

PROSEDUR MID-URETHRAL SLING (MUS) UNTUK INKONTINENS TEKANAN

- 1. Apakah anduh mid-uretra?**
- 2. Bagaimanakah pembedahan dilakukan?**
- 3. Adakah saya memerlukan bius untuk pembedahan?**
- 4. Bilakah saya boleh dibenarkan pulang ke rumah selepas pembedahan?**
- 5. Bilakah saya boleh kembali kepada rutin biasa saya?**
- 6. Apakah peluang kejayaan pembedahan?**
- 7. Apakah komplikasi yang boleh berlaku?**
- 8. Pundi kencing saya tidak terlalu teruk pada masa ini. Perlukah saya menjalani pembedahan sekarang untuk mengelakkannya daripada menjadi lebih teruk pada masa hadapan?**
- 9. Saya masih mahu mengandungi. Bolehkah saya membuat pembedahan anduh mid-uretra ini?**
- 10. Bagaimanakah pembedahan akan menjejaskan kehidupan seks saya?**
- 11. Apakah alternatif kepada pembedahan ini?**

Apakah anduh pertengahan uretra?

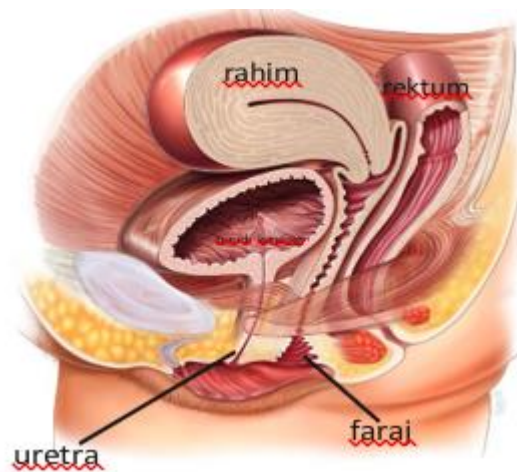
Prosedur anduh mid-uretra (juga dikenali sebagai pita) ialah pembedahan yang direka untuk membantu wanita yang mengalami inkontinens tekanan. Inkontinens tekanan ialah kebocoran air kencing melalui uretra (salur air kencing) apabila melakukan aktiviti harian seperti batuk, bersin, atau bersenam. Ia adalah masalah yang sering terjadi (1 dalam 3 wanita) dan hal ini sangat mengganggu aktiviti seharian mereka. Biasanya otot dan ligamen yang menyokong uretra tertutup rapat apabila meneran atau bersenam untuk mengelakkan kebocoran. Kerosakan atau kelemahan struktur ini semasa melahirkan anak dan/atau dengan usia boleh mengakibatkan mekanisme ini gagal sehingga boleh membawa kepada kebocoran air kencing. Inkontinens tekanan boleh dirawat dengan senaman lantai pelvis dan pengubahsuaian gaya hidup, tetapi jika senaman ini gagal mengawal gejala kebocoran air kencing, prosedur pembedahan mungkin dapat disyorkan. Jenis pembedahan yang paling kerap ditawarkan ialah prosedur anduh mid-uretra. Ia adalah prosedur mudah yang telah dilakukan ke atas lebih 3 juta wanita di seluruh dunia.

Pembedahan melibatkan meletakkan anduh yang diperbuat daripada polipropilen mesh (bahan jahitan yang ditunen bersama – kira-kira 1 cm lebar) di antara bahagian tengah uretra dan kulit faraj. Setelah

anduh berada pada kedudukannya, tisu penghubung akan tumbuh melalui lubang-lubang dalam anyaman jaringan untuk menambat anduh pada kedudukannya. Ini mungkin mengambil masa 3 hingga 4 minggu. Anduh menambah baik sokongan untuk mengurangkan atau menghentikan kebocoran air kencing

Prosedur anduh ini telah dilakukan dengan selamat selama bertahun-tahun. Namun, memandangkan terdapat liputan media baru-baru ini mengenai anduh, kami telah menyediakan jawapan kepada soalan lazim mengenai anduh di laman web kami (lihat www.yourpelvicfloor.org/meshmidurethral-slings/). Prosedur anduh mungkin tidak terdapat di semua negara.

Rajah 1: Anatomi normal



Bagaimanakah pembedahan dilakukan?

Terdapat tiga laluan utama untuk meletakkan anduh: di belakang simfisis pubis (laluan retropubik), di sebelah pangkal paha (laluan transobturator), dan menggunakan "sling mini." Cara pembedahan bergantung kepada doktor anda dan amalan biasa di hospitalnya.

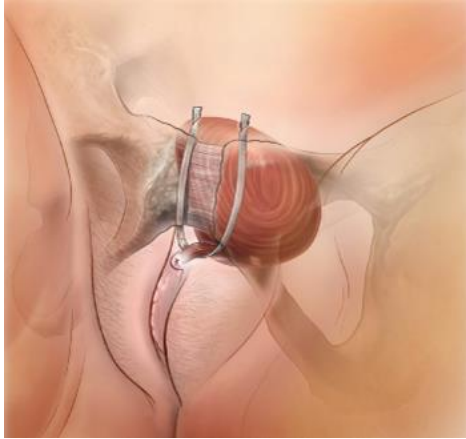
Laluan Retropubik (Pita Faraj Tanpa Ketegangan atau TVT)

Dalam pendekatan retropubik, anduh diletakkan melalui potongan kecil yang dibuat di dalam faraj. Kedua-dua hujung anduh disalurkan pada kedua-dua belah uretra untuk membuat anduh longgar di sekeliling uretra. Hujungnya keluar melalui dua luka kecil di atas tulang kemaluan di bahagian bawah abdomen yang akan dijahit dengan jahitan boleh larut. Parut biasanya halus dalam garis rambut kemaluan kira-kira 3-4 cm. Pakar bedah kemudiannya akan menggunakan kamera (cystoscope) untuk memeriksa sama ada anduh diletakkan dengan betul.

Penyelidikan menunjukkan bahawa jika prosedur ini berjaya mengawal inkontinens tekanan pada awalnya, maka ia berkemungkinan berkesan sehingga sekurang-kurangnya 17 tahun kemudian. Bagi wanita yang mengalami inkontinens tekanan yang teruk, laluan

retropubik dikatakan lebih berkesan daripada pendekatan lain.

Rajah 2: Anduh Retropubik



Laluan Transobturator (TOT)

Untuk laluan transobturator, lubang kecil akan dibuat dalam faraj dan pangkal paha supaya anduh berada di bawah bahagian tengah uretra dan faraj. Anduh akan melalui foramen obturator, yang merupakan pembukaan antara tulang pelvis.

Rajah 3: Anduh Transobturator



Mini-sling

Anduh mini (mini-sling) dimasukkan mengikut laluan yang sama seperti anduh TVT atau TOT. Anduh mini menggunakan jaringan yang lebih pendek untuk menyokong uretra dan mempunyai sauh kecil untuk mengekalkan kedudukannya supaya tiada potongan kulit tambahan diperlukan. Anduh mini kurang invasif berbanding kaedah lain. Walau bagaimanapun kajian kesan jangka panjang masih kurang, dan ini mungkin

bukan jenis anduh terbaik untuk inkontinens tekanan kencing yang sangat teruk.

Rajah 4: Mini-Sling



Adakah saya memerlukan bius untuk pembedahan?

Prosedur ini boleh dijalankan dengan menggunakan bius setempat atau bius separa (kebas dari pinggang ke bawah), bius tulang belakang mahupun epidural. Walau bagaimanapun, ia paling kerap dilakukan dengan sedatif yang kuat (tidur nyenyak) atau bius am penuh.

Bilakah saya boleh pulang ke rumah selepas pembedahan?

Kebanyakan pakar bedah akan membenarkan pesakit pulang ke rumah selepas pembedahan anduh mid-uretra sebaik sahaja mereka mengosongkan pundi kencing mereka dengan baik dan selepas kesakitan dikawal secukupnya. Biasanya tempoh ini berbeza dari beberapa jam hingga beberapa hari. Kateter (tiub dimasukkan ke dalam pundi kencing) biasanya tidak diperlukan selepas prosedur ini.

Bilakah saya boleh kembali ke rutin biasa saya?

Anda sepatutnya cukup cergas untuk aktiviti harian biasa dalam masa seminggu selepas pembedahan. Anda dinasihatkan untuk mengelakkan mengangkat berat, hubungan seksual, penggunaan tampon, dan sukan selama 6 minggu untuk membolehkan luka sembuh dan anduh dipegang kuat pada tempatnya. Memandu tidak disyorkan sehingga berhenti ketika kecemasan boleh dilakukan tanpa rasa sakit, dan anda bebas daripada sebarang kesan sedatif ubat penahan sakit. Biasanya ini selepas 1-2 minggu.

Apakah peluang kejayaan prosedur ini?

Kajian menunjukkan bahawa, prosedur ini berjaya seperti prosedur lain yang lebih invasif yang digunakan untuk mengawal inkontinens tekanan. Ia juga mempunyai tempoh pemulihan yang lebih cepat dan kurang memerlukan pembedahan ulangan. Antara 80-90%

wanita gembira dengan pembedahan mereka dan merasakan inkontinens mereka sama ada sembuh atau lebih baik.

Apakah komplikasi yang boleh berlaku?

Tiada pembedahan "bebas risiko" sepenuhnya untuk inkontinens tekanan. Kebarangkalian mana-mana komplikasi berikut berlaku adalah 1-10 setiap 100 pesakit.

Komplikasi termasuk:

- *Jangkitan saluran kencing.* Ini adalah perkara biasa selepas sebarang prosedur dan boleh dirawat dengan antibiotik. Gejala jangkitan saluran kencing termasuk rasa terbakar, pedih, kerap membuang air kecil. Air kencing mungkin berdarah, keruh atau berbau. Jika anda ada simptom ini hubungi doktor anda.
 - *Berdarah.* Pendarahan yang memerlukan pemindahan darah sangat jarang berlaku. Kadangkala pendarahan boleh berlaku apabila pita daripada pembedahan retropubik melepasi belakang tulang pelvis. Biasanya ia tidak merebak dan jarang sekali memerlukan pembedahan tambahan.
 - *Sukar membuang air kecil.* Kesukaran membuang air kecil mungkin berlaku pada 1-5% pesakit, selalunya kerana bengkak di sekitar uretra atau ketidakselesaan dan biasanya akan pulih dalam masa seminggu. Pada masa ini doktor anda mungkin mengesyorkan kateter (tiub pundi kencing). Jika aliran air kencing sangat perlahan atau anda tidak boleh mengosongkan pundi kencing dengan baik walaupun selepas bengkak telah pulih, doktor akan membincangkan kemungkinan lain, seperti memotong atau meregangkan anduh.
 - *Jaringan (mesh) terdedah.* Anduh mesh boleh muncul di dinding faraj beberapa minggu, bulan, atau tahun selepas pembedahan. Gejala termasuk pendarahan faraj, keputihan, atau sakit semasa persetubuhan kepada pesakit atau pasangannya. Dalam kes sedemikian, anda harus berunding dengan pakar bedah anda yang akan dapat menasihati anda dengan lebih lanjut. Rawatan termasuk krim estrogen untuk faraj, prosedur kecil untuk membetulkan pita, atau mengeluarkan bahagian pita yang terdedah atau menanggalkan keseluruhan pita mesh. Risiko ini berlaku ialah 2-4%.
 - *Kecederaan pundi kencing atau uretra.* Kecederaan pundi kencing lebih kerap berlaku semasa prosedur TVT (1-5%) berbanding dengan TOT. Uretra paling berisiko cedera semasa prosedur TOT (1% atau kurang). Cystoscopy 9 pemeriksaan pada pundi kencing) semasa prosedur boleh mengenal pasti komplikasi ini. Jika dikenal pasti, anduh mesh akan ditanggalkan dan diganti dalam kedudukan yang sebetulnya. Tiub kencing akan diletakkan selama 24 jam untuk membolehkan lubang dalam pundi kencing sembuh dengan sendirinya. Jika kecederaan pundi kencing berlaku dan dikenal pasti, ia tidak menjejaskan kejayaan pembedahan. Kecederaan pada uretra adalah lebih sukar untuk ditangani dan harus dibincangkan dengan pakar bedah urology.
- *Desakan kencing dan inkontinens mendesak.* Wanita yang mengalami inkontinens tekanan yang teruk sering mengalami masalah desakan kencing dan inkontinens mendesak (kebocoran air kencing yang dikaitkan dengan sensasi mendesak). Kira-kira 50% wanita mengalami pengurangan dalam gejala mendesak, tetapi kira-kira 5% mungkin terjadi atau bertambah teruk selepas prosedur ini.
 - *Sakit.* Selepas pembedahan memasukkan TVT, kira-kira 1% akan mengalami sakit di faraj atau pangkal paha. Kesakitan yang sama boleh berlaku sebanyak 10% wanita selepas prosedur TOT. Dalam kebanyakan kes kesakitan biasanya tidak lama dan tidak lebih daripada 1 hingga 2 minggu. Jarang untuk sakit tidak pulih, namun jika berterusan, rawatan lanjut dengan mengalihkan seluruh atau separa anduh mungkin diperlukan.

Pundi kencing saya tidak terlalu teruk pada masa ini. Perlukah saya menjalani pembedahan sekarang untuk mengelakkannya daripada menjadi lebih teruk pada masa hadapan?

Anda harus menjalani pembedahan hanya jika anda merasakan inkontinens tekanan menjejaskan kualiti hidup anda sekarang, bukan untuk menghalangnya daripada semakin teruk pada masa hadapan.

Saya masih mahu mengandung. Bolehkah saya membuat pembedahan anduh mid-uretra?

Ramai pakar bedah akan menunda pembedahan sehingga wanita itu sudah tidak mahu mengandung kerana kehamilan yang seterusnya boleh menjejaskan kejayaan pembedahan awal.

Bagaimanakah pembedahan akan menjejaskan kehidupan seks saya?

Anda dinasihatkan untuk menunggu selama 4 minggu selepas pembedahan sebelum melakukan hubungan seksual. Tidak ada bukti jangka panjang bahawa pembedahan akan memberi kesan langsung kepada hubungan seksual.

Apakah alternatif kepada pembedahan ini?

Senaman otot dasar lantai pelvis (PFE). Senaman lantai pelvis boleh menjadi cara yang sangat berkesan untuk memulihkan gejala kencing inkontinens tekanan. Hampir 75% wanita menunjukkan pengurangan kebocoran selepas latihan PFE. Faedah senaman otot dasar lantai pelvik akan dimaksimumkan jika ia dilakukan secara berkala. Faedah maksimum biasanya berlaku selepas 3 hingga 6 bulan bersenam secara berkala. Anda mungkin dirujuk kepada ahli fisioterapi untuk pemantauan sewaktu melakukan senaman ini. Jika anda juga mempunyai masalah dengan kencing inkontinens mendesak, doktor anda juga mungkin mengesyorkan latihan pundi kencing.

Peranti kontinens. Terdapat peranti inkontinens yang boleh dimasukkan ke dalam faraj dan membantu mengawal kebocoran kencing. Ia boleh dimasukkan sebelum bersenam atau dipakai berterusan. Sesetengah wanita mendapati memasukkan tampon besar sebelum bersenam boleh menghalang atau mengurangkan kebocoran air kencing. Jenis peranti ini sesuai untuk wanita yang mengalami inkontinensia kencing tekanan yang lebih ringan hingga sederhana atau yang sedang menunggu rawatan pembedahan.

Perubahan gaya hidup. Jika anda mempunyai berat badan yang berlebihan, pengurangan berat badan boleh mengurangkan gejala inkontinens. Kekalkan kesihatan yang baik, berhenti merokok, dan mempunyai kawalan yang baik untuk penyakit seperti asma juga boleh membantu mengurangkan gejala inkontinens air kencing

Prosedur pembedahan alternatif. Prosedur pembedahan alternatif termasuk 'Colposuspension', pengembungan uretra (urethral bulking), pembedahan anduh fasial autologus, atau sfinkter kencing tiruan. Pilihan ini harus dibincangkan dengan doktor anda.

Untuk maklumat lanjut, lawati www.YourPelvicFloor.org

Maklumat yang terkandung dalam risalah ini bertujuan untuk digunakan untuk tujuan pendidikan sahaja. Ia tidak bertujuan untuk digunakan untuk diagnosis atau rawatan sebarang keadaan perubatan tertentu, yang hanya perlu dilakukan oleh doktor bertauliah atau profesional penjagaan kesihatan yang lain.

Diterjemah oleh: Rima Dasrilyah M.D., Nurul Wahidah Wagimon M.D.