

# RZADKI PRZYPADEK CAŁKOWITEGO WYPADNIĘCIA NARZĄDU RODNEGO U PACJENTKI ZE WSPÓŁISTNIEJĄCĄ KAMICĄ MOCZOWĄ I WYNICOWANIEM ODBYTNICY – DIAGNOSTYKA, LECZENIE OPERACYJNE I PROBLEMY PIELEGNACYJNE

A rare case of patient with total uterine prolapse, coexistent bladder calculi and rectal prolapse – diagnosis, surgical treatment and nursing challenges

DOROTA NOWAK<sup>A,B,D–F</sup>

Oddział Ginekologii,  
Centrum Ginekologii, Potożnictwa i Neonatologii  
w Opolu

A – przygotowanie projektu badania | study design, B – zbieranie danych | data collection, C – analiza statystyczna | statistical analysis, D – interpretacja danych | data interpretation, E – przygotowanie maszynopisu | manuscript preparation, F – opracowanie piśmiennictwa | literature search, G – pozyskanie funduszy | funds collection

## STRESZCZENIE

**Wstęp:** Całkowite wypadnięcie narządu rodnego z punktu widzenia biologicznego, jak i społecznego, należy uznać za pewnego rodzaju kalectwo. Dlatego dąży się do usunięcia tego powikłania, co należy uznać za postępowanie rehabilitacyjne. Odczuwane dolegliwości przyczyniają się do obniżenia jakości życia, a schorzenia współistniejące dodatkowo pogarszają stan zdrowia. Skłania to do zastosowania dodatkowej specjalistycznej diagnostyki i znacznego rozszerzenia zakresu operacji.

**Cel pracy:** Prezentacja przypadku całkowitego wypadnięcia macicy z rzadko występującymi schorzeniami układu moczowego i dolnego odcinka układu pokarmowego.

**Materiał i metody:** Opisano przypadek 56-letniej chorej zakwalifikowanej do usunięcia macicy i kamieni moczowych drogą brzuszną. Dokonano obserwacji, analizy dokumentacji, przeprowadzono wywiad, pomiary oraz realizowano zalecenia lekarskie i pielęgniarskie.

**Słowa kluczowe:** wypadnięcie macicy, kamica pęcherza moczowego, wynicowanie odbytnicy

**Opis przypadku:** Pacjentka przygotowywana była do operacji usunięcia macicy drogą brzuszną, którą poprzedziły: diagnostyka laboratoryjna, obrazowa, kontrastowa, badania ginekologiczne, konsultacje specjalistyczne, antybiotykoterapia, wyrównanie niedoborów, terapia przeciwoleżynowa macicy. Podczas operacji urolog po otwarciu pęcherza moczowego usunął mniejsze kamienie, a po powiększeniu nacięcia – większe konkrementy. Następnie ginekolog usunął macicę z przydatkami. Pozostawiono drenaż ssący z zatoki Douglasa i przedniej ściany pęcherza moczowego. Stan pacjentki po operacji był dobry, a przebieg pooperacyjny powikłany nietrzymaniem moczu i okres rekonwalescencji wydłużony.

**Wnioski:** Operacja przebiegła pomyślnie. Działania o charakterze holistycznym, opieka pielęgniarska, mająca na celu rozpoznawanie i zaspakajanie potrzeb biopsychospołecznych, a także przygotowanie pacjentki do samoopieki, przyczyniły się do poprawy zdrowia i polepszenia jakości życia.

## SUMMARY

**Background:** Total uterine prolapse should be regarded as a disability both from the medical and social point of view. Therefore, any attempt to remove the disability should be considered as a form of medical rehabilitation. The symptoms coexisting with the disorder impair the quality of the patient's life and their overall health condition. That is why, additional diagnostic tests and improved surgical procedures are taken under the account.

**Aim of the study:** The aim of this paper is to present the case of the total uterine prolapse which coexisted with rare urinary and gastrointestinal tracts' complications.

**Material and methods:** The case presented in the paper is a 56-year-old female patient qualified for the abdominal hysterectomy and simultaneous removal of the bladder calculi during the laparotomy. Her medical history was collected and the analysis of her medical records, biophysical data and nursing reports was carried out.

**Case report:** The patient was prepared for the abdominal hysterectomy. The surgery was preceded by blood tests, contrast

**Keywords:** uterine prolapse, cystolithiasis, rectal prolapse

radiographic imaging, ultrasound imaging and an interdisciplinary meeting. Moreover, the vaginal anti-sore therapy was introduced and biochemical disturbances were managed. During the surgery, surgical incision of the bladder was performed and several small calculi were evacuated. Widening of the incision and removal of the giant stone followed. Then, complete hysterectomy was performed by a gynaecologist. The suction drainage was left in the retro-uterine pouch and anterior vesicle wall. The patient's clinical condition after the surgery was good. The post-operative period was disturbed by urinary incontinence and therefore, the rehabilitation period was prolonged.

**Conclusions:** The surgery was successful. The holistic approach and nursing care concentrated on fulfilling the patient's physical and psycho-social needs which has resulted in the improvement of both the patient's quality of life and her overall physical condition.

(PU-HSP 2015; 9, 3: 26–30)

## Wstęp

W kazuistycznych opisach literatury medycznej rzadko spotyka się współistnienie kilku schorzeń narządów dna miednicy mniejszej [1–3]. Bliskie położenie anatomiczne narządu rodowego i moczowego, wspólne unaczynienie i unerwienie mogą wpływać na wiele zmian chorobowych w obu układach. Całkowitemu obniżeniu narządu rodowego towarzyszy prawie zawsze obniżenie przedniej ściany pochwy, odbytnicy i dna pęcherza moczowego razem z trójkątem pęcherza [3–5]. Niewielki spadek napięcia tkanki łącznej w obrębie narządów miednicy mniejszej może powodować dolegliwości uroginekologiczne: upośledzenie opróżniania pęcherza moczowego, stany zapalne w następstwie zalegania moczu [6,7].

Wypadanie narządów płciowych zwykle pojawia się lub ulega znacznemu nasileniu w okresie menopauzy. Jest to uwarunkowane różnymi czynnikami oraz klimakteryczną atrofią tych narządów. Całkowite wypadnięcie macicy charakteryzuje się jej zupełnym obniżeniem do tego stopnia, że pokryta wyciowanymi ścianami pochwy szyjka i trzon macicy znajdują się poniżej przedsionka pochwy [6,8].

Ucisk i zniekształcenie pęcherza moczowego przez przemieszczoną macicę mogą być przyczyną nietrzymania moczu (przy obniżeniach) lub jego zalegania (przy wypadaniu). Prowadzi to do zakażenia dróg moczowych, zalegania moczu i tworzenia się kamieni moczowych [4]. Usuwanie kamieni pęcherzowych odbywa się drogą przezcewkową lub operacyjną [9].

Wypadnięcie odbytnicy polega na wyciowaniu i przejściu przez kanał odbytu błony śluzowej odbytnicy bezpośrednio w skórę otaczającą odbyt. Wypadnięcie odbytu i odbytnicy obserwuje się częściej u kobiet. Przyczyną może być wrodzone i nabyte rozluźnienie więzadeł odbytniczo-krzyżowych, mięśnia dźwigaacza odbytu oraz otaczających tkanek. Wypadnięcie przebiega często bez dolegliwości. Po oddaniu stolca wypadnięcie odbytu cofa się początkowo samoistnie, później wymaga ręcznego odprowadzenia. Z wypadaniem odbytnicy często występuje wypadanie macicy, pochwy oraz dolegliwości układu moczowego. Wyle-

czenie można osiągnąć jedynie dzięki postępowaniu chirurgicznemu [3].

Coraz większe możliwości technik operacyjnych umożliwiły przeprowadzenie podczas jednej operacji zabiegu na dwóch narządach. W przypadku wystąpienia innych schorzeń w miednicy mniejszej może zaistnieć uzasadnienie wykonania laparotomii wycięcia macicy i podwieszenia kikuta pochwy do więzadeł krzyżowo-kolcowych [10].

Opisywane zagadnienie ujęłam w aspekcie uroginekologicznym, wykorzystując doświadczenie zawodowe zdobyte podczas pracy na oddziale ginekologii septycznej oraz na oddziale pooperacyjnym ginekologii aseptycznej. Swoje spostrzeżenia i wnioski omawiałam ze współpracownikami, co pozwoliło mi usystematyzować wiedzę na ten temat. Dzięki temu dokładnie zapoznałam się z tak rzadkim schorzeniem.

## Cel pracy

Celem pracy jest prezentacja rzadkiego przypadku wystąpienia całkowitego wypadnięcia narządu rodowego ze współistniejącą kamicą pęcherza moczowego. Przedstawienie metod diagnostycznych pozwoliło ustalić ostateczną diagnozę, a co za tym idzie – dobrać odpowiednią metodę leczenia operacyjnego i zapewnić profesjonalny proces pielęgnacji.

## Materiał i metody

Podmiotem jest podopieczna hospitalizowana z powodu całkowitego wypadnięcia macicy ze schorzeniami współistniejącymi. W opisie przypadku wykorzystano następujące metody: obserwację, analizę dokumentacji, wywiad, pomiary, realizację zaleceń lekarskich. Obserwacja pielęgniarska dotyczyła różnych czynników i miała charakter holistyczny. Za zgodą ordynatora uzyskano informacje z historii choroby i całej dokumentacji medycznej prowadzonej w oddziale oraz te związane z interpretacją wyników badań. Przeprowadzono wywiady z pacjentką i jej rodziną, a także z lekarzami podczas wykonywania czynności medycznych.



Regularne pomiary parametrów życiowych przyczyniły się do oceny ogólnego stanu pacjentki.

Przez cały okres hospitalizacji pacjentki personel z uwagą i zaangażowaniem uczestniczył w procesie jej leczenia i pielęgnacji. Rozpoznawał potrzeby i realizował zadania pielęgnacyjne, postrzegał chorą jako jednostkę biopsychospołeczną i przyczynił się do zakończenia terapii i pobytu pacjentki w szpitalu.

## Opis przypadku

56-letnia pacjentka przyjęta została na oddział ginekologii septycznej z całkowitym wypadnięciem macicy w celu diagnostyki i leczenia operacyjnego. Przeprowadzono wywiad ginekologiczny (ostatnia miesiączka – dwa lata temu; liczba porodów – 1, o czasie, siłami natury; nie ronila), na podstawie którego uzyskano informacje o braku przyczyn całkowitego wypadnięcia macicy. Wypadnięcie narządu rodnego istniało od trzech lat. Z powodu bólu w podbrzuszu i bezwiednego oddawania moczu pacjentka zgłosiła się do ginekologa.

Na podstawie wywiadu ogólnego stwierdzono, że stan ogólny pacjentki jest dobry, a parametry życiowe w normie. Jest szczupła, jej powłoki skórne są blade, skarży się na wzdęcia i bóle podbrzusza. Pacjentka stosuje pampersy z powodu bezwiednego oddawania moczu. Podczas pomocy w wymianie pampersa widoczna jest całkowicie wypadnięta macica z widocznymi odległościami na ścianie przedniej i tylnej. Wcześniej pacjentka stosowała okłady z rivanolu. Stan emocjonalny chorej określono jako dobry, pomimo oznak skrzepowania.

Podczas badania ginekologicznego wewnętrznego zaobserwowano przed szparą sromową wypadniętą macicę (wielkości główki noworodka) z obiema ścianami pochwy. W części górnej nad trzonem zauważono i zbadano twardy guz wielkości pięści, część pochwowa stożkowata, ujście okrągłe, w ujściu widoczny polip wielkości ziarna pieprzu. Na tylnej ścianie w 2/3 powierzchni widoczna była jasnoczerwona odleżyna. Przy próbie odprowadzenia macicy stwierdzono wyciek treści ropnej z cewki moczowej oraz wynicowanie odbytnicy. Opisany guz nie pozwalał na skuteczne odprowadzenie wypadniętej macicy. Wykonano badania laboratoryjne, a ich wyniki mieściły się w granicach normy.

USG jamy brzusznej i nerek pozwoliło uzyskać następujące informacje: macica wielkości 6 x 7 cm, endometrium linijne, przydatki niewidoczne; pęcherz moczowy o nieregularnych obrysach z hyerechogenicznym echem, nie stwierdzono obecności moczu; nerki z obustronnie poszerzonym układem kielichowo-miedniczkowym (UKM 9 x 4 cm).

Po zapoznaniu się z wynikami badań pacjentkę zakwalifikowano do zabiegu odprowadzenia macicy w znieczuleniu ogólnym. Podczas operacji w pozycji do litotomii odprowadzono kolejno guz okolicy trzonu, trzon oraz szyjkę i ściany pochwy, a następnie wynicowany odbył. Do pochwy założono dwa tampony z estriolem i podjęto nieudaną próbę wprowadzenia cewnika do pęcherza moczowego.

Po zabiegu pacjentka była w stanie ogólnym dość dobrym, nie wskazywała dolegliwości, oddawała bezwiednie mocz, jej brzuch był miękki niebolesny, stolec oddawała. Nie stwierdzono krwawienia z dróg rodnych.

Podczas weekendu nastąpił wzrost temperatury ciała (39,5°C), zlecono więc antybiotyk – Dalacin C 3 x 600 mg iv. Pacjentka była ostabiona, zaobserwowano bladeść powłok skórnych, brzuch miękki niebolesny, brak krwawienia z dróg rodnych, tętno w granicach normy. Zlecono przygotowanie do urografii, a po jej wykonaniu konsultację internistyczną i diagnostykę laboratoryjną.

Konsultacja urologiczna pozwoliła stwierdzić, że nerki są słabo wydzielające, moczowody nie kontrastują się, a w miednicy mniejszej widoczny jest słabo skontraktowany twór (niewykluczony nowotwór pęcherza moczowego lub kamica pęcherza moczowego). Zalecono założenie cewnika Foleya do pęcherza moczowego w celu monitorowania diurezy. Samopoczucie pacjentki było dość dobre, nie gorączkowała, nie wskazywała dolegliwości, mało chodziła, jej brzuch był miękki, niebolesny, a sptywający mocz czysty. Wdrożono przygotowanie do operacji usunięcia drogą brzuszną macicy wraz ze współistniejącymi kamieniami moczowymi, po wyrównaniu niedoborów i zakończeniu terapii przeciwoleżynowej wypadniętej macicy.

W znieczuleniu nadoponowym otwarto jamę brzuszną cięciem podłużnym w linii środkowej ciała, od spojenia łonowego do pępka. Po odizolowaniu górnej połowy jamy otrzewnowej kompresami gazowymi stwierdzono, że nad spojeniem łonowym występuje badany nieruchomy guz wielkości główki noworodka, wchodzący dolnym biegunem za spojenie i do zatoki Douglasa. Macica pod guzem była niepowiększona, a przydatki obustronne bez zmian. Nacięto wyżej opisany guz (urolog) i poprzez dokładne preparowanie zapalnie zmienionych tkanek otwarto pęcherz moczowy, usuwając cztery konkrementy o średnicy 3,5 cm oraz – z dużymi trudnościami po powiększeniu nacięcia pęcherza moczowego – usunięto konkrement o wymiarach 10 x 8 cm. Po wewnętrznej toalecie pęcherza moczowego zamknięto go dwuwarstwowo szwami pojedynczymi, węzłkowymi. W okolicy zatoki Douglasa pozostawiono dwulufowy dren plastikowy. Uchwycono (ginekolog) oba rogi macicy w mocne klemy, a następnie kolejno obustronnie podkuto, podwiązano i przecięto więzadła lejkowe – miedniczne i obłe. Następnie w asyście urologa otwarto anatomicznie zmieniony przedni załamek i pęcherz moczowy, częściowo na ostro, a częściowo na tępo, zsunięto ku dołowi.

Po uwidocznieniu obu wiązek naczyń maciczych uchwycono je w mocne krzywe klemy, po czym przecięto, odkuto i podwiązano. Po założeniu dodatkowych okłuc na przymacicza boczne otwarto przednie sklepienie pochwy. Macicę z przydatkami odcięto od pochwy, której kikut zeszyto pojedynczymi szwami na głucho. Po toalecie jamy otrzewnowej założono na kikuty więzadeł podwiązki zabezpieczające. Kikut pochwy podwieszono wysoko do więzadeł obtych. Pozostawiono drenaż ssący z zatok Douglasa oraz okolicy przedniej ściany pęcherza moczowego. Jamę brzuszną zamknięto 5-warstwowo na głucho. Stan pacjentki po operacji określono jako dobry.

## Przebieg okresu pooperacyjnego i opieka nad pacjentką po operacji

We wczesnych dobach po operacji opieka pielęgniarska obejmowała działania mające na celu niwe-

lącję bólu pooperacyjnego, obserwację parametrów życiowych, pielęgnację rany pooperacyjnej, podawanie płynów dożylnie, obserwację diurezy. W kolejnych dobach wprowadzano stopniowo uruchamianie, stosowano dietę pooperacyjną, usunięto drenaż z zatoki Douglasa i leczono powierzchowny stan zapalny rany. Zaobserwowano powrót perystaltyki jelit. Utrzymano dren wyprowadzony z pęcherza moczowego i cewnik Foleya. Wdrożono miejscowe leczenie niewielkiej infekcji dolnej części rany oraz monitorowano proces jej gojenia. W dalszych dobach usunięto etapami szwy z rany brzucha, zakończono antybiotykoterapię, usunięto cewnik Foleya i dren z pęcherza moczowego. Przez cały okres hospitalizacji edukowano podopieczną w zakresie przestrzegania zasad higieny ciała, diety i aktywności ruchowej. Wspierano ją i motywowano do wykonywania ćwiczeń Kegela.

Badanie wewnętrzne pozwoliły zauważyć dużego stopnia obniżenie tylniej ściany pochwy, kikut pochwy był wysoko podwieszony w jamie brzusznej. Nie stwierdzono nieprawidłowości anatomicznych w obrębie miednicy mniejszej. W czasie badania występowało bezwiednie oddawanie moczu. Leczenie zgodne z kartą zleceń.

Pacjentka w 27. dobie po operacji została zakwalifikowana do wypisu w stanie ogólnym dobrym. Nie zgłaszała dolegliwości bólowych, perystaltyka jelit była zachowana. Nadal utrzymywało się bezwiedne oddawanie moczu. Stwierdzono, że powierzchowne rozejście się rany w dolnym biegunie, na długości 3 cm, nie kwalifikuje się do wtórnego szycia powłok skórnych. Z powodu wypadania odbytu zalecono dalsze leczenie w poradni proktologicznej. Ponadto skierowano pacjentkę na oddział chirurgii w celu założenia siatki odtwarzającej dno miednicy matej.

## Dyskusja

W zebranych materiale potwierdza się wniosek o braku powiązania co do urologicznych przyczyn wypadania macicy [1–3,11–14]. Wypadaniu przedniej ściany pochwy czy macicy towarzyszy najczęściej zmiana położenia pęcherza moczowego, tworzy się jego uchyłek pochwoy, w którym może dochodzić do zakażenia i zalegania moczu. Etiologia kamicy moczowej nie została ostatecznie określona. Wśród czynników ryzyka wymienia się wspomniane infekcje i przewlekły zastój moczu [1,2,7,10]. W przedstawionym materiale wykazano konieczność przeprowadzenia kompleksowej diagnostyki pęcherza moczowego przed doбором

metody operacji uroginekologicznej związanej z wypadaniem macicy [1,2,11–14]. W opisywanym przez mnie przypadku potwierdzono, iż kamienie moczowe uniemożliwiały odprowadzenie pochwy i macicy [11–13]. Zabieg operacyjny należy wykonywać dwuetapowo: najpierw usuwa się kamienie moczowe drogą przezpochwową [11,13,14]. W innym przypadku wykonano endoskopowe kruszenie kamieni [2]. Natomiast wypadniętą macicę usuwa się drogą pochwową [1,2,11,13,14]. Opisano również usunięcie kamieni otwartą cystolitotomią w trakcie brzusznej procedury nietrzymania moczu [12]. W zaprezentowanym przez mnie rzadkim przypadku zastosowano odmienną metodę usunięcia kamieni pęcherza moczowego i wypadniętej macicy. Zabieg pomyślnie przeprowadzono drogą laparotomii.

## Wnioski

1. Przedstawione schorzenie, jakim było całkowite wypadnięcie macicy, po przeprowadzeniu niezbędnej diagnostyki kwalifikowało się do operacji drogą brzuszną.

2. Zabieg usunięcia macicy i kamieni moczowych drogą brzuszną przebiegł pomyślnie. Trudności nastręczało usunięcie dużego kamienia moczowego o wymiarach 8 x 10 cm. Pozostałe, o średnicy 3,5 cm, wydobyto bez problemów. Stan pacjentki po operacji był dobry.

3. Okres pooperacyjny nie przebiegał w sposób całkowicie prawidłowy. Po usunięciu cewnika Foleya u pacjentki występowało bezwiedne oddawanie moczu, a po usunięciu drenów zaobserwowano w dolnym biegunie rany miejscową infekcję.

4. Trening pęcherza moczowego – ćwiczenia Kegela – zmniejszył nieprzyjemne powikłanie, a po zastosowaniu krótkiej terapii miejscowej powierzchowne rozejście się brzegów rany nie kwalifikowało się do wtórnego szycia powłok skórnych.

5. Po zakończeniu leczenia pacjentka skierowana została na oddział chirurgii w celu założenia siatki odtwarzającej dno miednicy matej.

## Źródło finansowania

Praca sfinansowana ze środków własnych autora.

## Konflikt interesów

Autor nie zgłasza konfliktu interesów.

## Piśmiennictwo

1. Właźlak E, Surkont G, Dunicz-Sokołowska A, Cichińska A, Wieszczycka A, Sobieszko D, Stetkiewicz T, Suzin J. Mnoga kamica pęcherza moczowego – rzadka przyczyna pęcherza nadreaktywnego po operacji korygującej zaburzenia statyki narządu płciowego. *Prz Menopauz* 2007; 4: 244–245.
2. Pilch M, Pawłowicz R, Chojak Z. Całkowite wypadnięcie macicy przyczyną ciężkich powikłań urologicznych. *Urol Pol* 1987; 40(3): 217–220.
3. Kościński T. *Choroby struktur dna miednicy*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2006.
4. Goeschen K, Petros PP. *Uroginekologia zabiegowa w świetle Teorii Integralnej. Anatomia czynnościowa, diagnostyka i leczenie*. Lublin: Wydawnictwo Biofolium; 2009.
5. Psyhyrembel W, Strauss G, Petri E. *Ginekologia Praktyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1994.
6. Bręborowicz GH. *Położnictwo i ginekologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005.
7. Rechberger T. *Uroginekologia praktyczna*. Lublin: Biofolium; 2007.
8. Panay N, Dutta R, Rayn A, Broadbent JAM. *Położnictwo i ginekologia*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2006.



9. Borkowski A. *Urologia. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
10. Borówka A. *Wykłady z urologii*. Tom 3. Lublin: Polskie Towarzystwo Urologiczne; 2005.
11. Dahiy P, Gupta A, Sangean K. Multiple bladder calculi: a rare cause of irreducible uterine prolapse. *Arch Gynecol Obstet* 2007; 275 (5): 411–412. Epub 2006 Nov 14.
12. Wai CY, Margulis V, Baugh BR, Schaffer JI, Multiple vesical calculi and complete vaginal vault prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189(3): 884–885.
13. Hudson CO, Sinno AK, Northington GM, Galloway NT, Karp DR. Complete transvaginal surgical management of multiple bladder calculi and obstructed uterine procidentia. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2014; 20 (1): 59–61.
14. Washington B, Hines B, Stonburg S. Bladder calculi presenting as complete procidentia. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19(1): 157–159.

**Adres do korespondencji:**

mgr Dorota Nowak  
ul. Próżkowska 7/17  
45-710 Opole  
Tel. (+48) 880 756 075  
E-mail: dora.n68@wp.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 17.07.2015

Po recenzji: 29.07.2015

Zaakceptowana do druku: 30.07.2015