristics of 899 patients from Jos, Nigeria. *Am J Obstet Gynecol*. 2004, 190, 1011-1019.
4. Spruch T, Michalak J, Klijer R, [et al.]. Wyniki leczenia przetok pęcherzowo-pochwowych. *Ginekol Pol*. 2001, 72, 862-866.
5. Elkins T. Surgery for the obstetric vesicovaginal fistula: a review of 100 operations in 82 patients. *Am J Obstet Gynecol*. 1994, 170, 1108-1120.
6. Waaldijk K. The immediate management of fresh obstetric fistulas. *Am J Obstet Gynecol*. 2004, 191, 795-799.
7. Murray C, Goh J, Fynes M, [et al.]. Urinary and faecal incontinence following delayed primary repair of obstetric genital fistula. *BJOG*. 2002, 109, 828-832.
8. Kriplani A, Agarwal N, Parul, [et al.]. Observations on aetiology and management of genital fistulas. *Arch Gynecol Obstet*. 2005, 271, 14-18.
9. Waaldijk K. Surgical classification of obstetric fistulas. *Int J Gynaecol Obstet*. 1995, 49, 161-163.
10. Elkins T, Ghosh T, Tagoe G, [et al.]. Transvaginal mobilization and utilization of the anterior bladder wall to repair vesicovaginal fistulas involving the urethra. *Obstet Gynecol*. 1992, 79, 455-460.

Sekcja Genetyki Klinicznej PTG

zaprasza na

Konferencję
naukowo-szkoleniową
nt.

Kontrowersje
we wczesnej ciąży

23-25 maj 2008
Zakrzewo

Tematyka konferencji:

- Endokrynologiczne aspekty utraty wczesnej ciąży.
- Zespół antyfosfolipidowy – patofizjologia i leczenie u kobiet z nawracającymi poronieniami.
- Defekty koagulologicznych czynników prowadzących do nawracających utrat cięż.
- Immunologiczne aspekty utraty wczesnej ciąży.
- Genetyczne uwarunkowania poronień nawracających.
- Rola szwu okrężnego we wczesnych utratkach cięż.
 - Wady macicy i nawracające utraty ciąży.
 - Psychologiczne skutki utraty ciąży.

Koszt uczestnictwa wynosi 200 zł

Opłatę należy wpłacić na konto

PKO BP S.A. nr 53 1020 4027 0000 1902 0361 4419
z dopiskiem „Konferencja”

Adres Komitetu Organizacyjnego
Klinika Rozrodczości Uniwersytetu Medycznego
w Poznaniu
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

tel. 061 8419 302

fax. 061 8419 625

klinrozrod@gpsk.am.poznan.pl

Przewodnicząca Sekcji Genetyki Klinicznej PTG
Prof. dr hab. med. Jana Skrzypczak