

## ניתוחי סרט תת שופכתיים לדליפת שתן במתארי מאמץ (MUS)

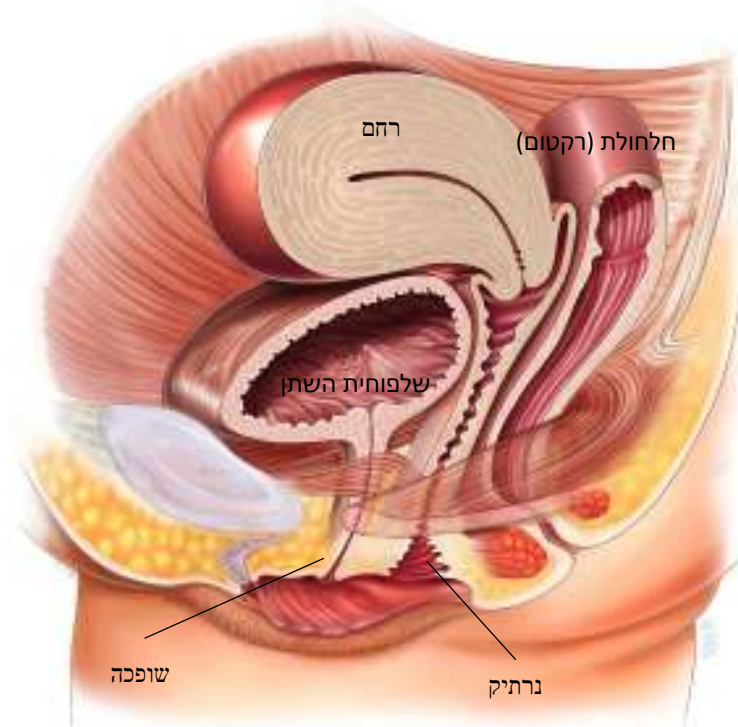
### ע ל ו ן מ י ד ע ל א י ש ה

1. מהם ניתוחי סרט תת שופכתי?
2. כיצד מתבצעים הניתוחים?
3. כיצד הם פועלים?
4. האם אזורקק להרדמה במהלך הניתוח?
5. מתי אוכל להשתחרר הביתה לאחר הניתוח?
6. מתי אוכל לחזור לשגרה?
7. מהם אחוזי ההצלחה של הניתוח?
8. האם קיימים סיבוכים?
9. מצב שלפוחית השתן שלי אינו כל-כך גרוע בימים אלו, האם עלי לעבור ניתוח כעת, על מנת למנוע החמרה בעתיד?
10. אני מעוניינת ללדת ילדים נוספים. האם אוכל כבר עכשיו לעבור ניתוח סרט?
11. כיצד ישפיע הניתוח על התפקוד המיני שלי?
12. האם יש משהו אחר שאוכל לעשות על מנת להימנע מניתוח?

### מהם ניתוחי סרט תת שופכתי?

ניתוחי סרט נועדו לסייע לנשים הסובלות מדליפת שתן במתארי מאמץ. דליפת שתן במתארי מאמץ היא דליפת שתן שנלווית לפעולות יומיומיות כגון שיעול, עיטוש ופעילות גופנית. מדובר במצב נפוץ, הפוגע ב-1 מכל 3 נשים. ניתן לתקן ולשפר מצב של דליפת שתן במאמץ באמצעות תרגילי חיזוק לרצפת האגן ושינויים באורח החיים, אך במצבים בהם שיטות אלה נכשלו, יתכן וניתוח הוא הפתרון המומלץ עבורך. הניתוח הנפוץ ביותר המוצע במצב של דליפת שתן במאמץ הוא ניתוח מסוג סרט תת שופכתי MUS. מדובר בפרוצדורה פשוטה, נעשית במתכונת של אישפוז יום, שבוצעה עד היום ברחבי העולם כטיפול ליותר מ-3 מיליון נשים.

### תמונה 1 : מבנה אנטומי תקין



במהלך הניתוח, מושם סרט בין מרכז השופכה לבין רירית הנרתיק. הסרט עשוי רשת פוליפרופילן (חומר עשוי חוטים שזורים) ברוחב של כ- 1 ס"מ. השופכה היא למעשה הצינור דרכו מתרוקנת שלפוחית השתן. באופן נורמלי, השרירים והרצועות שתומכים את השופכה מתהדקים בחוזקה בעת מאמץ ובכך, מונעים דליפת שתן. נזק או החלשות של מבנים אלו, הנובעים מלידות או מתהליכי התבגרות, יכולים להביא לכשל במנגנון ולדליפת שתן. הסרט המושם תחת השופכה משפר את התמיכה ומפחית או עוצר את הדליפה

ניתוחי סרט נעשים באופן בטיחותי במשך שנים ארוכות, למרות זאת, לאחרונה, לאור הסיקור התקשורתי האחרון לגבי רשתות נרתיקיות, סיפקנו תשובות למידע הנשאל לגבי הרשתות באתר של (IUGA ([www.yourpelvicfloor.org/mesh-mid-urethral-slings/](http://www.yourpelvicfloor.org/mesh-mid-urethral-slings/)).

### כיצד מתבצעים הניתוחים?

קיימות שלוש דרכים עיקריות להשמת הסרט: גישה רטרופובית (מאחורי עצם החיק), גישה טרנסאובטורטרית (דרך מפתח האובטורטורים) וגישה "חתך בודד" (סרט מקוצר). אין גישה אחת אשר עדיפה על פני האחרות, למעט מקרים חמורים של דליפת שתן במאמץ, בהם הגישה הרטרופובית נמצאה מוצלחת יותר.

גישת הסרט המקוצר נמצאת עדיין בשלבי מחקר התחלתיים. גישה זו אמנם פולשנית פחות בהשוואה לגישות האחרות, אך יתכן ותהיה אפקטיבית פחות בשליטה על דליפת שתן במאמץ בטווח הארוך או במקרים של הפרעה חמורה.

### גישה רטרופובית

במהלך הניתוח בגישה הרטרופובית, הסרט מושם דרך חתך קטן שנעשה בנרתיק, תחת מיקום מרכז השופכה. דרך החתך בנרתיק מושחלים 2 קצוות הסרט לעבר 2 צידי השופכה והם נמשכים החוצה דרך חתך יחיד או שני חתכים קטנים, שממוקמים מעל עצם הפוביס (החיק), בקו השיער, במרחק של 4-6 ס"מ זה מזה. בשלב זה, המנתח/ת מוודאים באמצעות מצלמה (ציסטוסקופ) שהסרט מוקם היטב, ללא חדרה לשלפוחית השתן. הסרט נבדק, לוודא שהוא מונח רפוי במקום הנכון מתחת לשופכה ולאחר מכן, החתך בנרתיק נתפר לכיסוי הסרט, קצוות הסרט מוסרים והחתכים מעליהם מכוסים.

הניתוח בגישה הרטרופובית הנפוץ ביותר הוא ניתוח בשם (Tension free Vaginal Tape) TVT. זהו גם הניתוח שתוצאותיו נבחנו למשך פרק הזמן הארוך ביותר. המחקר הראה שכאשר מושגת שליטה על דליפת שתן במאמץ בתקופה העוקבת לניתוח – ההישג נשמר לתקופה של 17 שנים לפחות. גישות רטרופוביות אחרות והגישה הטרנס-אובטורטרית כרוכות בשיעורי הצלחה דומים לאורך זמן.

### תמונה 2 : מתלה רטרופובי



### גישה דרך האובטורטור

הניתוח בגישה דרך האובטורטור דורש גם הוא יצירת חתך קטן באותו המיקום כמו בניתוח בגישה הרטרופובית. קצוות הסרט נמשכים דרך 2 חתכים קטנים שנעשים, הפעם, במפשעה. כל קצה של הסרט נמשך לעבר אחד מצידי האגן ומועבר דרך המפתח האובטורטורי שהוא, למעשה, מרווח בין עצמות האגן. לאחר וידוא מיקום נכון של הסרט, קצותיו נחתכים והעור נסגר מעליהם לכיסוי.

תמונה 3 : מתלה דרך האובטורטור



גישת הסרט המקוצר  
השיטה להשמת הסרט המקוצר דומה בשלביה הראשונים לפרוצדורה בגישה הרטרופובית, אך בגישה זו, קצוות הסרט אינם נמשכים דרך העור כלפי חוץ אלא מעוגנים במקומם באחת ממספר טכניקות קיבוע.

תמונה 4 : מתלה עם סרט מקוצר



## כיצד הם פועלים?

הסרט מונע דליפה באמצעות תמיכה בשופכה וחקיוי פעולת הרצועות שנחלשו עקב לידות והתבגרות הרקמות. לאחר שהסרט מושם במקומו, הרקמות סביב החורים צומחות בין החוטים השזורים מהם הוא מורכב ומעגנות אותו למקומו. תהליך זה לוקח בין 3 ל-4 שבועות.

## האם אזדקק בהרדמה במהלך הניתוח?

על אף שניתן לבצע ניתוחים אלו תחת הרדמה מקומית, רוב המנתחים מבצעים אותם תחת טשטוש עמוק או בהרדמה כללית. לעיתים, הניתוחים מבוצעים בהרדמה אזורית (ספינלית או אפידורלית), בהתאם להעדפת המטופלת, המנתח/ת והמרדים/ה.

## מתי אוכל להשתחרר הביתה לאחר הניתוח?

רוב המנתחים מאפשרים למטופלות לאחר ניתוחי MUS להשתחרר הביתה כאשר הן מצליחות לרוקן את שלפוחית השתן ביעילות ולאחר השגת שליטה על עוצמת הכאב. אלה מושגים, לרוב, בפרק זמן של מספר שעות עד מספר ימים, כתלות בגורמים שונים.

## מתי אוכל לחזור לשגרה?

תהיי מסוגלת לנהוג וכשירה לפעילות יומיומית כשבוע לאחר הניתוח. אנו מציעים להימנע מהרמת משקלים ומפעילות גופנית למשך כ-6 שבועות לאחר הניתוח, על מנת לאפשר לפצעים להגליד ולסרט להתקבע במקומו היטב.

## מהם אחוזי ההצלחה של הניתוח?

המחקרים מראים כי בטווח הקצר, לניתוחים אלו שיעורי הצלחה דומים לשיעורי ההצלחה של פרוצדורות אחרות פולשניות יותר, שמטרתן השגת שליטה על דליפת שתן במאמץ. עם זאת, ניתוחי MUS כרוכים בזמן החלמה קצר יותר וסיכון מופחת לצורך בניתוח נוסף לתיקון צניחת אברי רצפת האגן בשנתיים הראשונות לאחר הניתוח. לאחר הניתוח, 80-90% מהנשים העידו שהם מרוצות מתוצאותיו ודיווחו על שיפור בתסמינים או ריפוי מלא של דליפת השתן ממנה סבלו. עם זאת, קיימת קבוצה קטנה של נשים להן הניתוח לא הועיל. סיכויי הניתוח להצליח פוחתים אם עברת בעבר ניתוח לשלפוחית השתן (לדגמה ניתוח לתיקון).

## מהם הסיכונים שיייתכנו?

בכל ניתוח קיים סיכון נמוך לסיכונים. לכל אחת מהגישות להשמת הסרט סיכונים ספציפיים משלה (ראי מטה), אך בכולן עלולים להופיע הסיכונים הבאים בשכיחות של 1-10 מתוך 100 מנותחות.

הסיכונים כוללים:

- **זיהומים בדרכי השתן (ציסטיטיס)** – אלו שכחים לאחר כל אחד מהניתוחים המפורטים וניתן לטפל בהם בקלות באמצעות אנטיביוטיקה. הם שכחים יותר כאשר נעשה שימוש בקתטר שתן. בין התסמינים ניתן למצוא תחושת שריפה או צריבה במתן שתן, תכיפות ולעתים דם בשתן. תסמינים של זיהומים בדרכי השתן כוללים צריבה, עקצוץ, תכיפות, דחיפות, שתן דמי, עכור או בעל ריח חריג. אם את שמה לב לתסמינים כאלו, עלייך להתייעץ עם רופא/ה מטפל/ת.
- **דימום** – בניתוחים וגינאליים, דימום חמור הדורש מתן מוצרי דם הוא מאוד נדיר (פחות מ-1%). לעיתים, דימום מתרחש כאשר במהלך ניתוח בגישה הרטרופובית, הסרט עובר מאחורי עצמות האגן. דימום כזה לרוב פוסק מעצמו ורק לעיתים נדירות דורש התערבות ניתוחית.
- **קושי במתן שתן** – לעיתים, נשים חוות קושי בריקון שלפוחית השתן לאחר הניתוח. מצב זה נגרם מנפיחות מקומית של הרקמה סביב השופכה או מחוסר נוחות ולרוב, מסתדר מעצמו (עד כשבוע לאחר הניתוח). במהלך פרק הזמן הזה, הרופא/ה ימליץ, ככל הנראה, על השמת צינור עדין או קתטר שתן קבוע, לצורך ריקון שלפוחית השתן. אם זרימת השתן שלך איטית מאוד או שאין ביכולתך לרוקן את שלפוחית השתן גם לאחר שהנפיחות המקומית נעלמה, יהיה צורך לשקול יחד עם הרופא/ה אפשרויות אחרות לטיפול, ביניהן חיתוך או מתיחת הסרט.
- **חשיפת הסרט** – לעיתים נדירות, הסרט יכול להופיע בדופן הנרתיק מספר שבועות, חודשים או שנים לאחר הניתוח. בן זוגך אולי יבחין באזור נוקשה במהלך קיום יחסי מין או שאת תחושי דקירות בנרתיק. לעיתים, המצב ילווה בהפרשה דמית. במצבים כאלה, עלייך להתייעץ עם המנתח/ת, שיוכלו לדון איתך באפשרויות לפתרון המצב. לרוב, יהיה צורך בכיסוי מחודש של הסרט או הסרת המקטע החשוף. הסיכון לסיבוך זה הוא 1 ל-100 מקרים לאחר ניתוח בגישה רטרופובית או בגישה הסרט המקוצר ובאופן מעט שכיח יותר לאחר ניתוח בגישה טרנס-אובטורטורית.
- **נקב בשופכה או בשלפוחית השתן** – מצבים אלה נדירים. נקב בשלפוחית השתן שכיח יותר במהלך ניתוח בגישה הרטרופובית ואילו השופכה בסיכון מוגבר להתנקבות בפרוצדורה בגישה הטרנס-אובטורטורית. המנתח/ת ישללו פגיעה בהן במהלך הניתוח בהסתכלות לתוך דפנות השופכה ושלפוחית השתן באמצעות מצלמה (ציטוסקופ). הסרה ומיקום מחודש ונכון של המחט אליה מחובר הסרט יפתרו את הבעיה. ריקון שלפוחית השתן באמצעות קתטר שתן למשך 24 שעות יאפשר לנקב שנוצר בשלפוחית השתן להירפא מעצמו. מצב שכזה לא ישפיע על הצלחת הניתוח. נוק לשופכה קשה יותר לטיפול ובמקרה שכזה, יהיה צורך להיוועץ במנתח/ת.
- **דחיפות למתן שתן ודליפת שתן מדהיפות** – נשים שסבלו מדליפת שתן במאמץ פעמים רבות חוו גם דליפת שתן המלווה בתחושת דחיפות. כ-50% מהנשים יבחינו בשיפור בתחושת הדחיפות, אך בכ-5% מהנשים התסמינים עלולים להחמיר לאחר ניתוח סרט.
- **כאב** – בטווח הארוך, כאב אינו תלונה שכיחה לאחר ניתוחי סרט. מחקרים הראו כי לאחר ניתוח רטרופובי, אחת מכל 100 נשים (1%) יפתחו כאב נרתיקי או מפשעתי. כאב דומה בנרתיק או באזור החתכים דרכם מושם הסרט עלול להופיע ב-1 מכל 10 נשים

לאחר הניתוח בגישה הטרונס-אובטורטורית. ברוב המקרים, הכאב חולף לאחר כשבוע-שבועיים. לעיתים נדירות הכאב אינו חולף ונדרשת הסרה של הסרט.

**מצב שלפוחית השתן שלי אינו כל-כך גרוע בימים אלו, האם עלי לעבור ניתוח כעת, על מנת למנוע החמרה בעתיד?**  
קשה לחזות מה תהיה מידת תפקוד שלפוחית השתן בעתיד. תרגול שגרתית של שרירי רצפת האגן משפר מצבים של דליפת שתן במאמץ בקרוב ל-75% מהנשים וייתכן ולעולם לא תזדקקי לניתוח. עלייך לעבור ניתוח רק אם את חשה שדליפת השתן במאמץ פוגעת באיכות החיים שלך כעת ולא על מנת למנוע הידרדרות בתפקודה בעתיד.

**אני מעוניינת ללדת ילדים נוספים. האם אוכל כבר עכשיו לעבור ניתוח סרט?**  
מנתחים רבים יעדיפו להימנע מניתוח עד לסיום ההריונות והלידות, כיון שהריון עתידי עלול לפגוע בתוצאות הראשוניות של הניתוח.

**כיצד ישפיע הניתוח על התפקוד המיני שלי?**  
לרוב אנו ממליצים שלא לקיים יחסי מין עד כ-4 שבועות לאחר הניתוח. בטווח הארוך, אין עדות לכך שהניתוח משנה את התפקוד המיני או את יכולת ההנאה המינית שלך. אם סבלת בעבר מדליפת שתן במהלך קיום יחסי מין, ייתכן והניתוח ייטיב עם מצבך, אך לא תמיד זה המצב.

#### **האם יש משהו אחר שאוכל לעשות על מנת להימנע מניתוח?**

- תרגול שרירי רצפת האגן – תרגול לשרירי רצפת האגן יכול להועיל לשיפור התסמינים של דליפת שתן במאמץ בכ- 75% מהנשים. כמו במצבי אימון אחרים, היתרונות בתרגול שרירי רצפת האגן גוברים אם התרגול מתבצע באופן שגרתית ולאורך זמן. שיפור מקסימלי יושג לרוב לאחר כ- 3-6 חודשי תרגול סדיר. ייתכן ותופני לפיזיותרפיסט/ית המתמחים בלימוד תרגילים לרצפת האגן, שינחו אותך. אם יש לך בעיית דליפת שתן המלווה בתחושת דחיפות, ייתכן והרופא/ה יפנו אותך לתרגול לשלפוחית השתן.
- מכשור מניעה לדליפת שתן במאמץ – קיימים אמצעים למניעת דליפת שתן שמתאימים להחזרה לנרתיק ומסייעים בשליטה על דלת. אמצעים אלו ניתנים להחזרה לפני תרגול או להשמה רציפה במקרה של פסארי נרתיקי. חלק מהנשים מוצאות כי החזרת טמפון גדול לנרתיק לפני פעילות גופנית מפחיתה או אף מונעת דליפה. אמצעים מסוג זה מתאימים בעיקר לנשים עם דליפת שתן מינורית או לאלו המעדיפות שינוי באורח חיים על פני ניתוח.
- שינויים באורח החיים: במידה ואת בעלת משקל עודף ירידה במשקל יכולה להביא להטבה בתסמינים של הדליפה. שמירה על בריאות כללית טובה, גמילה מעישון ואיזון מיטבי של מחלות רקע כגון אסטמה – יכולים גם הם לסייע.

למידע נוסף, בקר באתר  
[www.YourPelvicFloor.org](http://www.YourPelvicFloor.org)  
או באתר הישראלי לאורוגינקולוגיה

הערה: מטרתו של עלון לספק מידע בלבד והוא אינו מיועד לסייע באבחון או בטיפול. בכל מצב רפואי יש להיוועץ ברופא/ת הנשים לצורך קבלת מידע נוסף

תורגם ע"י: האיגוד הישראלי לאורוגינקולוגיה