

Strokovni prispevek/Professional article

POOPERATIVNI ZASTOJ URINA IN ZGODNJA REPOZICIJA NENAPETOSTNEGA TRAKU

POSTOPERATIVE URINARY RETENTION AND EARLY REPOSITION OF TENSION-FREE VAGINAL TAPE

Marijan Lužnik

Ginekološko porodniški oddelek, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Gosposvetska 3, 2380 Slovenj Gradec

Prispelo 2003-05-14, sprejeto 2003-06-19; ZDRAV VESTN 2003; 72: Supl. II: 177-8

Ključne besede: nožnični-nenapetostni trak, TVT; zastoj urina; urinska inkontinenca

Izvleček – Izhodišča. Namen prispevka je prikazati možen način sanacije pooperativnega zastoja urina po operaciji z nožničnim nenapetostnim trakom (TVT).

Metode. Na našem oddelku smo od decembra 1999 do maja 2003 opravili 100 minimalno invazivnih operativnih posegov TVT. Pri petih operirankah je prišlo do mikcijskih motenj in zastoja urina, ki smo ga izmerili s kateterizacijo mehurja. Za revizijo in repozicijo nenapetostnega traku smo se odločili pri zaostanku urina nad 100 ml.

Rezultati. Z zgodnjo repozicijo nenapetostnega traku smo uspešno odpravili zastajanje urina po osnovni operaciji TVT. Po repoziciji se je takoj vzpostavilo uriniranje brez zaostanka urina in ohranila kontinenca, ki je bila prisotna tudi ob kontroli po šestih tednih in po treh mesecih.

Zaključki. Pooperativni zastoj urina lahko uspešneje odpravimo z repozicijo nenapetostnega traku kot z morebitno prekinitvijo traku s prerezanjem ali s prekinitvijo in hkratnim podaljšanjem nenapetostnega traku.

Uvod

Leta 1995 sta Ulmsten in Petros objavila članek (1), v katerem sta opisala princip in način izvedbe nove operative metode za ozdravljenje stresne urinske inkontinenca pri ženskah, imenovano IVS (Intravaginal slingplasty). Leta 1996 je Ulmsten s sodelavci predstavil modifikacijo te operacije in jo poimenoval s TVT (Tension-free vaginal tape) – operacija z nožničnim nenapetostnim trakom. Zaradi uspešnosti in minimalne invazivnosti, so jo uporabili pri številnih inkontinentnih ženskah. Četudi je malo poročil o zapletih, so možne poškodbe mehurja, poškodbe medeničnega žilja, hematomi in poškodbe drugih struktur v mali medenici. Opisana je bila tudi čezmerna korekcija (3). Do sedaj še ni bil predstavljen način, kako sanirati pooperativni zastoj urina ter hkrati ohraniti kontinenca, ne da bi pri tem prekinili in nato postavili nov nenapetostni trak ali prekinili in hkrati podaljšali nenapetostni trak z vstavljenjem dodatnega kosa prolenske mrežice (3). Namen tega prispevka je prikazati enostaven način zgodnje korekcije čezmerne korekcije po operaciji z nenapetostnim trakom.

Key words: tension-free vaginal tape; urinary retention; urinary incontinence

Abstract – Background. The purpose of this article is to show a possible method of treatment of postoperative urinary retention after an initial tension-free vaginal tape.

Methods. From December 1999 to May 2003 we performed one hundred TVT procedures at our department, among them five women had postoperative urinary retention evaluated with catheterization. Revision and reposition of tension-free vaginal tape were performed if retention of urine was over 100 ml.

Results. Urinary retention after an initial tension-free vaginal tape was successfully treated by early reposition of tension-free vaginal tape. This resulted in immediate residual-free voiding and continence, which remained unchanged at 6 week and 3 month follow-up.

Conclusions. Postoperative urinary retention may be treated by reposition instead of dissection or elongation of the tension-free vaginal tape.

Bolnice in metode dela

Na Ginekološko porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Slovenj Gradec smo od decembra 1999 do maja 2003 opravili 100 minimalno invazivnih operativnih posegov z nožničnim nenapetostnim trakom TVT. Pri petih operirankah je prišlo do mikcijskih motenj in zaostanka urina (> 100 ml) po spontani mikciji, kar je bilo bistveno več kot še dopusten predoperativni pomikcijski zaostanek urina (30 ml) za samostojno operacijo TVT. Vse so težavo opisale kot zelo ozek curek urina, ki se pogosto prekine.

GA (50 let; 2644/00) je imela prvi pooperativni dan zaostanek urina po spontanem uriniranju 1100 ml. Tri dni je nato imela vstavljen Foleyev kateter. Po odstranitvi katetra je bilo uriniranje zadovoljivo z zaostankom urina 80 ml. Na oddelku se je vrnila sedmi dan po operaciji (2700/00) z močno oteženim uriniranjem oziroma bolečim uhajanjem urina, kar se je pojavilo zadnjega dne. Šlo je za zastoj urina (1200 ml) in inkontinenca overflow. Sledila je revizija nenapetostnega traku.

Pri RM (62 let; 2649/01) in KŠ (61 let; 3676/01) je bil prvi pooperativni dan zaostanek urina 800 oz. 1400 ml. Vstavili smo Foleyev kateter za 24 oz. 48 ur. Po odstranitvi katetra je bil zastoj urina še vedno prisoten, zato smo opravili revizijo nenapetostnega traku.

Pri četrti operiranki KL (50 let; 2811/02) so se dizurične težave pojavile 5 ur po operaciji. Zaostanek urina je bil 520 ml. Po takojšnji reviziji nenapetostnega traku je bilo uriniranje neoteženo z zaostankom 90 ml urina po spontani mikciji. Opuščena je bila prvi pooperativni dan. Doma so se pojavljale občasne dizurične težave, ki so bile povezane z urgenco. Ob ponovnem sprejemu na oddelek, štirinajsti dan po operaciji (2985/02), je kateterizacija sečnega mehurja pokazala zaostanek urina 50 ml. Urinski izvid, razen albumen 1+, je bil bp., CRP 7; L 4,8; SR 11, telesna temperatura 36,1°C. Pričela je jematolterodin (Detrusitol) 2x2 mg dnevno. Po začetnem izboljšanju je nato prišlo šestnajsti dan po operaciji do nenačnega poslabšanja s hudimi bolečinami v abdomnu in pogostimi pičlimi in bolečimi mikcijami. Kateterizacija je razkrila 1500 ml urinskega zaostanka. Prekinili smo zdravljenje z Detrusitolom. Sledila je ponovna revizija nenapetostnega traku. Tudi pri peti operiranki OL (55 let; 3553/02) so se simptomi pokazali že v prvih šestih urah po operaciji z oteženim uriniranjem in zaostankom 320 ml urina. Še isti dan, brez vstavljanja Foleyvega katetra, smo se odločili za revizijo lege nenapetostnega traku.

Kirurška tehnika

Pri vseh petih operirankah smo opravili revizijo lege traku pod srednjim delom sečnice. Lokalno anestezijo smo dosegli z vbrižganjem 1-odstotnega Xylocaina sub- in parauretralno. Odstranili smo šive na kolpotomiji po primarni operaciji. Identificirali smo del traku pod uretro. Z ukrivljeno Peanovo prijemalko in pinceto smo prijeli trak v medialni liniji ter s pinceto preizkusili oddaljenost traku od sečnice. S tem manevrom smo trak obenem tudi reponirali. Praviloma je bil ob tem potreben še dodaten blagi vlek traku s peanom. Kolpotomijo smo ponovno zašili s posameznimi šivi, ki se resorbirajo.

Rezultati

Po opravljeni reviziji lege traku (po eni do štirih urah) so vse operiranke spontano urinirale brez zaostanka urina, večjega od 30 ml (od 2 do 30 ml). Vse so bile odpuščene po reviziji naslednji dan brez težav pri uriniranju in z ohranjeno kontinenco. Pri vseh je bila prisotna kontinenca brez mikcijskih

motenj tudi ob kontroli po šestih tednih in po treh mesecih. Izjema glede hitrosti zmanjšanja zaostanka urina je bila bolnica KL, pri kateri je bil naslednji dan po prvi reviziji zaostanek še vedno 90 ml, po drugi pa 100 ml. Na kontroli po 6 tednih je bil zaostanek urina tudi pri njej vsega 25 ml.

Razpravljanje in zaključki

Čezmerna korekcija in zastoj urina sta redka zapleta po operaciji z nožničnim nenapetostnim trakom. Zasuk traku ali dodatni nateg traku pri odstranjevanju plastične ovojnice ob koncu operacije lahko privede do prekomerne korekcije in retence urina. Kakorkoli, trak se pod sečnico namešča ob kašlju bolnice. To omogoča precizno nastavitvev – primerno približanje traku sečnici, da operiranki pri kašljanju voda ne uhaja več. To je nujno za doseganje visokega odstotka (> 98%) popolne pooperativne ozdravitve stresne inkontinence. Ob manevru s kašljanjem sta praviloma speta s prijemalko tudi roba kolpotomije, tako da se upošteva kasnejša vaginalna podpora sečnici. Do hiperkorekcije lahko morebiti pride med približevanjem traku sečnici pri tistih operirankah, ki imajo hipermobilno sečnico. Zelo pomembno je skrbno spremljanje operirank v prvih urah po operaciji, saj se z opisano zgodnjo pooperativno repozicijo nenapetostnega traku čezmeren zastoj urina odpravi, kontinenca ohrani, hospitalizacija se pa praviloma ne podaljša, če z revizijo ne odlašamo. Začasno dreniranje mehurja s Foleyevim katetrom ni imelo v naših primerih, razen trenutnega olajšanja, nikakršnega bistvenega učinka na zmanjšanje zastajanja urina po odstranitvi katetra oziroma se z začasno vstavljenim katetrom nismo mogli nikoli izogniti operativni reviziji in repoziciji nenapetostnega traku pri pooperativnem zastajanju urina.

Opisana revizija in repozicija nenapetostnega traku je torej enostaven in učinkovit poseg, s katerim se lahko uspešno izognemo doslej opisanima načinoma sanacije pooperativne retence, kot sta prekinitev traku s prerezanjem ali prekinitev s hkratnim podaljšanjem nenapetostnega traku (3).

Literatura

1. Ulmsten U, Petros P. Intravaginal slingplasty (IVS): An ambulatory surgical procedure for treatment of female urinary incontinence. *Scan J Urol Nephrol* 1995; 29: 75–82.
2. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1996; 7: 81–6.
3. Koelle D, Stenzl A, Koelbl H, Marth C. Treatment of postoperative urinary retention by elongation of tension-free vaginal tape. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 50–1.