

Nietrzymanie stolca po operacji nietrzymania moczu – opis przypadku

Faecal incontinence after surgical treatment of urinary incontinence – case report

Warszawski Ośrodek Proktologii, Szpital św. Elżbiety w Warszawie

Streszczenie

Autorzy przedstawiają przypadek rzadkiego powikłania po operacji ginekologicznej w postaci inkontynencji stolca, która wystąpiła u 34-letniej pacjentki po dwukrotnej operacji z plastyką tylnej ściany pochwy wykonanej z powodu nietrzymania moczu. Kobieta była operowana dwukrotnie w ciągu pół roku z powodu nieustąpienia objawów nietrzymania moczu po pierwszej operacji. Inkontynencja gazów i stolca wystąpiła po drugim zabiegu, po którym całkowicie ustąpiło nietrzymanie moczu. U pacjentki zdiagnozowano neurogeną przyczynę nietrzymania stolca. Wobec braku wskazań do leczenia chirurgicznego zastosowano specjalistyczne leczenie rehabilitacyjne. Po roku terapii uzyskano całkowite ustąpienie dolegliwości. Inkontynencja gazów i stolca po operacyjnej plastyce tylnej ściany pochwy jest powikłaniem rzadkim. Przy braku uszkodzeń strukturalnych zwieraczy postępowaniem terapeutycznym z wyboru jest fizykoterapia w ośrodku referencyjnym.

Słowa kluczowe

inkontynencja, plastyka tylnej ściany pochwy, biofeedback

Summary

We present a case of faecal incontinence developed as a rare complication after gynaecological surgery in a 34-year-old patient after repeated posterior repair due to urinary incontinence.

The woman underwent two surgeries over six months due to the lack of improvement in urinary incontinence after the first procedure. Although the second surgery led to complete resolution of urinary incontinence, it was complicated by gas and faecal incontinence.

The patient was diagnosed with neurogenic faecal incontinence. Due to the lack of indications for surgery, specialised physiotherapy was initiated. The symptoms fully resolved after a year of treatment. Gas and faecal incontinence is a rare complication of posterior repair. If no structural sphincter damage is found, physical therapy in a reference centre is the treatment of choice.

Keywords

incontinence, posterior repair, biofeedback

WSTĘP

Nietrzymanie stolca jako powikłanie operacji ginekologicznej z powodu nietrzymania moczu oraz obniżenia narządów dna miednicy jest powikłaniem rzadkim i poważnym. Może do niego dojść po operacji plastyki tylnej ściany

INTRODUCTION

Faecal incontinence (FI) is a rare and serious complication of gynaecological surgical treatment of urinary incontinence and pelvic organ prolapse (POP). It may occur after posterior vaginal wall and perineal body repair (posterior colporrhaphy

pochwy oraz krocza z szcikiem mięśni dźwigaczy (1). Autorzy przedstawiają przypadek powikłania w postaci inkontynencji stolca, która wystąpiła u 34-letniej pacjentki po dwukrotnej operacji plastyki tylnej ściany pochwy.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka lat 34 po dwóch porodach z wysiłkowym, poporodowym nietrzymaniem moczu (pierwszy zakończony użyciem próżnościugi po przedłużonej drugiej fazie porodu, drugi zakończony cięciem cesarskim), z negatywnymi wywiadami w kierunku innych chorób przewlekłych, została zakwalifikowana do leczenia operacyjnego przez ginekologa.

W rozpoznaniu przedoperacyjnym opisano: „krocze niewydolne: obniżenie narządów miednicy mniejszej III stopnia (obniżenie macicy przekraczające przedsiónek pochwy), przerost i wypadanie szyjki macicy, cystocele, rektocele”.

Wykonano operację sposobem Manchester (2, 3), czyli konizację szyjki macicy z podwieszeniem kikuta szyjki na więzadło podstawowe macicy oraz na więzadło maciczno-krzyżowe, plastykę przedniej i tylnej ściany pochwy oraz plastykę krocza. W opisie operacji znajduje się stwierdzenie: „założono trzy szwy na mięśnie dźwigacze odbytu”. Po zabiegu uzyskano dobry efekt plastyki, trzymanie gazów i stolca – podobnie jak przed operacją – było prawidłowe, natomiast pacjentka nie odnotowała poprawy w zakresie trzymania moczu.

W związku z brakiem efektu terapeutycznego po 4 miesiącach pacjentkę zakwalifikowano do kolejnego zabiegu operacyjnego. Wykonano podparcie cewki moczowej przy użyciu taśmy polipropylenowej przeprowadzonej przez otwory zasłonowe metodą TOT (ang. *transobturator tape*) i ponownie wykonano plastykę tylnej ściany pochwy i krocza z zeszcikiem mięśni dźwigaczy odbytu. Po zabiegu całkowicie ustąpiło wysiłkowe nietrzymanie moczu, natomiast już we wczesnym okresie pooperacyjnym wystąpiły objawy nietrzymania gazów i stolca.

Pacjentka oceniała stopień nietrzymania stolca na 20 punktów w 20-stopniowej w skali Wexnera, co oznacza potrzebę stałego stosowania środków zaopatrzenia higienicznego. Uniemożliwiało to chorej nie tylko podjęcie pracy zawodowej, ale też wykonywanie codziennych czynności, obniżając tym samym znacznie jakość jej życia.

Ze względu na utrzymujące się objawy nietrzymania gazów i stolca pacjentka została skierowana przez ginekologa na konsultację proktologiczną. W badaniu zestawionym przez pochwę i odbytu opisano wyczuwalną pętlę mięśni zwieraczy, obniżone spoczynkowe napięcie mięśni zwieraczy oraz jedynie śladową czynność skurczową zwieraczy. W wykonanych badaniach obrazowych (TRUS, MRI) opisano ścięćczenie mięśni guziczno-łonowych, zmiany włókniste prawego mięśnia guziczno-łonowego, zmiany włókniste krocza, nie stwierdzono przerwania ciągłości m. dźwigacza odbytu, a morfologia zwieracza wewnętrznego i zewnętrznego była prawidłowa.

Rozpoznano neurogeną przyczynę nietrzymania stolca. Wobec braku wskazań do leczenia chirurgicznego pacjentkę skierowano na specjalistyczne leczenie rehabilitacyjne (4).

Po roku od wdrożenia fizykoterapii (terapii manualnej, EMG biofeedback), jak również psychoterapii, uzyskano

and perineorrhaphy) with levator ani plication (1). We present a case of faecal incontinence, which occurred in a 34-year-old patient as a complication after repeated posterior repair.

CASE REPORT

A 34-year-old patient with a history of two childbirths and stress postpartum urinary incontinence (the first delivery ended with the use of a vacuum extractor device after a prolonged second stage of labour, the second pregnancy was terminated with caesarean section), with a negative history of other chronic diseases, was qualified for surgical treatment by her gynaecologist.

The preoperative diagnosis included “perineal failure: third-degree pelvic organ prolapse (lowering of the uterus beyond the vaginal vestibule), cervical hypertrophy and prolapse, cystocele, rectocele”.

The Manchester surgery (2, 3), i.e. cervical conization with suturing of the cervical stump to the cardinal ligament and the uterosacral ligament, anterior and posterior vaginal wall repair and perineal repair were performed. It was pointed out in the description of the procedure that “three stitches were placed on the levator ani muscles”. After the procedure, a good repair outcome was achieved. Gas and faecal continence was normal, as before the surgery, but the patient noticed no improvement in urinary continence.

Due to the lack of therapeutic effect after 4 months, the patient was qualified for another surgical procedure. The urethra was supported with a polypropylene tape passed through the obturator holes using the transobturator tape (TOT) method; posterior and perineal repair was performed again with levator ani suturing. After the procedure, stress urinary incontinence resolved completely, but symptoms of gas and faecal incontinence appeared already in the early postoperative period.

Using the Wexner scale (0-20), the patient rated her FI as 20, which means the need for constant use of disposable devices. This prevented the patient not only from resuming work, but also from performing everyday activities, thus significantly reducing her quality of her life.

Due to persistent symptoms of gas and faecal incontinence, the patient was referred for proctological consultation by her gynaecologist. Vaginal and rectal examination revealed a palpable loop of the sphincter muscles, decreased sphincter resting tone, and only traces of contractile sphincter activity. Diagnostic imaging (TRUS, MRI) showed thinning of the pubococcygeus muscles, fibrotic changes in the right pubococcygeus muscle, and fibrotic changes in the perineum. There was no disruption in the continuity of the levator ani, and the morphology of the internal and external sphincter was normal.

Neurogenic faecal incontinence was diagnosed. Due to the lack of indications for surgery, the patient was referred to specialist rehabilitation treatment (4). One year after the onset of physical therapy (manual therapy, EMG biofeedback)

całkowite ustąpienie nietrzymania gazów i stolca. Pacjentka oceniała dolegliwości na 0 punktów w skali Wexnera – powróciła do pracy zawodowej.

DYSKUSJA

Zabiegi operacyjne wykonywane przez ginekologów, które poprawiają statykę narządów rodnych, mogą mieć wpływ na defekację (5). Badania przeprowadzane przed planowanym zabiegiem: defektografia, transrektalne USG, manometria czy badanie neurofizjologiczne nerwu sromowego mogą pomóc w identyfikacji współistniejących zaburzeń, szczególnie u osób z wyjściowym pogorszeniem funkcji zwieraczy odbytu (6).

Nie wiadomo jednak, na ile stwierdzone nieprawidłowości będą miały wpływ na ryzyko wystąpienia potencjalnych dolegliwości po operacji naprawczej z plastyką tylnej ściany pochwy.

Przeważnie następuje poprawa procesu defekacji: zmniejsza się konieczność parcia na stolec, uczucie niepełnego wypróżnienia, konieczność pilnego wypróżnienia się czy ręcznego wspomaganie wypróżnienia.

Rzadziej następuje pogorszenie procesu defekacji lub pojawiają się objawy, które nie występowały przed ginekologiczną operacją naprawczą. Publikacji opisujących inkontynencję gazów i stolca jako powikłanie tylnej plastyki ściany pochwy jest niewiele. Większość z nich to prace retrospektywne.

W publikacji z 1997 roku dotyczącej 171 kobiet po przebytej plastyce tylnej ściany pochwy z plikacją mięśni dźwigaczy odbytu autorzy opisali wzrost częstości występowania inkontynencji stolca sięgającej 11% (z czego u 8% pacjentek nietrzymanie stolca pojawiło się po operacji *de novo*). Odnotowano istotną korelację wystąpienia tego powikłania u kobiet, które miały zabieg przeprowadzony więcej niż jeden raz (8).

W artykule z 2002 roku w grupie 14 pacjentek przed operacją inkontynencja stolca występowała u jednej z nich, a po przeprowadzonej operacji dolegliwości uległy nasileniu (6).

W innej publikacji autorzy analizują grupę 183 pacjentek, u których pooperacyjne nietrzymanie stolca *de novo* opisano u 4% (8).

W 2007 roku ukazała się publikacja oceniająca efekty leczenia rektocela u 99 pacjentek rok po zabiegu (5). Oszacowano, iż nietrzymanie gazów może wystąpić u 10-25% pacjentek, które nie miały tej dolegliwości przed ginekologiczną operacją naprawczą z plastyką tylnej ściany pochwy (12). Nietrzymanie stolca stałego może się pojawić u około 2-6% pacjentek, a stolca płynnego u około 4% operowanych kobiet (5).

W kolejnych dwóch przeanalizowanych pracach, jednej z 2012 roku na grupie 60 pacjentek (9), kolejnej z 2021 roku na grupie 57 kobiet (10), nie odnotowano wystąpienia inkontynencji *de novo* po operacji, co ciekawe, odnotowano znaczącą poprawę u pacjentek z wywiadem nietrzymania gazów i stolca przed operacją.

W polskim piśmiennictwie w analizie 997 różnego typu operacji plastycznych dna miednicy wykonanych w latach 2007-2016 na Oddziale Ginekologii i Położnictwa szpitala

as well as psychotherapy, gas and faecal incontinence completely resolved. The patient rated her symptoms at 0 on the Wexner scale. She resumed her work.

DISCUSSION

Surgical procedures performed by gynaecologists to improve the statics of the reproductive organs may affect bowel movement (5). Preoperative diagnostic workup, including defecography, transrectal ultrasound, manometry or neurophysiological assessment of the pudendal nerve, may help identify coexisting disorders, especially in patients presenting with anal sphincter dysfunction at baseline (6).

However, it is not known to what extent the identified abnormalities will affect the risk of potential symptoms after posterior repair.

Bowel movement usually improves: the need to squeeze, the sense of incomplete evacuation, urgency or the need for manually assisted evacuation are reduced.

Less commonly, bowel movement problems intensify or symptoms that were not present before the gynaecologic reconstructive surgery appear. There are few papers describing gas and faecal incontinence as a complication of posterior repair, and most of them are retrospective.

A study (1997) in 171 women after posterior repair with levator ani plication found an increase in the incidence of FI of up to 11% (including *de novo* postoperative anal incontinence in 8% of patients). A significant correlation for this complication was found in women who had the procedure performed more than once (8).

A study (2002) in a group of 14 patients showed that FI symptoms worsened postoperatively in one patient with a history of preoperative FI (6).

In another study, the authors assessed a group of 183 patients and reported *de novo* postoperative FI in 4% (8). In 2007, a paper was published assessing rectocele treatment outcomes in 99 patients one year postoperatively (5). It was estimated that gas incontinence may occur in 10-25% of patients who did not have this condition before posterior repair (12). Solid and liquid stool incontinence may postoperatively affect approximately 2-6% and 4% of women, respectively (5).

Another two studies, one conducted in 2012 in a group of 60 patients (9), and the other conducted in 2021 in a group of 57 women (10), reported no cases of postoperative *de novo* incontinence. Interestingly, a significant improvement was noted in patients with a history of preoperative gas and faecal incontinence.

As for the Polish literature, an analysis of 997 various types of pelvic floor repairs performed between 2007 and 2016 at the Department of Gynaecology and Obstetrics of the Hospital in Limanowa showed no cases of complications in the form of gas or faecal incontinence.

w Limanowej nie opisano ani jednego powikłania po postacią nietrzymania gazów i stolca.

Po operacji plastyki tylnej ściany pochwy objawy nietrzymania stolca stałego lub płynnego występują sporadycznie, a ryzyko wystąpienia tych powikłań rośnie wraz z ilością przeprowadzonych zabiegów naprawczych, wykonywanych z powodu niezadowolających efektów wcześniejszych operacji lub z powodu nawrotu dolegliwości (7).

WNIOSKI

1. Inkontynencja gazów i stolca po operacji tylnej ściany pochwy jest powikłaniem rzadkim. Przy braku uszkodzeń strukturalnych zwieraczy, postępowaniem terapeutycznym z wyboru u tych pacjentek jest fizykoterapia.
2. Ze względu na specyfikę dolegliwości ich wpływ na codzienne funkcjonowanie, jak również czas trwania leczenia, warto rozważyć u pacjentek z takim powikłaniem konsultację psychologiczną lub psychiatryczną z ewentualną psychoterapią.

Symptoms of solid or liquid faecal incontinence are extremely rare after posterior repair, and the risk of these complications increases with the number of repair procedures performed due to unsatisfactory outcomes of previous surgeries or symptom recurrence (7).

CONCLUSIONS

1. Gas and faecal incontinence is a rare complication of posterior repair. If no structural sphincter damage is detected, physical therapy is the treatment of choice.
2. Due to the specificity of the symptoms, their impact on everyday functioning, as well as treatment duration, it is worth considering psychological or psychiatric consultation and, if needed, psychotherapy in the affected patients.

Conflict of interest Konflikt interesów

None
Brak konfliktu interesów

Adres do korespondencji Correspondence

*Rafał Przybylski
Warszawski Ośrodek Proktologii,
Szpital św. Elżbiety w Warszawie
ul. Seweryna Goszczyńskiego 1,
02-616 Warszawa
rafal.przybylski.szpitalse@gmail.com

nadesłano/submitted:
06.10.2023

zaakceptowano do druku/accepted:
20.10.2023

Piśmiennictwo/References

1. Muir TW: Surgical Treatment of Rectocele and Perineal Defects Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery. Third Edition. 2007: 246-261.
2. Skręt A, Kotarski J, Baranowski W et al.: Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące profilaktyki oraz leczenia zaburzeń statyki narządów płciowych i wysiłkowego nietrzymania moczu u pacjentek zakwalifikowanych do histerektomii. Ginekolog 2009; 80: 459-465.
3. Park YJ, Kong MK, Lee J et al.: Manchester Operation: An Effective Treatment for Uterine Prolapse Caused by True Cervical Elongation. Yonsei Med J 2019; 60(11): 1074-1080.
4. Wałęga P, Romaniszyn M: Nietrzymanie stolca. Med Prakt Chir 2013; 4: 53-62.
5. Gustilo-Ashby AM, Paraiso MR, Jelovesk JE et al.: Bowel symptoms 1 year after surgery for prolapse: further analysis of a randomized trial of rectocele repair. Am J Obstet Gynecol 2007; 197(1): 76.e1-5.
6. Kahn MA, Stanton SL: Techniques of Rectocele Repair and their Effects on Bowel Function. Urogynecol J 1998; 9: 37-47.
7. Kahn MA, Stanton SL: Posterior colporrhaphy: its effects on bowel and sexual function. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104: 82-86.
8. Abramov Y, Gandhi S, Goldberg RP et al.: Site-specific rectocele repair compared with standard posterior colporrhaphy. Obstet Gynecol 2005; 105(2): 314-318.
9. Dua A, Radley S, Brown S et al.: The effect of posterior colporrhaphy on anorectal function. Int Urogynecol J 2012; 23(6): 749-753.
10. Maeda K, Honda K, Koide Y et al.: Outcomes of Transvaginal Anterior Levatorplasty with Posterior Colporrhaphy for Symptomatic Rectocele. J Anus Rectum Colon 2021; 5(2): 137-143.