

KADINLARDA İDRAR KAÇIRMADA CERRAHİ TEDAVİ ve HEMŞİRELİK BAKIMI

ELMAS SÜRMEİ
Ank. Ün.Tıp Fak.
İbn-i Sina Hastanesi
Üroloji Anabilim Dalı

TEMEL PRENSİP

Vezikoüretal segmentin normal pozisyon ve desteğinin sağlanmasıdır.

CERRAHİ TEKNİKTE AMAÇ

Modern tedavide amaç en az invaziv yol ile en uzun başarı süresini sağlamaktır.

Kalıcı idrar retansiyonuna yol açacak, çıkım obstrüksiyonu oluşturmadan idrar kaçırmayı düzeltmektir.

CERRAHİDE BAŞARISIZLIK

-Obstrüksiyon

-Üriner retansiyon ve/veya aşırı aktif detrüsöre neden olabilecek aşırı gerginlik oluşturmaktadır.

CERRAHİ KOMPLİKASYONLAR

- Cerrahi kanama
- Mesane ve üretra yaralanmaları
- Yara bölgesi enfeksiyonu
- İYE

CERRAHİ TEKNİK SEÇİMİ

- Son yüzyılda çok fazla teknik öne sürülmüş ameliyatlara kısa dönem başarı oranları uygulanan tekniğe göre %73-96 arasında değişmektedir.
- Genellikle ilk cerrahi girişimin başarı şansı en yüksektir. Bu nedenle seçilen teknik etkin olmalı, minimal morbidite ve postoperatif sekele neden, uzun dönemde etkinliği azalmamalıdır.

CERRAHİ TEKNİK SEÇİMİ

- Ameliyat tipinin seçiminde hastanın genel durumu, üretral mobilite, preoperatif ürodinamik parametreler, cerrahi deneyim ve kullanılan tekniğin olası komplikasyonları göz önünde bulundurulmalıdır.
- Hastanın tercihinde önem verilmelidir.

CERRAHİ TEKNİKLER

- Suprapubik teknikler
- Vajinal teknikler

İster suprapubik, ister vajinal yolla olsun işlemlerinin başarı oranları, uygun teknik seçilmişse birbirlerine yakındır.

CERRAHİ TEKNİK'DE

- Üretra ve mesane boynunun fiksasyon ve yapışıklardan mobilize edilmesi gerekir.
- Süspansiyon sütürlerinin sağlam dokuya yerleştirilmesi gerekir.
- Mesane boynu süspansiyon sütürlerinin uygun yere yerleştirilmesi gerekir.
- Askı sütürleri yeterli sağlamlıkta bağlanmalı, gevşek yada aşırı gergin olmamalıdır.

CERRAHİ TEKNİKLER

- Suprapubik teknikler
- Vajinal teknikler

Histerektomi veya diğer abdominal yada pelvik bozukluklar için abdominal insizyon, diğer olgularda vajinal yaklaşım tercih edilmelidir.

SUPRAPUBİK TEKNİKLER

-MARSHALL-MARCHETT (Kranz tarafından uygulandı)
1949'da tarif edildi.

Başarı oranı % 70-89'dur.

Periüretal dokuyu simfisis pubis arkasına fikse ettikleri tekniktir.

Başlıca komplikasyonu % 2,5-7 oranında osteitis pubisde apse oluşumudur.

SUPRAPUBİK TEKNİKLER

BURCH KOLPOSÜSPANSİYON (1961 yılında Burch tarafından tanımlandı)

Dünyada halen en yaygın kullanılan, uzun dönem başarı oranı yüksek (% 70-80) bir tekniktir.

TEKNİK: Pelvis tabanı, mesane boynu ve mesane bir miktar yukarı ve öne kaldırılır. Gevşeyerek aşağı doğru kayan mesane boynu yukarı çekildiği için karın içi basıncından etkilenir ve hasta öksürüp aksırdığında idrar kaçırmaz.

VAJİNAL TEKNİKLER

SLİNG AMELİYATLARI:

AMAÇ:Üretral obstrüksiyona yol açmayacak ve spontam miksiyona imkan sağlayacak ölçüde çıkım direncini artırmaktır.

SLİNG AMELİYATLARI

TEKNİK: Bu operasyonlarda kurdela şeklinde bir sentetik materyal (sling) üretra altından geçirilerek karın ön duvarı kaslarına fikse edilir. Sling üretrayı yukarı kaldırmamakta hastanın karın içi basıncı arttığıında üretra sling üzerine binmekte ve üretra içi basınç artarak hastanın idrar kaçırmasını engellemektedir.

SLİNG MATERYELLER

Değişik doku ve materyaller kullanılmıştır.

Kullanılan materyal yüksek vajinal ve üretral erozyona yol açabilir.

Günümüzde monofilaman, geniş prositeli, materyeller hem infeksiyon, hemde erozyon oranlarında belirgin bir azalma sağlamıştır.

TENSION-FREE SLINGLER

- Tension – free vaginal tape (TVT)
- Transobturator vajinal tape (TOT)

Tension-free operasyonlar geleneksel yöntemlerin bütün olumsuzluklarını ortadan kaldıran ve inkontinans cerrahisinde yeni bir çığır açan minimal invaziv yöntemlerdir.

TENSION-FREE VAGİNAL TAPE (TVT)

1995 yılında tarif edildi.

Uzun dönem başarı oranı % 95'dir.

Minimal invazivdir.

Lokal, rejyonel ya da genel anestezi altında uygulanabilir.

TVT `de askı mesaneya değil midüüreyaya yerleştirilmektedir.

TRANSOBTURATOR VAJİNAL TEYP (TOT)

2001 yılında tarif edilmiştir.

Mesane komplikasyonlarını en aza indirmiştir. Büyük damar ve mesane yaralanmaları olmaz. (Literatürde çok azda olsa vardır.)

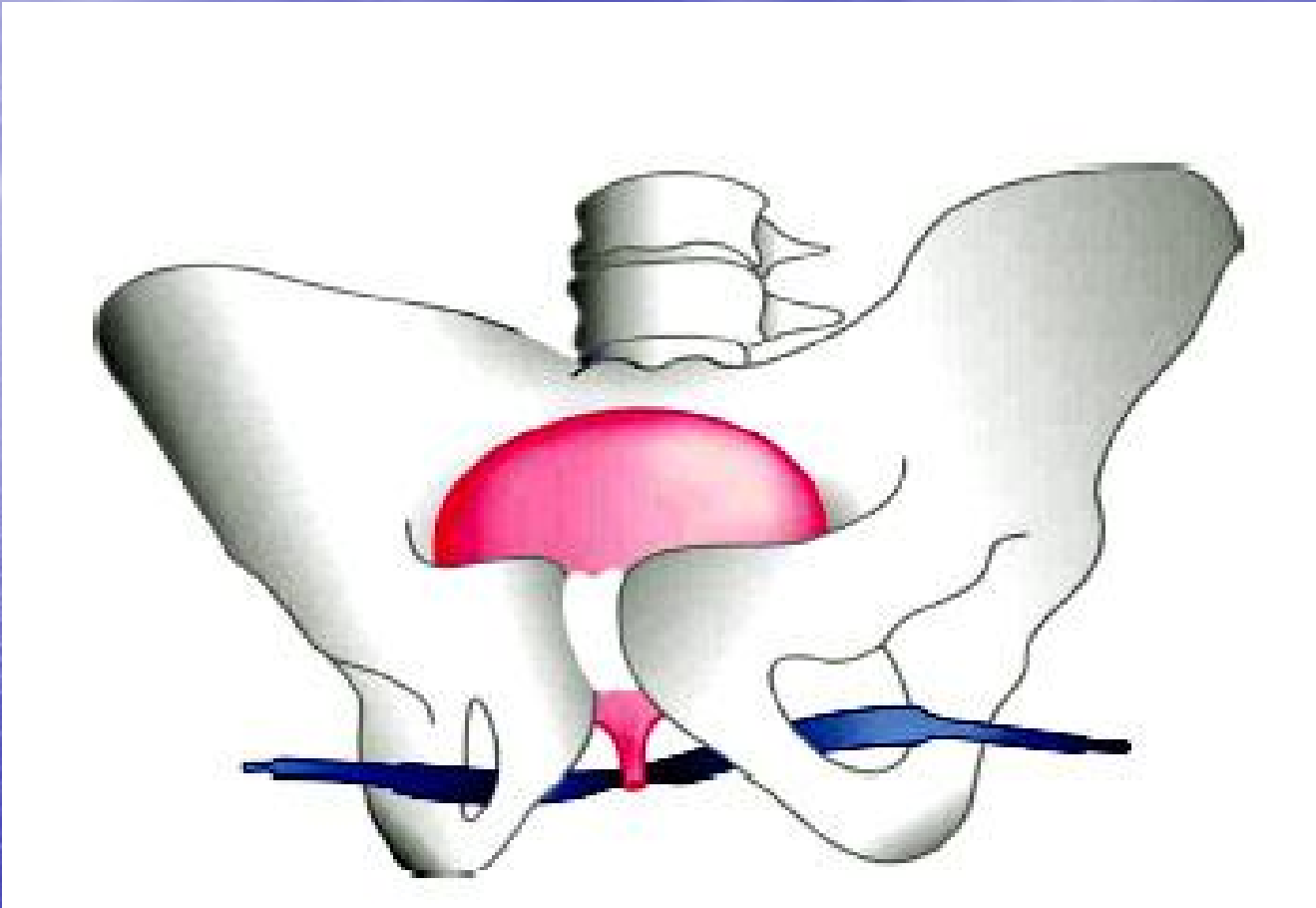
Başarı oranı TVT aynıdır.

TRANSOBTURATOR VAJİNAL TAPE (TOT)

TEKNİK:TVT den farkı sling retzins aralığında geçmez.Transobturator boşluktan geçirilir.

Operasyon süresi daha kısadır.

İki şekilde yapılır.Ya vajenden dışarıya, yada dışardan vajene doğru.



HEMŞİRELİK BAKIMI

-İdrar takibi

Üretral sonda 1 gün kalır.

- Kanama kontrolü

Vajinal tampon 24 saat sonra alınır.

-Rezidüel idrar kontrolü (USG) eşliğinde

HASTA EĞİTİMİ

- 6 hafta sonra cinsel ilişkiye girebilirler.
- Herhangi bir idrar şikayetleri olursa Dr'a başvurup TİT-İK yaptırmalıdır.
- Artan veya uzun süre devam eden vajinal akıntıları olursa Dr'a başvurmalıdır.

HASTA EĞİTİMİ

- Urge inkontinans varsa antikolinergikler başlanır.
- Rezidüel idrar 100 cc den fazla ise TAK başlanır.
- Hasta obesiteden uzak durmalıdır.
- Kabız kalınmamalıdır.

A photograph of a vast blue ocean under a bright blue sky with wispy white clouds. The horizon line is visible in the distance. The text 'teşekkürler.....' is overlaid on the lower half of the image in a white, bold, sans-serif font with a black outline.

teşekkürler.....