

بسم الله الرحمن الرحيم

پروتکل TOT

تهیه و تنظیم : اساتید و فلوشیپ های محترم پلیک فلور

ارائه دهنده : دکتر گلشنی

بهار ۹۵

شرح حال

نشت ادرار با عطسه و سرفه

بی اختیاری استرسی

نشت ارادی با فوریت ادراری و
به دنبال عوامل تحریک کننده

بی اختیاری فوریتی

ترکیبی از هر دو شکایت

بی اختیاری مخلوط

نشت ادرار به صورت مداوم یا قطره قطره یا دفع ناکامل
علایم همراه: جریان ضعیف و منقطع ادراری
تاخیر در ادرار کردن - فرکونسی - ناکچوری

بی اختیاری سرریزی



تست های کلینیکی SUI

تست سرفه

حجم باقیمانده ادراری

ارزیابی هیپرموبیلیته اورترا

- با مثانه پر انجام شود. (حداکثر ظرفیت ۲۰۰-۳۰۰ سی سی)
- حالت خوابیده و ایستاده و در پوزیشن بیان شده توسط بیمار می توان مثانه را با مایع استریل پر کرد.

تست Q tip

ارزیابی پرولاپس نقطه Aa

تست منفی سرفه

تست مثبت سرفه

علیرغم شرح حال مثبت بیمار و عدم حضور نشت ادراری

نشت فوری و دیدن توسط معاینه کننده

نشت تاخیری ادراری
*مقدار زیادی مایع
*عدم امکان کنترل

ارزیابی ارودینامیکی

بی اختیاری استرسی

بیش فعالی
دتر سور

درمان بی اختیاری سUI

درمان جراحی

درمان کنسرواتو

تغییر سبک زندگی

رفتار درمانی

فیزیوتراپی

پساری

دارویی *

* درمان دارویی مورد توافق همگانی نیست.

درمان دارویی SUI

دالوکستین

سایر داروها

ایمی پرامین

فنیل پروپانول آمین

*اندیکاسیون:

- عدم تمایل به جراحی و افسردگی همزمان



انواع جراحی SUI

TOT
(Transe obturator Tape)

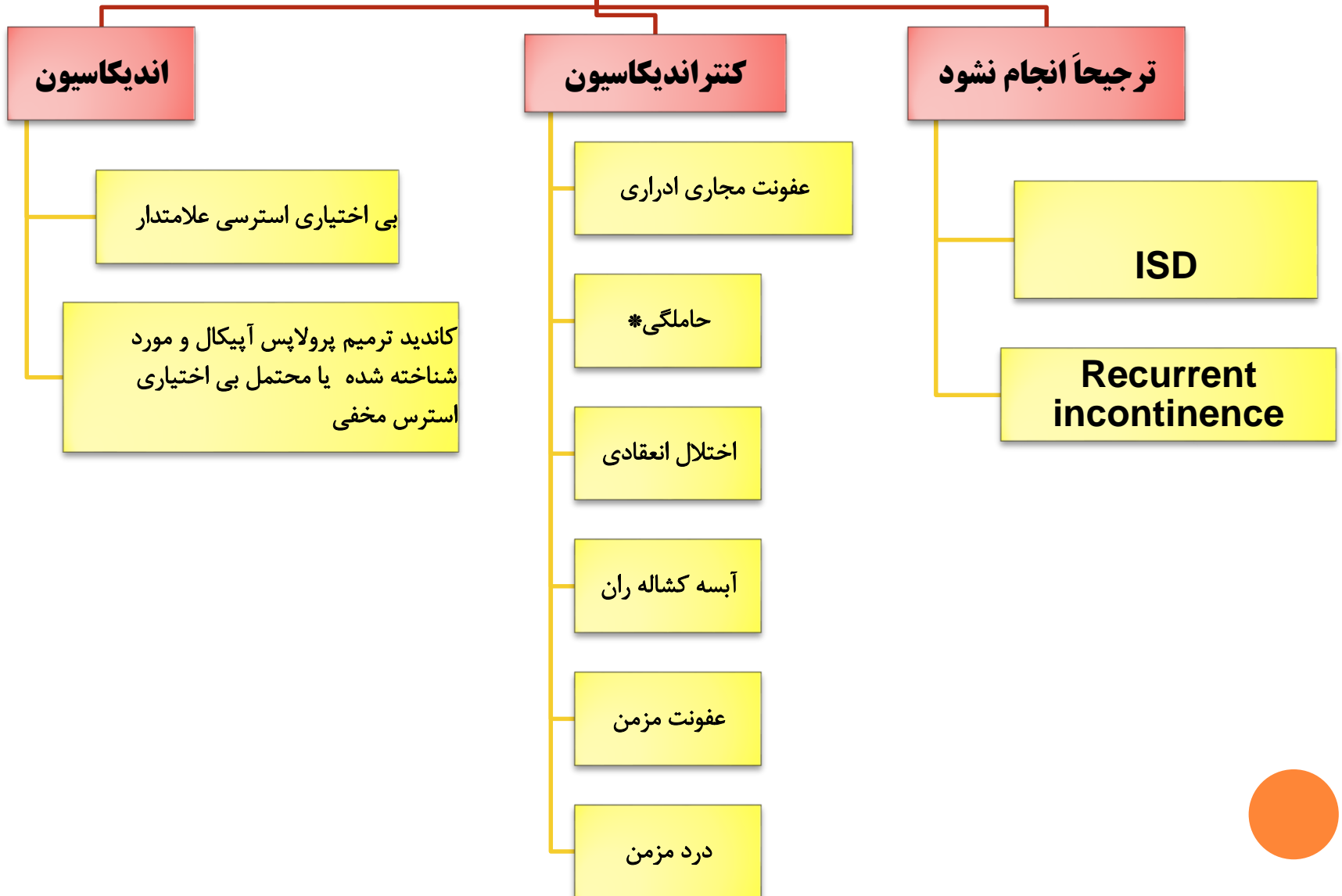
TVT
(Tenstion – Free Vaginal Tape)

Burch

Fascial Sling



کاندیدای جراحی TOT



ارزیابی قبل از عمل TOT

آنتی کواگلان در
صورت اندیکاسیون

اثبات بی اختیاری
استرسی ادراری

پروفیلاکسی
آنتی بیوتیکی

نوع بیهوشی

رد سایر موارد اتیولوژی بی اختیاری

بیهوشی لوکال ورژبونال به بیهوشی
عمومی ارجح است.



آمادگی حین عمل TOT

وسایل

- ۱- مش ترانس ایتوراتور
- ۲- سوند فولی F۱۶
- ۳- سیستوسکوپ

سیستوسکوپی

پس از عبور هر تروکار
ترجیحا سیستوسکوپی
انجام شود.

تنظیم کشش اسلینگ حین عمل

اگر بیمار تحت بررسی لوکال باشد،
میتوان میزان کشش اسلینگ را
تنظیم کرد.



انواع اسلینگ ترانس اوبتوراتور

Inside-Out

عبور تروکار از برش میداورتری واژینال و خروج از کشاله ران

با درد کشاله ران بیشتر همراه است.

Outside-in

عبور دو طرفه تروکار از کشاله ران و خروج از برش واژینال
میداور ترا

- ۱- بزرگ بودن برش واژینال
- ۲- احتمال بالای پرفوراسیون واژن

ارزیابی پس از عمل TOT

آزمون دفع ادرار بعد از عمل
PVR و

توصیه ها جهت ترخیص

درد محل انسزبون کشاله ران احساس
کشیدگی در واژن

لکه بینی ممکن است
تا دو هفته ادامه یابد.

پرهیز از فعالیت جنسی
به مدت ۴ تا ۶ هفته

پرهیز ۴-۶ هفته
از ورزش و بلند
کردن اجسام
سنگین

۱- قبل از ترخیص
۲- ۴ تا ۶ ساعت پس از
جراحی

حداکثر ۲ هفته بعد از
عمل بهبود می یابد

بهبودی با ضد التهاب غیر
استروئیدی و نارکوتیک خوراکی

از ۲ طریق قابل انجام است .
۱- پر کردن رترو گرید مثانه
۲- پر شدن خودبخودی مثانه



○ وجود مش سنتتیک از قبل در مسیر عبور تروکار ، ممکن است باعث جا گذاری مشکل اسلینگ در مسیر مناسب شود، اما سابقه قبلی میداورترال اسلینگ کنتراندیکاسیون جاگذاری مجدد اسلینگ میداورترا نیست .

○ ریسک تشکیل هماتوم در روش TVT بیشتر از روش TOT است.



عوارض عمل TOT

آسیب عروقی

عوارض مجاری
ادراری

درد پس از عمل

آسیب واژینال

عوارض نادر

۱- ایتورتور

۲- اکسترنال ایلیاک

۳- فمورال

۴- عروق اپی گاستریک تحتانی

۱- میوزیت نادر

۲- آبسه

۳- فاشیت نکروزان

هماتوم

خونریزی

ممکن است نیاز به عمل مجدد
داشته باشد.



درد پس از عمل TOT

دیس پارونی ۱ تا ۹ درصد

درد کشاله ران ۱۲ تا ۱۶ درصد

- بهبودی طی چند روز تا چند هفته
- گذاشتن یخ در محل
- NSAID و نارکوتیک کوتاه مدت
- فیزیکیال تراپی

پایدار ماندن درد

تزریق کورتون یا عوامل بی حسی در محل

پایدار ماندن ۴ تا ۶ هفته

آزاد سازی اسلینگ

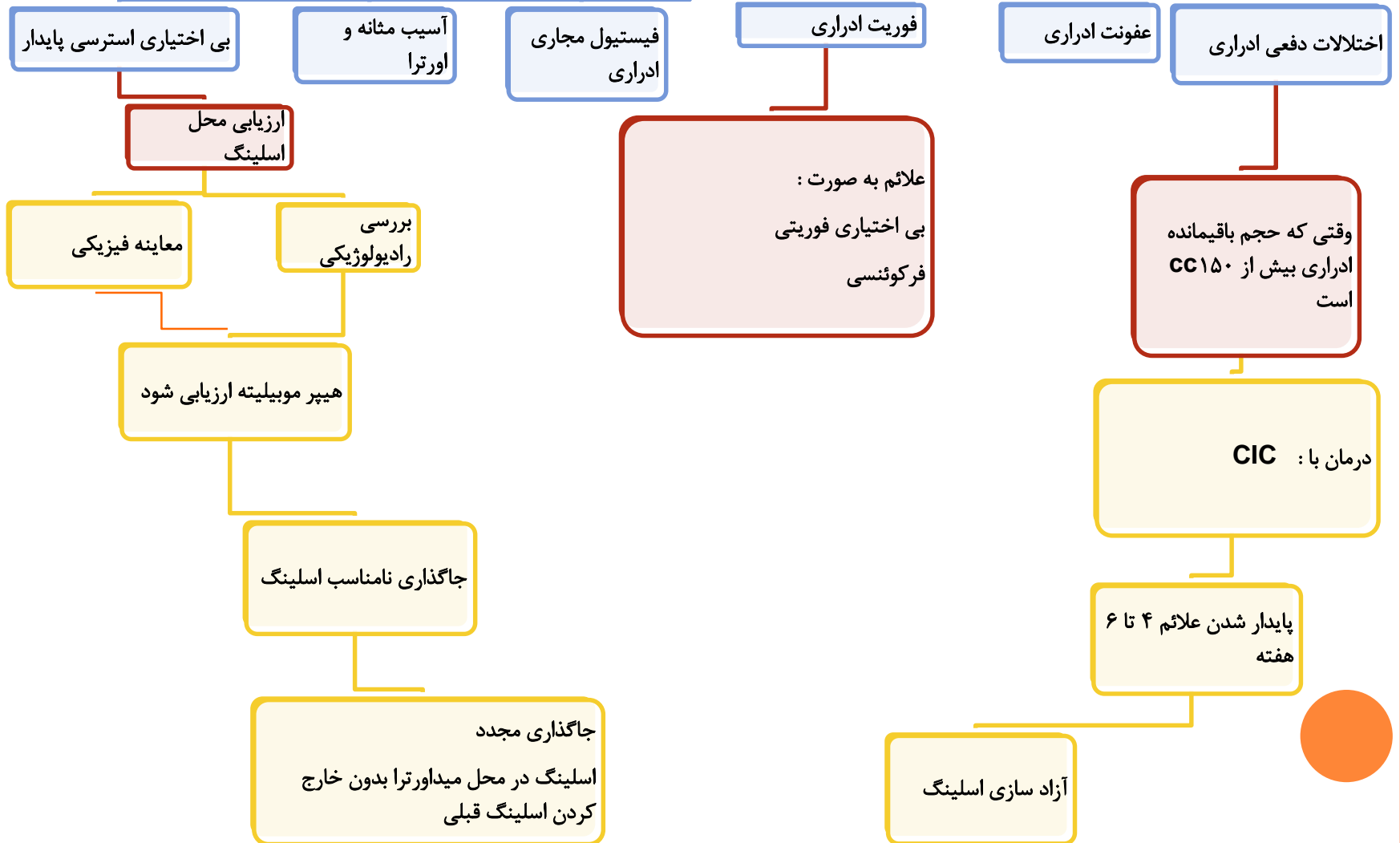


○ چاقی یک عامل محافظتی در مقابل درد کشاله ران است
و درد کشاله ران بدنبال روش **Inside – Out** بیشتر
رخ می دهد.

○ بیمار باید بداند که با برداشتن قسمتی از مش یا تمام
آن ممکن است علایم بی اختیاری استرسی ادراری عود
کند.



عوارض مربوط به مجاری ادراری پس از عمل TOT



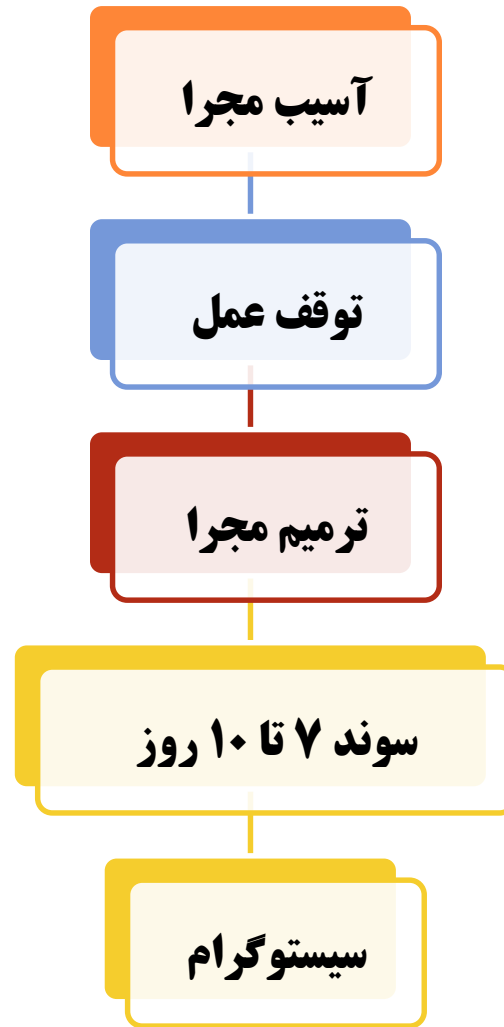
آسیب مثانه

دیواره قدامی

- خروج تروکار
- عبور تروکار مجدد
- سوند گذاری به مدت یک روز
- خروج سوند بدون نیاز به سیستوگرام

دیواره خلفی

- خروج تروکار
- عبور تروکار مجدد
- سوند گذاری به مدت ۷ روز
- خروج سوند بعد از انجام سیستوگرام



- عمل در فرصتی دیگر پس از التیام مجرا بدون استفاده از مش (TOT و TVT) و انجام اسلینگ فاشیایی صورت گیرد.



آسیب واژینال

اروزیون واژینال مش

عارضه شایع است.

تشخیص با دیدن مش داخل واژن است.

سوراخ شدگی واژن

در TOT بیشتر رخ می دهد و
در روش **Outside - in** بیشتر است.

گاهی نیاز به ترمیم دارد.

- هر زمانی که بیمار احساس کند، می تواند به فعالیت شغلی خود بپردازد.
- احتباس ادراری ممکن است، پس از ادرار کردن نرمال رخ دهد. در صورت احساس احتباس ادراری یا تخلیه ناکامل مثانه ، باید حجم باقی مانده اندازه گیری شود. ویزیت روتین ۴ تا ۶ هفته بعد انجام شود. ارزیابی از نظر آروزیون مش و معاینه شکمی و واژینال انجام شود. حجم باقی مانده ادراری باید چک شود.



مقایسه TOT وTVT

Voiding
TOT در dysfunction
کمتر

خونریزی در TOT کمتر

هماتوم در TOT کمتر



با تشکر از توجه همه‌ی شما عزیزان

