

OD REDAKCJI



Fot. Radosław Kwiatecki

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Może to przypadek, ale w ciągu ostatnich miesięcy trafiło do mnie do zaopiniowania kilka spraw związanych z nieprawidłowym założeniem wkładki wewnątrzmacicznej. W związku z tym, że są to zabiegi, w których niekiedy trudno jest udowodnić prawidłowość postępowania lekarzy, postanowiłem się z Państwem podzielić garścią obserwacji i przemyśleń. Antykoncepcja wewnątrzmaciczna ma swoje wady i zalety. Podstawowa zaleta to fakt, że można zupełnie zapomnieć o antykoncepcji. Nawet jak się zapomni wyjąć wkładkę, to z reguły nie wiąże się to ze wzrostem ryzyka zajścia w niepożądaną ciążę. Z reguły nie wpływa na libido, a poczucie bezpieczeństwa może je wydatnie zwiększyć. Wkładka uwalniająca lokalnie hormon, obok najskuteczniejszej ochrony przed zajściem w ciążę, ma jeszcze cały szereg dodatkowych zalet wynikających z lokalnie wysokiego stężenia lewonorgestrelu w jamie macicy. Ograniczenia tej metody to konieczność wizyty u ginekologa, relacjonowane przez niektóre pacjentki dolegliwości bólowe w trakcie zakładania wkładki, niekiedy cena, nieakceptacja ze względów religijnych lub niechęci do posiadania w sobie ciała obcego, dla zwykłych wkładek zwiększenie obfitości i bolesności miesiączek oraz wzrost ryzyka promienicy przydatków. Ropnie przydatków u kobiet z założoną, często wiele lat wcześniej, wkładką wewnątrzmaciczną są najczęściej wywołane przez *Actinomyces*. Jedna z pierwszych prac dotyczących tego związku, autorstwa W. Pawliny i M. Bogdanowicza, ukazała się w *Ginekologii Polskiej* w 1987 roku. No i oczywiście ograniczeniem metody jest ryzyko nieprawidłowego założenia wkładki.

Nie do końca rozumiem dlaczego, ale zjawisko to chyba częściej dotyczy zakładania wkładki uwalniającej hormon. Czy to konsekwencja nieco większej średnicy insertora, nieco bardziej złożonej techniki zakładania wkładki, czy po prostu faktu, że jest ona znacznie gorzej widoczna w obrazowaniu ultrasonograficznym. Usłyszałem kiedyś taką opinię: „Po założeniu wkładki zrobiłem badanie ultrasonograficzne i nie zobaczyłem wkładki, bo przecież jej nie widać w USG”. Po pierwsze, gdyby to była prawda, to po co robić badanie, po drugie Mirenę widać, inaczej, ale widać cień, echo akustyczne, najłatwiejsze do zobrazowania w skanie poprzecznym przez trzon macicy. Więc jeżeli widzimy nitki

wkładki, a nie widzimy jej obrazu w jamie macicy, to powinniśmy podejrzewać, że znajduje się ona albo w mięśniu, albo w przymaciczu, albo pod omaciczem między pęcherzem a macicą (pacjentki po cięciu cesarskim) lub po prostu w jamie otrzewnej. Zwykłą wkładkę leżącą obok macicy niekiedy można uwidocznic w badaniu ultrasonograficznym, wkładki uwalniającej hormon – raczej nie. Pozostaje bardzo prosta metoda – zdjęcie rentgenowskie podbrzusza – AP i boczne. Oczywiście, jeżeli widzimy nitki wkładki, to możemy podjąć próbę jej wyjęcia. Opiniowałem kiedyś sprawę, w której przy próbie usunięcia urwano nitki wkładki, przy dalszych próbach jej usunięcia perforowano boczną ścianę macicy. Wkładkę za pomocą tomografii komputerowej zlokalizowała sobie sama pacjentka będąca radiologiem i oskarżyła lekarza próbującego usunąć wkładkę (zupełnie ktoś inny ją zakładał) o to, że wyjmując wkładkę z macicy, włożył ją do przymacicza. Wkładka została wyjęta laparoskopowo po około dwóch miesiącach, lekarz uniewinniony z absurdalnego zarzutu chyba dopiero po 4 latach ciągnięcia po sądach lekarskich. Smaczku całej sprawie dodaje fakt, że skarżąca nie miała żadnych zastrzeżeń do kolegi, który kilka lat wcześniej założył jej wkładkę do przymacicza, tylko do zupełnie Bogu ducha winnego innego lekarza, który nie mógł wyciągnąć wkładki z przymacicza, czyli przeciągnąć przez boczną ścianę macicy, pociągając za nitki widoczne w ujściu zewnętrznym.

Nieco bardziej złożona jest sytuacja, kiedy w ujściu wewnętrznym nie widać nitki, a w badaniu ultrasonograficznym obrazu wkładki w jamie macicy. Wkładka może zostać wydalona, co może, ale wcale nie musi być zauważone przez pacjentkę. Bolesne, obfite krwawienie ze skrzepami może przemawiać za wydalaniem wkładki. Według niektórych opracowań, wydalonych może zostać nawet do 5% wkładek wewnątrzmacicznych. Zbyt małe wypadają, bo są za małe, zbyt duże wywołują czynność skurczową i są rozdzone przez macicę. Nie przypominam sobie, abym spotkał się kiedyś z całkowitym wydalaniem wkładki Multiload, do kanału szyjki – i owszem, ale nie całkowitego. Bardzo rzadko też wydalana jest Mirena, spotkałem tylko jedną pacjentkę, która dwa miesiące po założeniu pokazała mi wkładkę, która została wydalona w trakcie krwawienia. Pacjentka ta miała trzycentymetrowego mięśniaka podśluzów-

kowego i chyba to on był przyczyną wydalenia wkładki. Normalnie wysokie lokalne stężenie lewonorgestrelu hamuje czynność skurczową macicy, co jest jedną z przyczyn zmniejszenia nasilenia dysmnenorrhea po założeniu Mireny i jednocześnie zmniejsza ryzyko wydalenia wkładki.

Nie wolno jednak zapomnieć o tym, że jeżeli nie widać ani nitki, ani wkładki, to może się ona znajdować w jamie brzusznej. Najczęściej wrasta w sieć i może zostać przemieszczona nawet poza obszar miednicy mniejszej. Diagnostyka ultrasonograficzna jest tu mało przydatna, wkładka, nawet ta z miedzią, jeżeli będzie leżała między pętlami jelit, w badaniu USG jest po prostu niewidoczna. I znowu kłania się prosty, zwykły rentgen. Skan taki jak w trakcie HSG albo zwykłe, puste zdjęcie – i wszystko jak na dłoni. Wszystkie wkładki mają dodatek siarczynu baru, więc są doskonale widoczne w badaniu rentgenowskim. Rozpoznanie ektopowej lokalizacji wkładki wewnątrzmacicznej (prawda, że ładna nazwa nowej jednostki nozologicznej?) jest wskazaniem do wykonania laparoskopii i usunięcia wkładki, czasami wymaga to wykonania małej resekcji fragmentu sieci.

Mirena wprowadzona do jamy brzusznej skutecznie zapobiega ciąży, zmniejsza obfitość i bolesność miesiączek, ba, często je w ogóle eliminuje. Zwróćcie na to uwagę. Jeżeli nie widzicie Mireny w macicy i pacjentka ma znowu obfite miesiączki, to pewnie ją wydalila. Ale jeśli nie widać wkładki, a pacjentka tylko poplamia lub ma śladowe miesiączki, to pewnie dlatego, że wchłania lewonorgestrel z wkładki w jamie otrzewnej, w przymaciaczu czy w mięśniu macicy.

Nitki wkładki mogą też być niewidoczne dlatego, że zostały świadomie obcięte bardzo krótko albo zostały wciągnięte w głąb kanału w wyniku dopasowywania się wkładki do kształtu jamy macicy. Niektórzy odcinają nawet całe nitki od końca wkładki. Nie jest to chyba najrozsądniejsze, a przekonał się o tym jeden mój kolega, który zaraz po założeniu wkładki stwierdził, że znajduje się ona w mięśniu, a nie w jamie macicy – tylko nie miał już za co pociągnąć. Gdyby to miało sens, to na pewno niejedna firma robiłaby takie wkładki. Na polskim rynku dostępne są co prawda wkładki w kształcie pierścienia zrobionego z miękkiej drucianej spiralki nieposiadające żadnej nitki, ale i sposób ich zakładania i wyjmowania jest zupełnie inny.

O ile nieprawidłowe założenie wkładki wewnątrzmacicznej trudno uznać za błąd w sztuce, ale powikłanie, które niestety musi zostać wkalkulowane w ryzyko zabiegu, o tyle nierozpoznanie tego powikłania niestety spełnia kryteria błędu medycznego. Nie da się wytłumaczyć lekarza, który stwierdzając brak wkładki w macicy, bez żadnego zastanowienia proponuje założenie następnej „po kosztach”. Pacjentka może się czuć zupełnie dobrze, ale jak po dwu latach będzie miała przypadkowo zrobione badanie radiologiczne i okaże się, że ma dwie wkładki, to wszystkie dolegliwości, jakie miała lub jakie sobie wymyśliła, będzie przypisywała obecności wkładki w brzuchu.

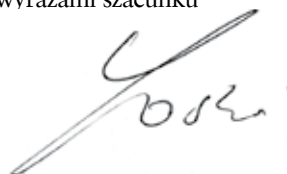
Co zatem robić, żeby uniknąć takich przykrych doświadczeń? Po pierwsze wkładkę najwygodniej jest zakładać pod

koniec miesiączki albo w okresie okołoolulatoryjnym, kiedy w kanale widoczny jest śluz płodny. Przed założeniem należy pacjentkę zbadać ginekologicznie i najlepiej zrobić przezpochwowe badanie ultrasonograficzne. Ocenic położenie trzonu, wielkość i kształt jamy macicy, jeżeli mówimy o wkładkach miedzianych, to na podstawie tej oceny można dobrać i rozmiar, i kształt wkładki. Zakładamy wzorniki, uwidaczniamy część pochwową, niektórzy znieczulają szyjkę albo nakładając żel z lidokainą, albo nastrzykując szyjkę jej roztworem. Czasami, i raczej dość wyjątkowo, celowe może być krótkie znieczulenie dożylnie. Chwytny wargę części pochwowej i pociągamy ku dołowi. W przypadku silnego tyłozgięcia macicy niekiedy bardziej można wyprostować kanał szyjki, chwytając i pociągając za tylną wargę. Dużą uwagę trzeba zachować u pacjentek z tyłozgiętą macicą po przebytym cięciu cesarskim, szczególnie wtedy, kiedy ostatnie cięcie było wykonywane w niedużym odstępie czasu od próby założenia wkładki. Kierunek kanału szyjki i jamy oceniamy sondą, w razie potrzeby zakładamy jedno-dwa rozszerzadła Hegara (w trakcie miesiączki zwykle niepotrzebne), wprowadzamy wkładkę do jamy macicy i zgodnie z instrukcją wypychamy ją z insertora. Odcinamy nitki, pozostawiając dwu-trzycentymetrowy zapas. Wykonujemy kontrolne badanie ultrasonograficzne, w którym powinniśmy uwidocznic wkładkę w jamie macicy. Ramionka poprzeczne mogą być jeszcze nierozprężone, ramię pionowe może być ustawione skośnie, czasem leżeć prawie w poprzek jamy macicy, ale musi być widoczne. Opisujemy to wszystko w dokumentacji lekarskiej. Opisujemy szczegółowo zabieg, a nie tylko „Założono IUD”. Wpisujemy: „Po założeniu wkładki uwidoczniiono jej obraz w jamie macicy”. Umawiamy się za miesiąc na kontrolę, sprawdzamy obecność nitki w ujściu zewnętrznym, ultrasonograficznie oceniamy położenie wkładki w jamie, jeżeli pacjentka będzie się o to ubiegać, to skrócimy jej nitki. Najczęściej jednak narzekają te pacjentki, które mają pozostawione sterczące kilkumilimetrowe „wąsy”, dłuższe nitki przyklejają się do części pochwowej i są zupełnie niewyczuwalne.

Jeżeli nie widzimy w badaniu przezpochwowym wkładki w jamie macicy, to pamiętajcie, podstawowym sposobem rozpoznania i wykluczenia obecności wkładki w jamie brzusznej jest diagnostyka radiologiczna.

I na koniec zupełnie inny temat – zarezerwujcie sobie czas 21 i 22 października. Znowu spotykamy się na Torwarze z Akademią po Dyplomie. Program bardzo napięty i zróżnicowany, jestem przekonany, że każdy znajdzie w nim coś ciekawego. Zapraszam.

Z wyrazami szacunku



Romuald Dębski