

Ginekološko-porodni odjel bolnice »Dr. Jože Potrč«, Ptuj, Slovenija

## **LIJEČENJE TOTALNOG PROLAPSA UTERUSA, VAGINE I DJELOMIČNOG PROLAPSA REKTUMA**

### **CURE OF TOTAL UTEROVAGINAL AND PARTIAL RECTAL PROLAPSE**

*Vladimir Jolić*

*Prikaz bolesnice*

*Ključne riječi:* totalni prolaps uterusa i vagine, prolaps rektuma, operativno liječenje

**SAŽETAK.** *Cilj.* Prikazano je uspješno operativno izliječenje stare žene koja je imala totalni prolaps uterusa i vagine, te prolaps sluznice rektuma. *Metode i rezultati.* 82-godišnja žena je primljena u bolnicu zbog bolova u donjem dijelu trbuha, te relativne retencije urina i stolice kao posljedica totalnog prolapsa uterusa, vagine i rektalne sluznice. Everzija uterusa i vagine je uspješno operirana po metodi Neugebauer LeFort-a i šavom po Kelly-u, a prolaps rektalne sluznice je korigiran šavovima pararektalnog tkiva, levatororafijom i kolpoperineoplastikom. Za trajnu korekciju rupture rektovaginalnog septuma i bolju potporu rektumu je korištena i polipropilenska mrežica. *Zaključak.* Ova vrlo uspješna operacija je napravljena u lokalnoj anesteziji, jer je pacijentica bila stara, astenična i kifotična.

*Case report*

*Key words:* uterovaginal total prolapse, rectal prolapse, operative therapy

**SUMMARY.** *The aim.* A successful operative therapy of an old woman with total uterovaginal eversion and rectal mucous membrane prolapse is presented. *Methods and results.* An 82-year old woman was admitted because of low abdominal pains and relative urine and stool retention caused by uterovaginal and rectal mucous membrane prolapse. The uterovaginal total prolapse was successfully operated by Neugebauer LeFort procedure and the Kelly's suture. The treatment of the rectal mucous membrane prolapse involved the performance of pararectal tissue sutures, levatororaphy, and kolpoperineoplasty. The polypropylene mesh was also used to correct the rectovaginal septum rupture and to support the rectum itself. *Conclusion.* The highly successful operation was performed under local anesthesia because the humpbacked patient was an old person suffering of asthenia.

## **Uvod**

Liječnica opće medicine je poslala u bolnicu 82-godišnju pacijenticu zbog prolapsa uterusa i vagine, prolapsa rektuma, relativne retencije urina i stolice uz bolove u donjem dijelu trbuha.<sup>1</sup> Na prijemu smo vidjeli da potpuni prolaps maternice prati prolaps sluznice rektuma koja je u obliku 5 cm široke manšete prolabirala kroz analni otvor. Pacijentica prije mikcije morala reponirati uterus, a kod defekacije je imala jake bolove i krvarenje.

Pacijentica je bila kifotična i astenična, mentalno zdrava. Zbog kifoze smo odustali od endotrahealne ili lumbalne anestezije, te smo se dogovorili za operaciju u lokalnoj anesteziji. Već na prijemu smo reponirali vaginu i u nju uložili Mikulitz-ev tampon s estrogenom masnom kremom (Ortho-Gynest ung.).

## **Metode i rezultati**

Za vrijeme pripreme za operaciju smo napravili osnovne laboratorijske pretrage koje su bile u granicama normale, a internistica je konstatala da je žena kardiopulmonalno kompenzirana. Oko ½ sata prije operacije pacijentica je dobila 5 mg Apaurina i 100 mg Dolantina im. Operativno polje smo dezinficirali Betadinom, pri čemu smo nježno reponirali rektalnu sluznicu. Slijedilo je infiltriranje stijenki vagine 0,5%-tnom otopinom Xylocain-a što raslojava tkiva i olakšava njihovo oštro prepariranje.

Operaciju smo započeli obliteriranjem stijenki vagine po Neugebauer LeFort-u tako da smo naizmjenično lijevo-desno šivali rubove, nakon što su izrezane trake sluznice i prednje i stražnje stijenke vagine, pri čemu je uterus maksimalno reponiran.<sup>2-5</sup> Korišten je Vicryl, a među ogoļjele stijenke vagine je aplicirana polipropilenska mreža s ciljem da se ojača spoj nakon srastanja prednje i stražnje stijenke vagine.<sup>6</sup>

Kada se je s prišivanjem stijenki vagine stiglo do visine vrata mjehura, što je označeno ranije uvedenim Foley kateterom, kroz kojeg je u mjehur ubrizgano metilensko plavilo, učinjena je i plastika po Kelly-u, što treba spriječiti pojavu SUI (tzv. »demaskirana SUI«).<sup>7</sup>

Nakon toga se je pristupilo rješavanju prolapsa rektalne sluznice. Ispreparirana je prethodno anestetizirana stražnja stijenka vagine do mjesta na kojem je već bila prišivena za prednju stijenku, tj. u duljini od oko 3 cm. Kroz otvor se je pristupilo rektumu, analnom sfinkteru i ložama lijevog i desnog m. levator ani. Prvo je rektum manualno dodatno izravnat, pa su mu lijeva i desna strana šavima fiksirani za okolno vezivno tkivo, a na prednju stranu je prišivena 3 cm široka i oko 5 cm duga traka polipropilenske mrežice čiji su rubovi podvučeni pod levatore. Preko mrežice je zašiveno pararektalno vezivo mošnjatim šavom (rectoraphia), pa se je pristupilo analnom sfinkteru, te su na 10 i 14 sati postavljena po dva šava. Međusobnim vezivanjem šavova analni sfinkter je skraćen, te ojačan.

Nakon toga je napravljena opsežna levatororafija, tako da su medijalni rubovi m. levator ani međusobno zašiveni s tri parna šava (Vicryl). Vezivanje ovih šavova je međusobno privuklo i spojilo medijalne rubove m. levator ani koji su klizili preko polipropilenske mrežice. Ona će postepeno prirasti za prednju stijenku rektuma i za lijevi i desni m. levator ani koji su iznad mrežice. U završnom dijelu operacije je učinjena visoka perineoplastika čime je prilično sužen introitus vagine, a na kraju su zašiveni koža vagine i perineuma.<sup>8–11</sup>

Pacijentica postoperativno nije imala jačih bolova, te su bile dovoljne tablete Analgina. Budući da nismo htjeli da prvih dana nakon operacije ima stolicu davali smo joj tekuću hranu i 3 puta po 1 caps. Seldiara. Preventivno je dobila 2 puta po 1000 mg Amoksiklava per os. Postoperativni tok je bio uredan, pacijentica je 4. dan poslije operacije imala spontano stolicu pri čemu joj je sfinkter funkcionirao dobro. Pri tome nije došlo do prolapsa sluznice rektuma. Slijedeći dan smo joj odstranili Foley kate-ter nakon čega je normalno urinirala ne žaleći se na znake SUI.

Ženu smo 8. dana nakon operacije otpustili doma, preporučivši joj da još mjesec dana jede laganu hranu i pije Donat – mineralnu vodu kako bi imala redovitu i mekanu stolicu. Bolovi u trbuhu su nestali, na malu i veliku potrebu je išla normalno, ginekološki status po operaciji je bio uredan.

## Zaključak

Kolpoplekiza po Neugebauer LeFortu i šav po Kellyu, dopunjen implantacijom polipropilenske mrežice na srastajućim površinama, je operacija kojom se mogu riješiti prolaps uterusa i everzija vagine te prevenirati »demaskirana« SUI.

Fiksacija reponiranog rektuma na opisani način, opsežna levatororafija i kolpoperineoplastika, uz toniziranje analnog sfinktera njegovim skraćanjem se može prepo-

ručiti za liječenje prolapsa rektuma kroz analni sfinkter, što je rijetka ali teška pojava.

## Literatura

1. Angel JA, Roberts JA. Obstructive uropathy from a cystocele. *Urology*. 1981;2:186.
2. DeLancey OLJ. Anatomy and biomechanics of genital prolaps. *Clin Obstet Gynecol* 1993;36:897–909.
3. Käser O, Iklé FA, Hirsch HA. Vaginal procedures for genital descensus. In: *Atlas of Gynecological Surgery*, New York: ed. Thieme – Stratton Inc., 2<sup>nd</sup> ed. 1985: Figures 154–158.
4. Shull LB, Benn JS, Kuehl JT. Surgical management of prolapse of the anterior vaginal segment: An analysis of support defects, operative morbidity, and anatomic outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:1429–39.
5. DeLancey OLJ. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:1717–28.
6. McNeely SG Jr, Hendrix LS, Bennett MS, Singh A, Ransom BS, Kmak CD, Morley WG. Synthetic graft placement in the treatment of fascial dehiscence with necrosis and infection. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:1430–5.
7. Veronikis KD, Nichols HD, Wakamatsu MM. The incidence of low-pressure urethra as a function of prolapse-reducing technique in patients with massive pelvic organ prolapse (maximum descent at all vaginal sites). *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:1305–14.
8. DeLancey OLJ. Structural anatomy of the posterior pelvic compartment as it relates to rectocele. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:815–23.
9. Richardson AC, Lyon BJ, Williams LN. A new look at pelvic relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1976;126:568.
10. Liu CY. Anatomy and clinical evaluation of pelvic floor defects. In: Liu C.Y. and al. (eds.). *Laparoscopic hysterectomy and pelvic floor reconstruction*. 1st ed. Cambridge, Massachusetts: Blackwell Science. 1996:301–10.
11. Porter EW, Steele A, Walsh P, Kohli N, Karram MK. Ten anatomical and functional outcome of defect-specific rectocele repairs. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:1353–9.

Članak primljen: 18. 02. 2002.; prihvaćen: 8. 06. 2002.

Adresa autora: Prim. asist. mr. sci. Vladimir Jolić, dr. med., Ginekološko-porodni odjel, Splošna bolnišnica »Dr. Jože Potrč«, Potrčeva cesta 23–25, 2250 Ptuj, Slovenija