

Vaginalna evisceracija tankega črevesa po totalni abdominalni histerektomiji

Vaginal small bowel evisceration following total abdominal hysterectomy

Špela Smrkolj,¹ Vesna Fabjan Vodusek,¹ Adolf Lukanovič,¹ Nina Slabe,² Renata Košir²

¹ Ginekološka klinika Ljubljana, Klinični oddelek za ginekologijo, Univerzitetni Klinični center Ljubljana, Štajmerjeva 3, 1000 Ljubljana

² Medicinska fakulteta v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana

Korespondenca/ Correspondence:

asist. dr. Špela Smrkolj,
dr. med.
Ginekološka klinika Ljubljana
Klinični oddelek za ginekologijo
Univerzitetni klinični center
Štajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, Slovenija
Tel: +386 31 865432
Fax: +386 1 3655433
E-mail: spela.smrkolj@mf.uni-lj.si

Ključne besede:

abdominalna histerektomija, evisceracija tankega črevesa

Key words:

abdominal hysterectomy, small bowel evisceration

Izvleček

Izhodišča: Evisceracija tankega črevesa po histerektomiji je izredno redek pojav, zato njena incidenca ni znana. Pogosteje se pojavi pri pomenopavznih ženskah in mnogorodnicah po eni ali več operacijah nožnice. Najpogostejši vzrok evisceracije tankega črevesa pri ženskah pred menopavzo je spolni odnos, pri pomenopavznih ženskah pa povišan tlak znotraj trebušne votline.

Prikaz primera: Prikazujemo primer transvaginalne evisceracije po abdominalni histerektomiji, ki se je pri isti bolnici pojavila dvakrat zaporedoma. V literaturi do sedaj še ni zaslediti takšne objave.

Zaključki: Vaginalna evisceracija je življenje ogrožajoče stanje, ki ga je potrebno takoj ustrezno kirurško zdraviti. Kirurški pristop je skozi nožnico, trebušno votlino ali s kombinacijo obeh. Zdravljenje je usmerjeno k resekciji ujete črevesne vijuge, popravljanju nožnične okvare ter defekta medeničnega dna.

Abstract

Background: Evisceration following hysterectomy is so rare that no incidence rate can be established. It usually occurs in postmenopausal or multiparous women, after one or more vaginal operations. Most often the precipitating event for small bowel evisceration is sexual intercourse in premenopausal women, and increased intra-abdominal pressure in postmenopausal women.

Case report: We report a case of transvaginal evisceration after abdominal hysterectomy, which occurred twice in the same woman, this being the first case of its kind reported in the literature so far.

Conclusions: Vaginal evisceration represents a life-threatening surgical emergency which must be promptly treated and the surgical approach may be either abdominal or vaginal or a combination of the two. Management is directed toward resecting any comprised bowel loops, repairing the vaginal defect and correcting the contributing defect in the pelvic floor.

Uvod

Vaginalna evisceracija je redko stanje, ki se pogosteje pojavi pri pomenopavznih ženskah z atrofijo spolovil in enterokelo. O vaginalni evisceraciji so poročali po vaginalni, laparoskopski in abdominalni histerektomiji ter po kolposuspenziji po Burchu.¹ Pooperativna okužba je tudi eden od možnih

vzrokov. Simptomi so odvisni od časa, ki je pretekel od nastanka evisceracije. Vzrok evisceracije tankega črevesa pri ženskah pred menopavzo je najpogosteje spolni odnos, pri pomenopavznih ženskah pa povišan tlak v trebušni votlini. Lahko nastane tudi spontano ali po poškodbi. Znaki in simptomi so nožnična krvavitev, pelvična bolečina in vidna ali tipna izbočena vsebina. Visceralna

Citirajte kot/Cite as:
Zdrav Vestn 2010;
79: 362–365

Prispelo: 11. nov. 2009,
Sprejeto: 26. jan. 2010

evisceracija je življenje ogrožajoče stanje, ki zahteva takojšnje kirurško zdravljenje. Kirurški pristop je skozi nožnico, trebušno votlino ali kombinacija obeh.^{1,2,3}

Prikazujemo primer transvaginalne evisceracije po abdominalni histerektomiji, ki se je pri naši bolnici pojavila dvakrat zaporedoma. V literaturi do sedaj še ni mogoče zaslediti takšne objave.

Prikaz primera

Bolnica, stara 47 let, pred menopavzo in po dveh porodih, je imela narejeno abdominalno histerektomijo in kolposuspenzijo po Burchu zaradi zdrsa maternice in urinske inkontinence. Po histerektomiji je bila narejena peritonizacija s koncentrično postavljenimi šivi po Moschowitzevem postopku. Potek operacije in okrevanje po operaciji sta bila brez posebnosti. Bolnica je bila 19 mesecev po operaciji urgentno sprejeta zaradi nenadne bolečine v spodnjem delu trebuha in izbočene vsebine v nožnico, ki se je pojavila med telesno dejavnostjo. Klinični pregled je pokazal stabilne vitalne znake, trebuh je bil mehak, suprapubično na palpacijo občutljiv, brez povratne bolečine pri palpaciji, peristaltika je bila slišna. Pregled nožnice je pokazal vijugo tankega črevesa, ki je zdrsnila skozi nožnico. Bolnica je bila takoj operirana, tanko črevo je bilo nameščeno nazaj v anatomske položaj s pomočjo mediane laparotomije, narejena je bila rutinska odstranitev slepiča, svod nožnice pa je bil zaprt z vikrilnim tekočim šivom. Po operaciji je bolnica prejela intravensko antibiotike. Okrevanje po operaciji je potekalo brez zapletov. 17 mesecev po drugi operaciji je redni ginekološki pregled razkril veliko enterokele, ki je bila operirana s pristopom skozi nožnico. Narejeni sta bili sprednja vaginalna in zadnja kolpoperineoplastika. Zaradi obilne nožnične krvavitve je bila istega dne narejena revizija in na zadnjo steno nožnice so bili postavljeni hemostatski šivi. Nadaljne pooperativno okrevanje je potekalo brez zapletov. Evisceracija tankega črevesa se je ponovno pojavila 34 mesecev po tretji operaciji. Bolnica je bila sprejeta na oddelek zaradi bolečine v spodnjem delu trebuha in evisceracije tankega črevesa, ki je

nastala kmalu po spolnem odnosu. Klinični pregled je pokazal stabilne vitalne znake, trebuh je bil mehak, rahlo palpatorno občutljiv pri globoki palpaciji, brez povratne bolečine pri palpaciji, peristaltika je bila slišna. Pregled nožnice je pokazal vijugo tankega črevesa, ki je zdrsnila skozi nožnico. Bolnica je bila takoj operirana. Nožnično razprtje rane je bilo popravljeno z mediano laparotomijo, tanko črevo je bilo nameščeno nazaj v anatomske položaj. Svod nožnice je bil zaprt z enoslojnim tekočim vikrilnim šivom. Za 24 ur je bila nameščena Robinsonova drenaža in bolnica je prejela intravensko antibiotike. Pooperativno okrevanje je bilo brez posebnosti. Dve leti po zadnji operaciji je kontrolni pregled razkril zmerni zdrski nožnični svod. Pri bolnici je prisotna urinska inkontinenca, ki jo zdravimo konzervativno z vajami za krepitev medeničnega dna, s skrajšanim delovnim časom ter z izogibanjem stresu.

Razpravljanje

Zdrski črevesa skozi raztrgano nožnico je poznano, vendar zelo redko urgentno stanje. Evisceracija po histerektomiji je izredno redka, zato njene incidence ne poznamo. Croak s sodelavci² je objavil, da je incidenca vaginalne evisceracije pri pomembnejših ženskah po pelvični operaciji na kliniki Mayo v letih 1970 do 2001 0,032 %. Pri pregledu literature smo našli le 13 objavljenih primerov od leta 1900 do danes.³ Evisceracija se pojavlja po naslednjih posegih: vaginalna histerektomija, abdominalna histerektomija, totalna laparoskopjska histerektomija, robotska totalna laparoskopjska histerektomija, po operacijah enterokele, kiretaži endometrija in kolposuspenziji. Prav tako opisujejo pojav evisceracije pri ženskah brez predhodnega genitalnega kirurškega posega, toda v povezavi z malignimi tumorji spolovil in poškodbo med spolnim odnosom ali porodom.³⁻⁶ Najpogosteje se vaginalna evisceracija pojavi po vaginalni histerektomiji. Ramirez s sodelavci¹ je objavil, da je imelo od leta 1900 naprej 63 % žensk z vaginalno evisceracijo predhodno vaginalno histerektomijo, 32 % žensk je imelo predhodno abdominalno histerektomijo in 5 %

predhodno laparoskopsko histerektomijo. Nožnična raztrganina se najpogosteje pojavi na mestu najšibkejše točke nožničnega svoda ali zadnjega forniksa in je pogosto v povezavi z zadnjo enterokelo.⁷

Vaginalna evisceracija se pogosteje pojavlja pri pomenopavznih ženskah, mnogorođnicah, pri ženskah po eni ali več operacijah nožnice ter ob prisotnosti enterokele ali drugih področnih nepravilnostih, ki prispevajo k šibkosti tkiva.⁵⁻⁷ Zdravljenje z obsevanjem in malignom sta prav tako lahko povezana s tem pojavom.^{8,9} Poleg naštetih vzrokov so lahko prisotni tudi naslednji dejavniki: nenadno povečanje tlaka v trebušni votlini, uporaba nožničnih svečk, spolni odnos ter dejavniki, ki motijo normalno celjenje ran, kot je okužba pooperativne rane, hematoma ali absces. Kratka atrofična nožnica je pomemben dejavnik tveganja pri ženskah po menopavzi, ne glede na to, ali je imela bolnica prej že kakšno operacijo.¹⁰ Kot opisuje Kowalski¹¹, je atrofična povezana s triado pomanjkanja estrogenov, kroničnimi devaskularizacijami tkiva ter šibkostjo medeničnega dna. Pri nožnični atrofiji igrajo pomembno vlogo tudi dejavniki, kot so bolezn kolagena, obsevanje ter kajenje.

Pri ženskah pred menopavzo je to stanje pogosto povezano s spolnim odnosom, pridružena pa mu je lahko raztrganina nožnice. Incidenca, ki bi temeljila na dejavniki pred menopavzo (spolni odnos, poškodba), ni znana, saj je populacija s tem problemom pred menopavzo premajhna.¹² Najmlajša bolnica, katere primer je bil objavljen, je bila 20-letnica, ki je bila posiljena. Izredno redko pojavljanje evisceracije pri ženskah pred menopavzo lahko govori za to, da je prirojena slabost vezivnega tkiva nožnice ali bolezen vezivnega tkiva pomemben dejavnik pri nastanku. Pri 77 % žensk pred menopavzo se med spolnim odnosom nožnica raztrga v zadnjem forniksu. Mehanizem, odgovoren za poškodbe med spolnim odnosom, vključuje asimetrično sprednje-stransko lego materničnega vratu med fazo vzburljenja, zaradi česar je desni forniks izpostavljen močnemu sunku moškega spolnega uda. Prav tako je lahko vzrok nesorazmerje v velikosti med moškimi in ženskimi spolnimi organi in izguba inhibicije zaradi intoksikacije.^{13,14}

Teorije nastanka vaginalne evisceracije kot vzrok slabosti vezivnega tkiva ne izpostavljajo le operacije, temveč bolj pomembno nepravilno postavitev svoda nožnice. Svod je postavljen nepravilno in brez podpore preko urogenitalnega hiatusa v medenični preponi. Tako stanje ustvarimo z zamenjavo osi nožnice (naredimo jo bolj vertikalno) ali redkeje s skrajšanjem nožnice in njeno postavitvijo pod mišico *levator ani*.²

Naša bolnica je imela veliko dejavnikov tveganja za vaginalno evisceracijo. Najpomembnejši dejavnik za oba dogodka je bila najverjetneje slabost vezivnega tkiva. Pri prvem dogodku je bila slabost vezivnega tkiva združena s stanjem po histerektomiji in povišanim tlakom v trebušni votlini, pri drugem pa z operacijo in s spolnim odnosom. Sprememba vaginalne osi s kolposuspenzijo po Burchu bi lahko igrala pomembno vlogo v drugem primeru.

Pri kirurškem zdravljenju vaginalne evisceracije pristopamo skozi nožnico oziroma skozi trebušno votlino. Namen kirurškega zdravljenja je najprej popraviti zdrs črevesa in nato zapreti okvaro v nožnici ter preprečiti ponovitev zapleta. Opisane tehnike vključujejo *cul-de-sac* obliteracijo, zaprtje z mrežico Dacron, mišični reženj *adductor magnus*, vaginektomijo, kirurško zaprtje vaginalnega kanala ter druge. Za zapiranje nožnice po izrezu robov vaginalnega defekta je priporočljivo uporabiti posamezne šive. Pri pristopu skozi trebušno votlino je potrebno uporabiti vertikalni rez po sredini ali pa novejši laparoskopski način poprave vaginalne evisceracije.¹⁵⁻¹⁷

V našem primeru smo defekt nožnice v obeh primerih zaprli s šivi *cul-de-sac* ter tekočimi vikrilnimi šivi. Morda bi bilo bolj primerno uporabiti mrežico za zapiranje defekta ali vsaj posamezne šive. Naš primer kaže, da lahko evisceracija nastopi tudi zelo pozno po operaciji ter da se lahko ponavlja. Pri vsakem bolniku posebej moramo torej prilagoditi zdravljenje glede na klinično sliko.

Zaključki

Zdrs medeničnih organov primarno prizadane kakovost življenja. Pozorni moramo

biti na zaporo črevesa, ki se lahko pojavi pri zdrsu nožnice po histerektomiji. Vaginalno evisceracijo primarno vidimo pri obporodnih poškodbah ali ob spolnem odnosu, vendar pa je pri ženskah po menopavzi najpogosteje povezana z operacijami nožnice ter s slabostjo medeničnega dna. Nižja raven estrogenov, atrofijska ter devaskularizacija po operacijah so pomembni dejavniki tveganja. Zdravljenje je usmerjeno v resekcijo ujetega črevesa, popraviljanje nožnične okvare ter popravilo defekta medeničnega dna.

Literatura

- Ramirez PT, Klemer DP. Vaginal evisceration after hysterectomy: a literature review. *Obstet Gynecol Surv* 2002; 57: 462–7.
- Croak AJ, Gebhart JB, Klingele CJ, Schroeder G, Lee RA, Podratz KC. Characteristics of patients with vaginal rupture and evisceration. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 572–6.
- Partsiavelos GA, Rodolakis A, Athanasiou S, Antaklis A. Vaginal evisceration after hysterectomy: a rare condition a gynecologist should be familiar with. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 279: 267–70.
- Robinson BL, Liao JB, Adams SF, Randall TC. Vaginal cuff dehiscence after robotic total laparoscopic hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2009; 114: 369–71.
- Agdi M, Al-Ghafri W, Antolin R, et al. Vaginal vault dehiscence after hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol* 2009; 16: 313–7.
- Rajesh S, Kalu E, Bong J, Walws N. Evisceration 5 years post abdominal hysterectomy. *J Obstet Gynaecol Res* 2008; 34: 425–7.
- Virtanen HS, Ekholm E, Kiilholma PJ. Evisceration after enterocele repair: a rare complication of vaginal surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1996; 7: 344–7.
- Dawlatly B, Lavie O, Lopes A. Transvaginal evisceration of small bowel after radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy. *Gynecol Oncol* 1999; 73: 165–6.
- Narducci F, Sonoda Y, Lambaudie E, Leblanc E, Querleu D. Vaginal evisceration after hysterectomy: the repair by a laparoscopic and vaginal approach with an omental flap. *Gynecol Oncol* 2003; 89: 549–51.
- Guttman A, Afilalo M. Vaginal evisceration. *Am J Emerg Med* 1990; 8: 127–8.
- Kowalski LD, Seski JC, Timmins PF, Kanbour AI, Kunschner AJ, Kanbour-Shakir A. Vaginal evisceration: presentation and management in postmenopausal women. *J Am Coll Surg* 1996; 183: 225–9.
- Somkuti SG, Vieta PA, Daugherty JF, Hartley LW, Blackmon EB Jr. Transvaginal evisceration after hysterectomy in premenopausal women: A presentation of three cases. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 567–8.
- Hall BD, Phelan JP, Pruyn SC, Gallup DG. Vaginal evisceration during coitus. A case review. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 131: 115–6.
- Haney AF. Vaginal evisceration after forcible coitus with intraabdominal ejaculation. *J Reprod Med* 1978; 21: 254–6.
- Friedel W, Kaiser IH. Vaginal evisceration. *Obstet Gynecol* 1975; 45: 315–9.
- Nichols DH, Randall CL. Enterocele. In: Nichols DH, Randall CL (eds) *Vaginal Surgery*. 4th edn. Baltimore: Williams&Wilkins; 1996. p. 336–50.
- Yaakovian MD, Hamad GG, Guido RS. Laparoscopic management of vaginal evisceration: case report and review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol* 2008; 15: 119–21.