

نتایج کاربرد یورتروسکوپی در درمان عوارض حالبی

جراحی‌های زنان

بیمارستان سینا، ۸۲-۱۳۸۰

دکتر محمدرضا نیکوبخت (دانشیار)

بیمارستان سینا، بخش اورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

مقدمه: هدف از این تحقیق، بررسی نتایج کاربرد تشخیصی درمانی یورتروسکوپی در ضایعات حالبی ناشی از جراحی‌های زنان و جلوگیری از انجام عمل جراحی باز مجدد می‌باشد.

مواد و روش‌ها: از آبانماه ۱۳۸۰ لغایت آبانماه ۱۳۸۲ تعداد ۱۲ مورد مشاوره اورولوژی بعد از اعمال جراحی زنان شامل سزارین-هیسترکتومی- اووفورکتومی... - انجام شد. بررسیها، نشان دهنده قطع حالب در ۵ مورد و تنگی حالب در ۷ مورد می‌باشد. جهت بیماران سونوگرافی و I.V.P انجام شده و سپس با انجام پیلوگرافی رتروگراد یورتروسکوپی $F: 8/9$ تحت گایدوایر $0/034$ اینچ انجام شد. پس از عبور از یورتروسکوپ D.J stant تعبیه و در مواردی که یورتروسکوپ غیر قابل عبور بود. دیلاتاسیون با بالن تحت گاید فلوروسکوپی انجام و Stant گذاشته شد. یک هفته بعد بیماران سونوگرافی شده سه ماه بعد D.J stant خارج و IVP شده و نتایج بررسی شده‌اند. مدت فالوآپ ۴ تا ۲۴ ماه (۱۲ ماه) بوده است.

یافته‌ها: از ۱۲ مورد بیمار ما قادر به عبور یورتروسکوپ در ۷ نفر و تعبیه سوند D.J شدیم یعنی از ۷ مورد تنگی در ۶ نفر ($85/7\%$) و از ۵ مورد قطع کامل حالب در ۱ نفر (20%) مشکل بیمار با این روش حل شد. در دو نفر از بیماران دیلاتاسیون با بالن انجام شد. ۲۴ ساعت بعد بیماران مرخص و استنت سه ماه بعد خارج و IVP انجام که نتایج رضایت‌بخش بود بجز یک نفر که تنگی داشت و با سیستم اسکوپ، D.J بزرگتر گذاشته شد و فعلاً از نظر رادیولوژی طبیعی است مدت زمان عمل جراحی تا مراجعه ۱۲ ساعت (۶-۷۲ ساعت) بوده است.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه و جلوگیری از عمل جراحی مجدد و استرس عمل قبلی و شرایط روحی بیمار و پزشک معالج و مدت کوتاه بستری پیشنهاد می‌شود در اولین برخورد با این بیماران از یورتروسکوپی برای تعبیه استنت استفاده شود.

مقدمه

بیشتر تروماهای حالب یا تروژنیک هستند که در موقع یورتروسکوپی در ۴/۷٪ و در هیستریکتومی‌ها ۱/۱٪ موارد اتفاق می‌افتد. متأسفانه در درصد قابل توجهی از این بیماران ضایعه فراموش شده و در نهایت منجر به از دست رفتن کار کلیه می‌شود.

اطلاع و شک به این نوع تروماها کلید اصلی تشخیص است و مشاوره اورولوژی در بسیاری از موارد می‌تواند از وارد آمدن خسارات جسمی و روحی به بیماران جلوگیری نماید. روش‌های مرسوم برخورد با این بیماران پس از تشخیص شامل گذاشتن D.J استنت و در غیر اینصورت عمل جراحی باز بوده است (۳،۴،۲،۱) که هر کدام می‌تواند معایب و مشکلاتی با توجه به طولانی شدن زمان بستری و موربیدیتی و عوارض مربوطه داشته باشد (۶،۷،۵).

ما در این مطالعه در برخورد اولیه این بیماران را تحت یورتروسکوپی قرار دادیم و توانستیم از عوارض بکاهیم زمان عمل و بستری را کوتاه نماییم که گزارش مبسوط آن در ذیل ارائه می‌گردد.

مواد و روش‌ها

از آبانماه ۸۰ لغایت آبانماه ۸۲ تعداد ۱۲ بیمار پس از اعمال جراحی ژنیکولوژی شامل ۶ مورد سزارین - ۴ مورد هیستریکتومی (۱ مورد ابدومینال - ۳ مورد واژینال) ۱ مورد اووفورکتومی - ۱ مورد ورتهایم (کانسر سرویکس) جهت بررسی وضعیت دستگاه ادراری مشاوره شدند.

علت مشاوره اوولوژی ۵- مورد تب پس از عمل - ۱۱ مورد درد فلانک، ۲ مورد مشکوک به هماتوم لگن - سه مورد حالت تهوع و استفراغ طولانی مدت، ۷ مورد ایلئوس طولانی - ۵ مورد بی‌اختیاری ادراری و در ۴ مورد شک جراح در مورد احتمال ضایعه دستگاه ادراری می‌باشد. مدت زمان عمل جراحی تا انجام مشاوره به طور متوسط، ۱۲ ساعت (۶-۷۲) بوده است.

در ابتدا پس از گرفتن شرح حال در معاینه فیزیکی تمام بیماران سونوگرافی شدند از ۱۲ بیمار ۱۱ مورد هیدرونفروز (۷ نفر راست، ۴ نفر چپ) داشتند و ۱ مورد سونوگرافی طبیعی گزارش شده است. تمام بیماران I.V.P شدند که در ۴ نفر تأخیر ترشح، ۱۱ نفر هیدرونفروز و ۵ مورد اکستراواژیشن ماده حاجب داشتند. تمام بیماران IVP شدند (شکل شماره ۱) و تحت رتروگرادپیلوگرافی قرار گرفتند. ۷ مورد تنگی و ۵ مورد قطع حالب به داخل رتروپریتوان داشتند.

تمام بیماران جهت عمل جراحی آماده و در مورد اقدام بعدی صحبت شد و به بیماران در مورد احتمال عمل جراحی باز بعد از یورتروسکوپی تذکر داده شد و بیماران پذیرفتند. بیهوشی عمومی داده شد. ابتدا یورتروسکوپی تحت گایدوایر ۰/۳۴ اینچ از نوع Semirigid ۸/۹F انجام شد. و سعی شد گایدوایر از محل تنگی عبور داده شود و سپس یورتروسکوپ عبور و تا بالاتر از تنگی بررسی و D.J Stent شماره ۴/۸F تعبیه گردد. در دو مورد دیلاتاسیون با بالن تحت گاید فلوروسکوپی انجام شد بیمار تحت آنتی‌بیوتیک مناسب (جتتامایسین + کفلین) قرار می‌گرفتند و بیمارانی که عبور گایدوایر و یورتروسکوپ مقدور نبود تحت عمل جراحی باز و Reimplant حالب قرار گرفتند (روش Politano leadbetter و در دو مورد Psoas hitch انجام شد). در گروه یورتروسکوپی بیمار ۲۴ ساعت بعد ترخیص و یک هفته بعد ویزیت، و سونوگرافی می‌شدند یک ماه و سه ماه بعد کنترل و سپس D.J Stent خارج و بعد IVP می‌شدند.

در گروه جراحی ۲۴ ساعت پس از خارج کردن درن بیمار ترخیص یک هفته یک ماه و سه ماه بعد ویزیت D.J Stent خارج و دو هفته بعد I.V.P شدند.

یافته‌ها

از ۱۲ مورد اقدام برای انجام یورتروسکوپی در ۷ نفر قادر به عبور گایدوایر و عبور یورتروسکوپ شدیم - یک مورد در محل انسداد سنگ وجود داشت که TUL(Transureteral



شکل شماره ۲- D J stent داخل کلیه

موفق نبودیم بیمار یورتروسکوپی و مجدداً استنت گذاشته شد این مورد سه ماه پس از خارج کردن استنت IVP شد که طبیعی گزارش شده و فعلاً مشکلی ندارد.



شکل شماره ۳- K.U.B

lithotripsy) شد. در ۴ مورد یورتروسکوپ علیرغم عبور گایدوایر در محل تنگی متوقف که با فشار محتاطانه از محل تنگی عبور بطوریکه صدای Click حاصله پاره شدن نخ در اطراف حالب را تداعی می‌کرد و جهت بیماران D.J Stent تعبیه شد. (شکل شماره ۲) در دو مورد تحت فلئوروسکوپی با بالن دیلاتاسیون داده شد. از ۷ موردی که در IVP تنگی نشان می‌داد در ۶ نفر و از ۵ مورد قطع کامل حالب در ۱ مورد قادر به یورتروسکوپی شدیم سایر موارد (۵ مورد) تحت عمل جراحی اکسپلوراسیون و Reimplant حالب قرار گرفتند. در گروه یورتروسکوپی متوسط بستری پس از عمل جراحی ۲۴ ساعت و در گروه جراحی متوسط بستری ۵/۷ روز (۱۱-۳روز) بوده است.

بیماران پس از ترخیص یک هفته یک ماه و سه ماه بعد ویزیت پس از سه ماه استنت خارج و دو هفته بعد IVP شدند. در گروه یورتروسکوپی تمام موارد بجز ۱ نفر (۱۴ درصد) که تنگی داشت از نظر رادیولوژیک طبیعی بوده‌اند و این مورد با سیستم اسکوپ D.J Stent با شماره (۷) گذاشته شد فعلاً علائم رادیولوژیک تنگی ندارد (شکل شماره ۴). در گروه جراحی پس از خارج کردن استنت یک مورد تنگی نسبی داشت که در اقدام برای استنت با سیستم اسکوپ



شکل شماره ۱- قبل از یورتروسکوپی

مواردی که در کارهای روزمره اورولوژی با آن مواجه می‌شویم ترومای حالب در اثر اعمال جراحی ژنیکولوژی (۱٪) می‌باشد و روشهای تشخیصی شامل IVP، رتروگرا دیپلوگرافی بوده و سپس در صورت امکان گذاشتن D.J Stent که در اکثر موارد ناموفق است ولی استفاده از یورتروسکوپ با توجه به اینکه با دید باز است می‌تواند هم به عنوان روش تشخیصی و هم به عنوان روش درمانی عمل نماید و با جلوگیری از اعمال مجدد لگنی که همراه عوارض و موربیدیتی می‌باشند باعث آرامش بیمار و بخصوص پزشک جراح گردد و بسیاری از درگیری‌های اجتماعی و قانونی بعدی جلوگیری کند.

در مطالعه‌ای که آقایان Ghoneim و همکاران از مصر گزارش کردند (۱۹۹۷) در ۶۷٪ موارد مجبور به عمل جراحی برای این بیماران شدند و فقط در ۱۱٪ توانسته‌اند با سیستم اسکوپ D.J Stent عبور دهند (۵). در یک گزارش Renieri و همکاران (۲۰۰۲) از ایتالیا در ۳۸ بیمار دچار آسیب حالب در ۶۰٪ موارد عمل جراحی باز و فقط در ۲۱٪ توانسته‌اند D.J Stent از طریق سیستم اسکوپ رد کنند (۱۳).

در مطالعه دیگری در ۱۹۹۳، ۷۴٪ بیماران را تحت عمل جراحی باز قرار دادند و فقط ۱۰٪ را توانسته‌اند D.J Stent سیستم اسکوپ رد کنند (۱۷). تنها مطالعه‌ای که در ۱۹ بیمار گزارش شده ابتدا پرکوتانئوس نفروستومی گذاشته‌اند و سپس با سیستم اسکوپ تحت گاید فلوروسکوپ گایدوایر رد کرده و سپس دیلاتاسیون داده و D.J Stent گذاشته‌اند که به نظر می‌رسد با توجه به کور بودن کار روش قابل اعتمادی نمی‌تواند باشد (۱۴). آقای Tsai (۱۹) در ۹ مورد تنگی حالب توانسته است به روش رتروگرا دیپلوگرافی و آنتی‌گرا دیپلوگرافی D.J Stent رد کنند و تمام بیماران ایشان از نظر رادیولوژیک پس از خارج کردن Stent طبیعی بوده‌اند ما در ۱۲ بیماری که ارجاع شده بودند در ۷ نفر (درصد) پس از رد کردن گایدوایر از محل تنگی و در مواردی دیلاتاسیون محل تنگی با عبور یورتروسکوپ موفق به قرار دادن D.J Stent شدیم. در ضمن با توجه به کوتاهی زمان عمل از عوارض بیهوشی کاسته شده است. مدت زمان بستری بسیار کوتاه و از موربیدیتی بیماران پیشگیری شده است. بیمار و پزشک از تعارض احتمالی میرا مانده‌اند و نتایج درازمدت هم بسیار رضایت بخش بوده است



شکل شماره ۴- سه ماه پس از یورتروسکوپ و خارج کردن استنت

مدت فالوپ بیماران ۴ تا ۲۴ ماه (۱۲ ماه) بوده است ۷ نفر سمت راست و ۵ نفر سمت چپ مشکل داشته‌اند و تمام بیماران ضایعه در حالب دیستال بوده‌اند.

مدت زمان عمل برای گروه یورتروسکوپ متوسط ۲۵ دقیقه و برای عمل جراحی باز ۲/۵ ساعت بود. عوارض عمل جراحی در گروه یورتروسکوپ یک نفر دچار تب پس از عمل و تندرین شکم شد که با درمان محافظتی در عرض ۴۸ ساعت بهبود یافت. نیاز به تزریق مسکن در دو نفر داشتیم. در گروه جراحی ایلئوس در چهار نفر تب، در دو نفر لیک، بیشتر از سه روز از درن در دو نفر و نیاز به مصرف آنالژزیک در تمام بیماران حتی پس از ترخیص مشاهده شد.

بحث

از شروع هزار سوم میلادی اعمال جراحی کمتر تهاجمی با حفظ کیفیت زندگی خوب پس از عمل جراحی مهمترین چالش درمانی را تشکیل می‌دهد. عملی بودن روش‌های یورتروسکوپیک امروزه توسط بسیاری از مقالات برای درمان سنگ، تنگی حالب، درمان تومورها ثابت شده است. یکی از

موفقیت عمل جراحی مؤثرتر باشد. همچنین استفاده از گایدفلوروسکوپی را افزایش می‌دهد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده از مطالعه فوق انجام یورتروسکوپی به منظور تشخیص و درمان موارد عارضه حالبی پس از اعمال جراحی ژنیکولوژی روشی Safe با حداقل موربیدیتی-طول عمر کوتاهتر-مدت زمان بستری کمتر و در کل Cost effective بوده و به عنوان اولین اقدام در این گونه بیماران توصیه می‌شود.

به نظر می‌رسد هرچه فاصله بین جراحی ژنیکولوژی و اقدام یورتروسکوپی کمتر باشد نتایج بهتر خواهد بود.

البته مهارت یورتروسکوپیست شرط اصلی برای اقدام می‌باشد چرا که در غیراینصورت عوارض پرفوریشن حالب و احشاء مجاور محتمل خواهد بود. باید به بیماران در مورد احتمال عدم موفقیت و جراحی باز هشدار داد تا این بیماران برای عمل آماده شوند. در ضمن نیاز به تجربه بیشتر و بررسی‌های کنترل شده دیگری جهت تصمیم‌گیری قطعی می‌باشد. استفاده از یورتروسکوپهای با قطر کمتر می‌تواند در

منابع

- Gill H, Brodrick GA. Urologic complication of gynecologic surgery AUAU 1994: Vol. 13.
- Hinman Fjr. Bladder flap repair. In: 164-169 atlas of urologic surgery 2nd ed. 1998; 834.
- Moriotti G, Natale F, Truchi A, et al. Ureteral injuries during quynecologic procedure Nefrol 1997 Jun; 49(2): 95-98.
- Slegben DM, Howerton L, Amin M, et al. The role of ureteral stenting in the management of the injury of the ureter J Urol 1997 Mar; 119(3); 3300 (Medline).
- Tamussino KF, Lang PF, Breinl E. Ureteral complication with operative gynecologic. Am J Obstet Gynecol 1998 May; 178(5): 967-970.
- Mcaninch J, Santochi RA. Genitourinary trauma. In Campbell, S Urology 8th ed. 2002; 3707-3741.
- Armenakas NA. Current methods of diagnosis and management of ureteral injuries, World J Urol 1999; 17: 78-83.
- Assimos DG, Patterson LC, Taylor CL. Changing incidence and etiology of iatrogenic ureteral injuries. J Urol 1994; 152: 2240-2246.
- Bright TC, Peters PC. Ureteral injuries secondary to operative procedures. Report of 24 cases. Urology 1977b; 9: 22-26.

10. Carlton CE Jr, Scott R Jr, Guthrie AG. The initial management of ureteral injuries: a report of 78 cases. *J Urol* 1971; 105: 335-340.
11. Cormio L, Battaglia M, Traficante A, Selvaggi FP. Endourological treatment of ureteric injuries. *Br J Urol* 1993; 72: 165-168.
12. Dowling RA, Corriere JN Jr, Sandler CM. Iatrogenic ureteral injury. *J Urol* 1986; 135: 912-915.
13. Ghali AM, El-Malik EM, Ibrahim AL, et al. Ureteric injuries: Diagnosis management, and outcome. *J Trauma* 1999; 46: 150-158.
14. Kuno K, Menzin A, Kauder HH, et al. Prophylactic ureteral catheterization in gynecologic surgery. *Urology* 1998; 52: 1004-1008.
15. Medina D, Lavery R, Ross SE, Livingston DH. Ureteral trauma: preopercoll Sure 1998; 186: 641-644.
16. Selzman AA, Spirnak JP. Iatrogenic ureteral injuries: a 20-year experience in treating 165 injuries. *J Urol* 1996; 155: 878-881.
17. St. Lezin MA, Stoller ML. Surgical urethral injuries. *Urology* 1991; 38: 497-506.
18. Toporoff B, Sclafani S, Scalea T, et al. Percutaneo antegrade ureteral stenting as an adjunct for treatment of complicated ureteral injuries. *J Trauma* 1992; 32: 534-538.
19. Tsai CK, Taylor FC, Beagler MA. Endoscopic ureteroureteroscopy: long-term follow-up using a new technique. *J Urol* 2000; 164: 332-335.
20. Colin MJ, Gamella LG, Bagley DH. Endoscopic ureteroretrostomy for obliterated ureteral segments. *J Urol* 1996; 156: 1394.