

STRESZCZENIE

Jedną z przyczyn dolegliwości bólowych w okolicy pochwy oraz utrudnionego oddawania stolca jest rectocele. Przepuklina odbytnicza powstaje jako patologiczne uwypuklenie przedniej ściany odbytnicy w kierunku pochwy. Osłabienie tkanki łącznej, przedłużone parcie w celu opróżnienia odbytnicy, przebyte porody, niekontrolowane rozdarcie krocza oraz niewłaściwe zszycie krocza powodują defekty anatomiczne powięzi odbytniczo-pochwowej. Utrudniona defekacja, konieczność wywierania ucisku na odbyt, pośladek czy wykonanie rękoczynu przez pochwę, krwawienie z odbytu, czy ciągłe myślenie o toalecie to objawy kliniczne, z jakimi muszą sobie radzić kobiety, u których rozpoznano rectocele. Częstość występowania przepukliny odbytniczej jest niedoszacowana z powodu występowania dolegliwości w strefach intymnych, a pozostawienie pacjentek bez przeprowadzania operacji, skutkuje narastaniem dolegliwości, które znacząco wpływają na satysfakcję z życia.

Cele badawcze:

- Ocena stopnia satysfakcji pacjentek po leczeniu chirurgicznym z powodu przepukliny przedniej ściany odbytnicy (rectocele).
- Ocena skuteczności i trwałości leczenia rectocele za pomocą dwóch najczęściej stosowanych metod operacyjnych: rekonstrukcji przezodbytowej (wg. Sullivana-Sarlesa) oraz przezpochwowej z wszyciem materiału protetycznego zarówno w aspekcie anatomicznym jak i czynnościowym.
- Próba stworzenia algorytmu postępowania w przypadku rectocele.

Po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej badaniem objęto pacjentki operowane z powodu rectocele. Wskazaniem do leczenia operacyjnego rectocele była zgodność symptomów klinicznych z badaniami obrazowymi. Celem potwierdzenia diagnozy z występującymi objawami wykonano defekografię oraz dodatkowe badania takie jak: manometrię anorektalną, rektoskopię, kolonoskopię. W latach 2005-2015 przeprowadzono 57 operacji rectocele. Oceny wyników leczenia dokonano u 43 pacjentek. Średni wiek chorych wynosił 56,71 – 56 lat i 8 miesięcy (31-82 lata). Średnie BMI wynosi 25,76. Najniższy wynik BMI wynosił 16,73, najwyższy 33,62. U 15 chorych

zastosowano technikę operacyjną z wszyciem materiału protetycznego, a u 28 operację metodą Sullivana-Sarlesa.

Na potrzeby pracy, po przeanalizowaniu piśmiennictwa medycznego, została stworzona uproszczona ankieta autorska odnosząca się do aspektów jakości życia codziennego. Dane wynikające z ankiety zebrano podczas badania w Poradni Przyklinicznej, czasie rozmów telefonicznych oraz drogą korespondencji listownej. Analiza i zestawienie wyników ankiety autorskiej oparta jest na objawach przed operacją i 6 miesięcy od operacji rectocele. Pytania odnoszą się do najczęściej występujących dolegliwości związanych z rectocelą, które wpływają znacząco na stan zdrowia zarówno fizyczny, jak i psychiczny pacjentek.

W przypadku pytań 1-4 (utrudnione oddawanie stolca, konieczność wspomaganie wypróżnień przez leki i lewatywy, konieczność wywierania ucisku i krwawienie z odbytu) oraz 10 (czy poddałaby się Pani ponownej operacji) zastosowano skalę, która zawiera tylko dwie odpowiedzi: „Tak” lub „Nie”. Prosta formuła, składająca się z krótkiego pytania oraz jedynie dwóch odpowiedzi, pozwala na uzyskanie szybkich, konkretnych wyników, których analiza dostarcza dokładnych, trafnych, prostych i przejrzystych statystycznie danych. Następnie na potrzeby pracy zastosowano skalę NRS (*Numerical Rating Scale*) w przypadku dwóch pytań – 5. i 6., które odnoszą się do odczuwania dolegliwości bólowych podczas stosunków płciowych oraz w przypadku odczuwania dyskomfortu bólowego w obrębie dna miednicy i krocza. Pytania od 7 do 9 odnoszą się do najczęściej uzyskiwanych odpowiedzi, które otrzymywano od pacjentek po wykonanej operacji: „jestem bardzo zadowolona, zadowolona, średnio zadowolona, niezadowolona”. Pozwala on na bezpośrednie i rzeczowe uzyskanie obrazu zadowolenia bądź niezadowolenia z uzyskanych efektów pozabiegowych.

Każdy z poszczególnych odnośników został poddany analizie statystycznej. U wszystkich pacjentek uzyskano odbudowę anatomiczną defektów w przegrodzie odbytniczo-pochwowej tworzącą rectocelę, a co za tym idzie znaczącą poprawę aktywności i zadowolenia z życia. Poprawę aktywności dnia codziennego uzyskano u 28 (100%) pacjentek operowanych metodą Sullivana-Sarlesa, u 14 (93,3%) pacjentek operowanych z wszyciem materiału protetycznego. Ogólne zadowolenie z efektu operacji uzyskano u: 27 (96,4%)

pacjentek operowanych metodą Sullivana-Sarlesa oraz u 14 (93,3%) pacjentek operowanych z wszyciem materiału protetycznego. W przypadku pytania odnoszącego się do ewentualnego wyrażenia zgody w przyszłości, na przeprowadzenie leczenia chirurgicznego rectocele 35 (81,4%) pacjentek ponownie przeszłoby operację, z czego 22 pacjentki (78,5%) operowane metodą Sullivana-Sarlesa oraz 13 pacjentek (86,7%) operowanych metodą z wszyciem materiału protetycznego. W przypadku problemu związanego z odczuwaniem dolegliwości bólowych podczas stosunku płciowego dla wszystkich pacjentek uzyskano poprawę o 3,1724 pkt. (czyli o 28,84% w 11-stopniowej skali). Poprawę uczucia ucisku w okolicy krocza u wszystkich operowanych pacjentek, uzyskano o 4,3256 pkt. (39,32%). W przypadku pacjentek operowanych metodą Sullivana-Sarlesa poprawę uzyskano o 4,3571 pkt. (39,61%), natomiast u pacjentek operowanych metodą z wszyciem siatki uzyskano poprawę o 4,2667 pkt. (38,79%).

Porównując wyniki obu metod leczenia chirurgicznego wszystkich pacjentek w odniesieniu do występujących i przeanalizowanych objawów, nie zaobserwowano znacznych różnic między dwiema technikami operacyjnymi. Przy podziale na podgrupy „BMI” oraz „Wiek” pojawiły się subtelne różnice między poszczególnymi technikami operacyjnymi, których wynik nie wpłynął na końcową ocenę.

W przypadku operacji przezodbytowych techniką Sullivana-Sarlesa zaobserwowano większy odsetek nawrotów niż u chorych, u których zastosowano materiał protetyczny.

Analizując piśmiennictwo oraz zebrane dane, w odniesieniu do rekomendacji European Hernia Society – EHS leczenia przepuklin pachwinowych, zaproponowano algorytm postępowania, który ułatwia dobór odpowiedniej techniki operacyjnej. Zwraca on uwagę na korelację między występowaniem objawów, jak również występowaniem chorób współtowarzyszących, a prawidłowym postępowaniem i doбором techniki operacyjnej. Zastosowanie poszczególnych rodzajów operacji powinno być dobierane po szczegółowym, wcześniejszym przebadaniu pacjentek w odniesieniu do występowania dodatkowych patologii w obrębie struktur dna miednicy. Dzięki zastosowaniu algorytmu można uporządkować postępowanie medyczne w przypadku choroby, jak również doprowadzi do poprawy satysfakcji z przeprowadzonej operacji.