ZROSTY W JAMIE BRZUSZNEJ I MIEDNICY MAŁEJ

Czym są zrosty?

Zrosty (adhezje) są anormalnymi połączeniami pomiędzy tkankami i narządami. Mogą być wrodzone albo nabyte. Nabyte zrosty są jedną z najczęstszych odległych powikłań w chirurgii jamy brzusznej i miednicy małej.

Epidemiologia
(% powstawania zrostów pooperacyjnych)

Kolejne badania kliniczne wykazały, że pacjentki, które przeszły otwarte zabiegi chirurgiczne na jelicie grubym i odbytnicy, jajowodach i jajnikach oraz drogach rodnych, są najbardziej narażone na kolejne hospitalizacje z powodu zrostów pooperacyjnych.
Zrosty powstają u 60 do 90% pacjentek które przeszły operację ginekologiczną (na przykład operację endometriozy, usunięcia mięśniaków itp..).

Jak powstają zrosty?

Zrosty są anormalnymi połączeniami pomiędzy tkankami i organami, które mogą być wrodzone albo nabyte.
Powstanie nabytych zrostów jest najczęstszą reakcją na podrażnienie otrzewnej. Otrzewna jest najrozleglejszą ważną błoną wewnątrz ciała, która służy do ograniczenia tarcia i ułatwia poruszanie się organów w jamie brzusznej. Do uszkodzeń otrzewnej dochodzi w wyniku zapalenia albo uszkodzenia mechanicznego podczas zabiegu operacyjnego.

Proces powstawania zrostu rozpoczyna się w momencie podrażnienia otrzewnej podczas operacji, co wywołuje reakcję zapalną. Ponieważ zakres i charakter zrostów może ulegać zmianie w przeciągu tygodni i miesięcy pytanie, czy zrosty wytworzą się, czy nie, rozstrzyga się podczas 3 – 5 dni po przeprowadzeniu operacji. Podczas takiego okresu pooperacyjnego warstwa skrzepu (włókna białkowe powstałe przy krzepnięciu krwi) zmniejsza się w wyniku fibrinolizy a otrzewnagoi się. Jeżeli nie dojdzie do fibrinolizy, to wytworzy się nieodwracalne połączenie tkanek (adhezja), które w następnych tygodniach i miesiącach pogrubi się i również mogą w nim wytworzyć się naczynia krwionośne i włókna nerwowe.

Otrzewna - peritoneum – cienka, gładka błona wyścielająca wnętrze jamy brzusznej, która także przykrywa znajdujące się tu organy. Jest podobnego charakteru, co opłucna i osierdzie.

Powikłania związane ze zrostami

Zrosty mogą mieć poważne znaczenie w krótkim lub w długim okresie, łącznie z dysfunkcją przede wszystkim jelita cienkiego (74% przypadków niedrożności jelit wiąże się ze zrostami), ale także z niepłodnością (20% przypadków jest spowodowane zrostami) i chronicznymi bólami w rejonie miednicy.
U pacjentek przechodzących kolejną operację zrosty są istotnym czynnikiem komplikującym, ponieważ jeśli zrosty są już wytworzone po wcześniejszej operacji, wyraźnie wpływają na czas i przebieg następnej operacji.

Niepłodność

Zrosty są główną przyczyną nabytej niepłodności u kobiet. Naruszają porządek anatomiczny w rejonie jajników i jajowodów, i uniemożliwiają przemieszczanie się zapłodnionych komórek jajowych i embrionów. Okazało się, że zrosty wpływają negatywnie na płodność u 15 – 20% kobiet.
Nawet jeżeli przyczyną niepłodności jest więcej czynników, to i tu jest widoczna zależność między zrostami w miednicy małej a niepłodnością. Niepłodność u kobiet spowodowana zrostami ustępuje po ich uwolnieniu. W czasie 12 lub 24 miesięcy po uwolnieniu zrostów w ciążę zaszło odpowiednio 32% i 45% kobiet. W porównywalnym czasie w grupie kobiet nie leczonych w ciążę zaszło odpowiednio tylko 11% i 16%.

Kolejnym poważnym problemem jest proces tworzenia się zrostów związany z endometriozą. Zrosty mogą tu powstawać zarówno na skutek samej choroby, jak i po chirurgicznym leczeniu endometriozy.
Osobny rozdział tworzą zrosty wewnątrz dróg rodnych, które mogą powodować niepłodność i wielokrotne poronienia.

NORDIC PHARMA

Takie zrosty mogą być wynikiem różnych chirurgicznych zabiegów ginekologicznych (na przykład łyżeczkowanie jamy macicy, usuwanie mięśniaków albo operacje wrodzonych wad macicy).

Niedrożność jelit

Niedrożność jelita cienkiego jest najpoważniejszym powikłaniem tworzenia się zrostów dróg rodnych, którą charakteryzuje aż 10% umieralność w przypadku braku natychmiastowej diagnozy i leczenia. Pomimo tego, że ryzyko obstrukcji jelita cienkiego jest największe po operacji kolorektalnej (operacje jelita grubego i odbytnicy), to występuje również jako poważny problem przy operacjach ginekologicznych. Przy leczeniu niedrożności jelita cienkiego z powodu zrostów okazało się, że wyniki leczenia są gorsze, jeżeli zrosty powstały w wyniku wcześniejszej apendektomii (usunięcie wyrostka robaczkowego) albo operacji jajowodów czy jajników. Badania kliniczne wykazały również, że do najczęstszych przyczyn zrostów powodujących niedrożność jelita cienkiego należą wcześniejsze operacje ginekologiczne z klasycznym brzusznym dostępem, przede wszystkim histerektomia (usunięcie macicy).

Przewlekłe bóle miednicy

Analiza 11 badań obejmujących razem 1 000 pacjentek uskarżających się na bóle miednicy wykazała, że najczęstszą przyczyną bólu były w 40% przypadków zrosty.
Badania kliniczne wykazały poprawę w 50 – 90% przypadków po laparoskopowej adhezjolizie (uwolnieniu zrostów).

LECZENIE ZROSTÓW

Chirurgiczne leczenie zrostów
Ogólnie uznawaną metodą ograniczania zrostów jest bardzo staranne przestrzeganie technik chirurgicznych, przy czym zasadnicze znaczenie mają tutaj zasady mikrochirurgii. Zasad tych należy przestrzegać szczególnie przy operacjach laparoskopowych. Liczne drobne uszkodzenia, które mogą powodować zrosty, są zwykłym elementem operacji i nawet, jeżeli będzie wprowadzona strategia zmierzająca do ograniczenia powstawania zrostów, powikłania mogą się pojawiać. Każdy typ operacji nawet przy przestrzeganiu wszystkich reguł prewencji może spowodować zrosty pooperacyjne.

Przy operacyjnym leczeniu endometriozy, powstawaniu zrostów sprzyja stan zapalny i angiogeneza (tworzenie się nowych naczyń krwionośnych) przyczyniając się do powstawania zrostów.

Adhezjoliza chirurgiczna (uwalnianie zrostów) jest współcześnie stosowaną metodą leczenia zrostów bez względu na metodę adhezjolizy (na przykład laparoskopia, klasyczna operacja brzuszna) oraz na rodzaj zrostów. Skutkuje to jednak kolejnymi uszkodzeniami tkanek i częstymi przypadkami powtórnego tworzenia się zrostów (w 85% przypadków), nawet przy zachowaniu zasad prawidłowej techniki chirurgicznej.

Rozwój metod prowadzących do obniżenia powstawania zrostów umożliwia dziś realne zmniejszenie ryzyka powstawania zrostów, a dla pacjentek oznacza lepszy wynik operacji oraz zmniejszenie zagrożenia powikłań (patrz wyżej).

Istnieje coraz więcej dowodów na skuteczność środków służących do ograniczenia ryzyka zrostów pooperacyjnych, stanowiących uzupełnienie prawidlowego leczenia chirurgicznego.

Sposoby zmniejszania zagrożeniatworzenia się zrostów

Jedyną aktualnie dostępną pomocą do obniżenia ryzyka tworzenia się zrostów są tzw. bariery fizykalne. Głównym wymogiem dla takiej bariery to skuteczne oddzielanie uszkodzonych powierzchni otrzewnej od siebie w czasie 3 – 5 dni po operacji, w którym następuje gojenie peritoneum.

Taka separacja może być osiągnięta z użyciem miejscowo nakładanych barier mechanicznych (filmy i żele) albo przez zastosowanie rozległego pokrycia substancjami ciekłymi, które zapewniają fizyczne oddzielenie powierzchni tkanek podczas procesu gojenia.
O wyborze danego środka do profilaktyki musi zdecydować operujący lekarz zgodnie z zakresem planowanej ingerencji chirurgicznej z uwzględnieniem lokalnych możliwości i stanu klinicznego pacjentki.

Zapytaj lekarza o Hyalobarrier Gel.
Informacja na stronie www.nordicpharma.pl

NORDIC PHARMA