

به نام گشاینده کارها

زنانش شود سهل، دشواری

تہیہ و نظارت : اساتذہ محترم گروہ
ملوکیہ فلوور
اراءہ دہندہ : سیداجت رستمی

روش جراحی شکمی بی اختیاری استرسی ادراری BURCH



اندیکاسیون

بعضی از جراحان ترجیح می دهند که حتی در صورت انجام ساکرو کولپوپکسی شکمی ، از روش اسلینگ میداورترا استفاده کنند .

بی اختیاری استرسی علامتدار
و تمایل به جراحی شکمی
(لاپاراسکوپی یا لاپاراتومی)

در زنان بدون هیپرموبیلته
اورترا مناسب نیست.

پروفیلاکتیک

پرو لاپس پیشرفته که به نظر می
رسد دچار پیشرفت بی اختیاری
استرسی اداری پس از
ساکرو کولپوپکسی شکمی می
شوند.

روش جراحی

شکمی

سیتوسکوپی حین عمل و چک کردن مسیر ادراری دو طرفه

استفاده از درناژ بسته

مواقعی که هموستاز فضای
رتروپوبیک ناقص باشد یا
احتمال تشکیل هماتوم باشد

گذاشتن سوند مثانه

سوپراپوبیک

ترانس اورتال

به مدت 1 یا 2 روز

ادامه در
اسلاید بعد

به مدت 1 یا 2 روز

چک باقیمانده ادراری

اگر بیش از 150 سی سی بود

کاتتر سوپراپوبیک

سوند گذاری متناوب
(CIC)

عوارض

بی اختیاری
فوریتی - اختلال
دفعی ادراری

عفونت مجاری
ادراری

پرولاپس آپیکال

سایر عوارض

در اسلاید بعد

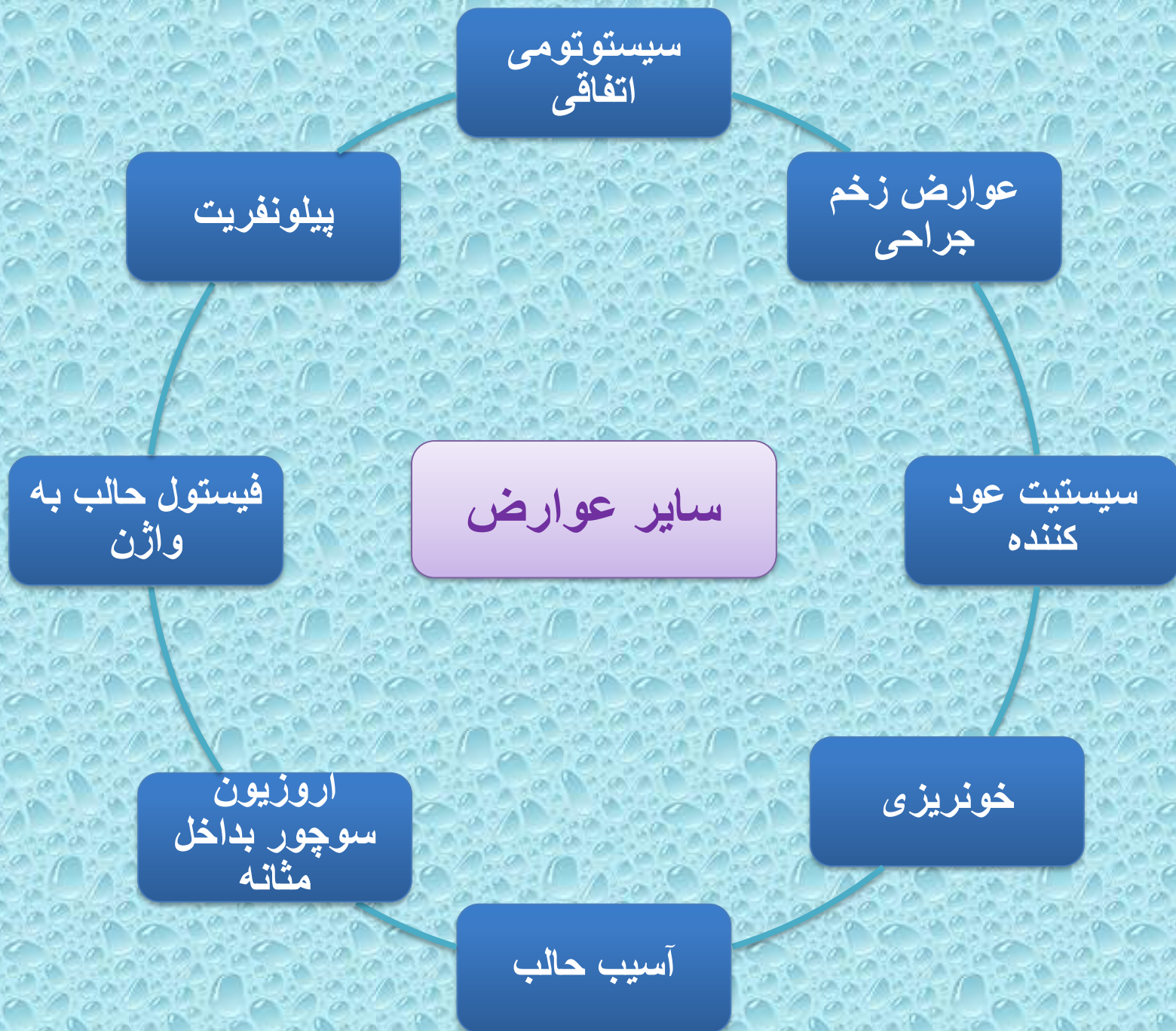
عارضه شایع پس
از جراحی
بخصوص در شش
ماه اول

آنتروسل (17%)

در این روش جراحی
بالاتر است و در طول
زمان کاهش پیدا می
کند.

علت تشکیل آنتروسل به زاویه قدامی بیش از حد واژن بدنبال این روش است که باعث می شود فشار داخل شکم بیشتر به کمپارتمان خلفی وارد شود.

زنائی که در اورو دینامیک قبل از عمل : فعالیت مناسب دترسور و میزان جریان ادراری قبل از عمل نرمال دارند ، می توانند طی 7 روز پس از عمل به راحتی ادرار داشته باشند. یک سوم بیماران بدون انقباض دترسور نیاز به تخلیه بیش از 7 روز پس از عمل دارند. برخی معتقدند که زور شکمی جهت ادرار کردن قبل از عمل اختلالات ادراری بعد از عمل را افزایش می دهد.



شرایط کاهش دهنده میزان موفقیت عمل جراحی BRUCH

کلینیکی

- 1- علایم غالب بی اختیاری فوریتی
- 2- شرایط هیپواستروونی-عدم دریافت درمان هورمونی
- 3- هیسترکتومی قبلی
- 4- جراحی قبلی بی اختیاری استرس ادرار
- 5- پرولاپس پیشرفته
- 6- چاقی

اورودینامیک

- 1- بیش فعالی دترسور (قبل یا بعد از عمل)
- 2- نقص ذاتی اسفنکتر
- 3- حداکثر فشار اورترای پایین
- 4- فشار نقطه نشت پایین
- 5- طول پایین عملکردی اورترا
- 6- دراورودینامیک، گردن مثانه در حال استراحت باز باشد
- 7- گردن مثانه غیر متحرک
- 8- الکترومیو گرافی غیر طبیعی پرینه

جراحی

- 1- خونریزی حین عمل بیش از 1000 سی سی
- 2- همزمانی با جراحی ساکرو کولپوپکسی؟

اسلینگ فاشیائی

اندیکاسیون

اولین خط درمان بی اختیاری ادراری استرسی
محسوب نمی گردد.

کنتراندیکه بودن اسلینگ
مید اورترا

نا موفق بودن اسلینگ
میداورترا قبلی

عدم تمایل بیمار به
استفاده از مش سنتتیک

1- آسیب مجرا به دنبال جراحی بی
اختیاری استرسی

2- سابقه جراحی قبلی دیورتیکول
مجرا

انواع اسلینگ

اتولوگ

آلوگراف

گرنوگراف

سنتیک

فاشیای لاتا

فاشیای رکتوس

اکثر جراحان فاشیای
رکتوس را به فاشیای لاتا
ترجیح می دهند .

- سودمندی مشابه
- حداقل عوارض مربوطه در پیوند
- حداقل شکست

ارزیابی قبل از عمل

پروفیلاکسی

در اسلاید بعد

مشاوره بیمار

- درخصوص روش های درمانی
جایگزین غیر جراحی
- خطرات ، سودمندی ، عوارض
جراحی و میزان موفقیت اسلینگ کردن
مثانه

دارا بودن علایم :

1- علایم آزار دهنده بی اختیاری
استرسی ادراری

2- ثبات علایم بی اختیاری استرسی

* انجام تست اورودینامیک در صورت
الزام

* سابقه شکست درمان جراحی قبلی بی اختیاری استرسی - شرح حال پیچیده ادراری - نارسایی اورترا -
علایم بی اختیاری مخلوط
اگر آزمایش ادراری ، تست استرسی سرفه ، حجم باقیمانده ادراری ، نشان دهنده بی اختیاری استرسی
غیر کمپلیک باشد ، نیازی به انجام تست اورودینامیک نیست .

پرو فیلاکسی

آنتی بیوتیکی

بر اساس نظر ACOG و AUA تجویز شود .

ترومبو امبولی وریدی

دارویی

** در بیماران با عوامل خطر بالا

روش کمپرسی فشاری

** اسلینگ فاشیای رکتوس در گروه روش های جراحی با خطر بالا تقسیم بندی می شود .

عوارض

سیستیت

شایعترین عارضه
فوری

احتباس ادراری

این عارضه بیشتر
از کولیپوساسپینشن
برچ دیده می شود.

بی اختیاری
فوریتی ادراری

10 تا 14 درصد ،
6 تا 8 هفته پس از
جراحی

سیستوتومی

سوراخ شدن مثانه
کمتر از اسلینگ
رتروپوبیک
میداورترا رخ می
دهد.

مراقبت پس از عمل

ترايال دفع ادراری

در اسلاید بعد

درد برش جراحی

تسکین با نارکوتیک و
عوامل ضد التهابی

تسکین درد در چند
هفته پس از جراحی

داخل کردن هر
وسیله داخل واژن
تماس جنسی

به مدت 4 تا 6
هفته ممنوع است.

لکه بینی

از محل انسزیون
واژن تا دو هفته
قابل انتظار است.

ترايال دفع ادراری

در تمام زنان
- قبل از ترخیص
- برداشتن کاتتر فولی

ارجاع به مباحث قبلی چک
PVR پس از جراحی

پایدار ماندن احتباس (بیش
از 4 تا 6 هفته)

شل کردن اسلینگ جهت به
حداقل رساندن پیشرفت فوریت
ادراری و بی اختیاری

فیزیوتراپی کف لگن
(حرکت دادن برش واژینال
و شکمی)

با تشکر از توجه شما

پایان