

یک روش ابتکاری: خارج کردن استنت داخلی حالب از طریق معاینه مهبل

دکتر مهتاب زرغام*، دکتر همایون عباسی*، دکتر ایرج مشکی**، دکتر مهران رضوانی***

* استادیار اورولوژی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

** دستیار اورولوژی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

*** استادیار بیپوشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تاریخ دریافت: ۱۳۸۵/۴/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۶/۴/۴

چکیده

مقدمه: کسب مهارت‌های دستی که در شرایط ویژه و محرومیت از امکانات بتواند جایگزین تجهیزات آندوسکوپییک اتاق عمل گردد هم برای یک اورولوژیست و هم برای بیمار او سودمند است. هدف از مطالعه حاضر گزارش یک روش عملی ساده برای خارج کردن استنت داخلی حالب به کمک معاینه مهبل، در برخی بیماران زن و در شرایط ویژه است.

روش‌ها: در ۶ ماه اول سال ۱۳۸۴، تعداد ۳۴ بیمار (۳۷ حالب) دارای استنت داخلی حالب، به طور اتفاقی در این مطالعه کارآزمایی بالینی آینده نگر شرکت داده شدند. تکنیک با بی حسی موضعی (مگر در بیماران نیازمند به بیپوشی به دلایل دیگر) پس از موافقت و رضایت شفاهی بیمار انجام می شد. بیمار با مثانه نیمه پر در وضعیت لیتوتومی قرار گرفته، دستگاه تناسلی او از نظر وجود پاتولوژی احتمالی (واژنیت آتروفیک، پرولاپس و ...) معاینه می گردید. سپس با دست چپ معاینه مهبل صورت می گرفت و در مجاورت دیواره قدامی مهبل و تریگون، حالب حاوی کاتتر لمس می گردید. آن گاه با دست راست و با یک پنس با سر منحنی (راموئل)، ۵-۶ سانتیمتر وارد پیشابراه شده، پس از گرفتن کاتتر و حس قوام پلاستیکی آن در دهانه راموئل، به آرامی آن را خارج می کردیم.

یافته‌ها: این روش در اولین گروه بیماران در ۲۷ مورد از ۳۷ (۷۳٪) مورد موفقیت آمیز بوده و عارضه مهمی برای بیماران نداشته است.

نتیجه گیری: در شرایطی که سیستوسکوپ در دسترس نیست، می توان خارج کردن کاتتر حالب با راهنمایی معاینه مهبل را در برخی زنان مسن انجام داد. بهترین نتایج زمانی حاصل می گردد که مثانه نیمه پر و بیمار دارای واژنیت آتروفیک و فاقد سیستوسل باشد

استنت داخلی حالب، معاینه مهبل، سیستوسل

واژگان کلیدی:

- تعداد صفحات: ۷
تعداد جدول‌ها: ۱
تعداد نمودارها: ۴
تعداد منابع: ۱۱

دکتر مهتاب زرغام، گروه اورولوژی، بیمارستان حضرت علی اصغر (ع)، اصفهان

E-mail: mah_zargham@yahoo.com

آدرس نویسنده مسئول:

مقدمه

قراردادن استنت‌های حالب یک اقدام مفید است که هم به منظور پیشگیری و هم به منظور درمان انسداد حالب ناشی از عوامل داخلی، خارجی و یا ایاتروژنیک در بسیاری از بیماران اورولوژی ضرورت دارد.

گرچه خارج کردن کاتترهای حالبی با استفاده از سیستم اسکوپ برای یک اورولوژیست، اقدامی رایج و بسیار آسان است ولی برای یک بیمار، نیازمند صرف وقت و هزینه است، به خصوص آن که بیشتر اورولوژیست‌ها در درمانگاه سیستم اسکوپ در اختیار ندارند.

دسترسی به قسمت‌هایی از دستگاه ادراری از خلال دیواره قدامی مهبل در زنان امکان پذیر است و در مواردی مانند خارج کردن سنگ‌های بزرگ دیستال حالب کاربرد داشته است. در بررسی حاضر، یک مهارت دستی برای خارج کردن استنت داخل حالب در برخی بیماران زن مسن بررسی و ارزیابی شده است.

روش‌ها

این کارآزمایی بالینی در فاصله زمانی بین دی ماه ۸۳ تا اواخر فروردین ۸۴ اجرا شد. در مجموع ۳۲ بیمار که به منظور خارج کردن کاتتر داخل حالب به بیمارستان نور و حضرت علی اصغر (ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مراجعه کرده بودند، بدین روش بررسی شدند. نتایج آن با استفاده از نرم‌افزار SPSS (SPSS, Inc. Chicago, IL) و با استفاده از آزمون Fisher's Exact test ارزیابی گردید. همگی بیماران زن بودند و میانگین سن متوسط آنان ۵۲ سال (حداقل ۲۳ و حداکثر ۸۴ سال) بود که همگی پس از گرفتن رضایت وارد مطالعه شدند.

ویژگی‌های لازم برای ورود به مطالعه، جنس مؤنث و باز بودن پرده بکارت بود. معیار خروج بیمار از مطالعه از داشتن توده لگنی (مانند کانسر سرویکس یا تومور مثانه) و یا در وضعیت طبیعی نبودن محل آناتومیکی حالب به علت ureteral reimplantation.

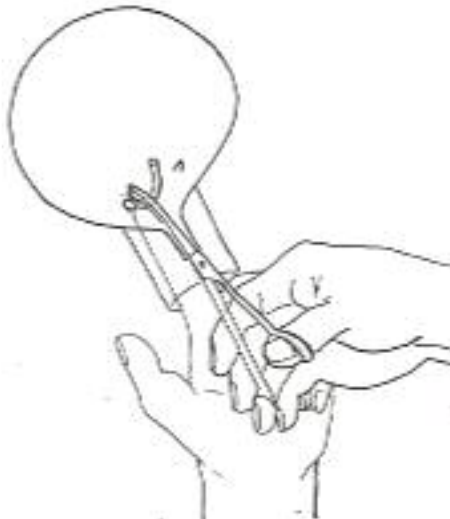
اندیکاسیون‌های کاتتریزاسیون بیماران بر اساس صلاحدید جراح عبارت بود از: پس از انجام (Trans TUL (ureteral Lithotripsy (۱۶ مورد)، قبل از انجام (Extra-corporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL (Lithotripsy سنگ‌های بزرگ (۵ مورد)، کلیه بدون فونکسیون (۳ مورد)، عمل قبلی پیلولیتوتومی (۶ مورد)، آسیب حالب حین یورتروتوسکوپی (۴ مورد)، یورترلیتوتومی (یک مورد)، رزکسیون قبلی یورتروسول (ureterocele) ساده (یک مورد) و هیدرونفروز پس از هیستریکتومی (یک مورد). تنها بررسی پاراکلینیک مورد استفاده عکس ساده شکم (KUB) بود که اورولوژیست پس از گذاشتن Internal ureteral stent درخواست نموده و با استفاده از آن محل کاتتر را مشخص می‌کرد.

از هر بیمار در مورد زمان آخرین بار دفع ادرار سؤال می‌گردید و به وی توصیه می‌شد مثانه خود را نیمه‌پر نگه دارد؛ سپس بیماران در وضعیت لیتوتومی آماده می‌شدند. برای بیحسی مخاط دیواره قدامی واژن و یورترا ده سی سی ژل لیدوکائین ۲٪ در داخل مهبل و پنج سی سی داخل پیشابراه استفاده می‌گردید. واژن از نظر وجود یا فقدان سیستموسل و واژنیت آتروفیک معاینه می‌شد.

پس از پنج تا ده دقیقه که برای بیحسی موضعی بیمار کافی به نظر می‌رسید، معاینه مهبل با دست چپ

بدین منظور با تخمین احتمالی طول پیشابراه از محدوده سه تا چهار سانتی متر و سپس ضلع مربوطه تریگون (یک و نیم سانتی متر) راموئل در طولی حدود ۵ سانتی متر وارده پیشابراه می گردید. قوس لبه راموئل به سمت دهانه حالب مورد نظر کج گردیده، سپس باز می شد. از طرف دیگر، با دست چپ از داخل مهبل، انگشت نشانه در زیر منفذ حالب مورد نظر قرار گرفته، آن را کمی به سمت داخل ممانه بلند می کرد. بدین ترتیب امتداد کاتتر از مخاط کف ممانه فاصله گرفته، احتمال قرار گرفتن آن در دهانه راموئل، بدون آسیب به مخاط ممانه، بیشتر می شد. در نقطه ای که لمس دهانه حالب امکان پذیر شود، پس از احساس مقاومت پلاستیکی کاتتر بین دو لبه فلزی راموئل، با بستن آن کاتتر به آرامی خارج می شد.

در هر بیمار حداکثر سه مرتبه برای خارج کردن یک کاتتر اقدام و پس از آن موفقیت یا عدم موفقیت ثبت می شد (شکل شماره ۳). به همه بیماران به مدت سه روز، آنتی بیوتیک پیشگیری (سیپروفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز) تجویز می شد.



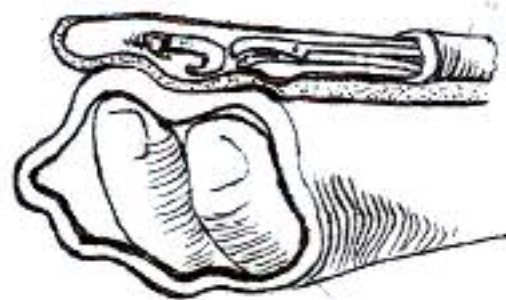
شکل ۳: معاینه مهبل و بالا راندن کاتتر حالب با دست چپ و گرفتن کاتتر با دست دیگر
۱- گرفتن انتهای کاتتر و خارج کردن آن توسط راموئل

انجام می شد؛ در طی لمس، منفذ یا دهانه حالبها در حدود ۲-۱ سانتی متری از گردن ممانه جستجو می شد (شکل ۱ و ۲). گرچه لمس تریگون و دهانه حالب از طریق معاینه مهبل، مبهم است ولی اضافه شدن قطر کاتتر حالب و قوام آن، لمس حالب دارای کاتتر را از لمس حالب خالی متفاوت می سازد (شکل ۱) و سرنخی از محل دهانه حالبی حاوی کاتتر به معاینه کننده خواهد داد.



شکل ۱: تصویر شماتیکی از ارتباط دهانه حالب با دیواره قدامی مهبل در نمای ساژیتال
۱- دهانه حالب حاوی استنت حالب
۲- دیواره قدامی مهبل
۳- دهانه پیشابراه

در مرحله بعدی برای گرفتن کاتتر از راموئل یا هموستات فورسپس با نوک منحنی استفاده می شد.



شکل ۲: انگشت نشانه دهانه حالب را لمس کرده، بالا می راند تا با راموئل گرفته شود.
۱- دهانه پیشابراه
۲- دیواره قدامی مهبل
۳- دهانه حالب حاوی استنت

یافته‌ها

خارج کردن ۳۷ کاتتر حالبی از ۳۴ بیمار بدین روش، توسط یک اورولوژیست، تحت آزمون قرار گرفت. در ۲۷ مورد (۷۳٪) خارج کردن کاتتر موفقیت آمیز بود و در ۱۰ مورد با شکست مواجه شد. در جدول ۱ یافته‌ها در این دو گروه با یکدیگر مقایسه شده است.

جدول ۱. مقایسه فراوانی برخی شاخص‌ها در دو گروه موفق و

ناموفق از نظر خروج کاتتر

P-value	گروه موفق	گروه ناموفق	
۰/۰۰۹	۵	۲	خالی بودن مثانه
۰/۴۴۲	۴	۷	سیستوسل
۰/۴۶۱	۳	۱۳	واژینیت آتروفیک
۰/۰۱۴	۴	۱	جوان بودن بیمار (۲۵-۴۵ سال)

چنانچه در جدول ۱ ملاحظه می‌شود خالی بودن مثانه و جوان بودن بیمار دو یافته با تفاوت معنی‌دار است که در گروهی که خارج کردن کاتتر ناموفق بوده است بیشتر مشاهده می‌گردد.

از نظر عوارض، در هشت مورد (۲۳٪) هماچوری گروس (خفیف و گذرا) مشاهده گردید که در ۴ مورد این عارضه در بیمارانی که با مثانه خالی تحت آزمون قرار می‌گرفتند بروز کرد؛ پس از این تجربه، برای بیماران تنها با مثانه پر اقدام صورت می‌گرفت. علائم پیلونفریت در یک مورد گزارش گردید. سوزش ادرار و احساس ناراحتی مثانه هم به صورت محدود و گذرا دیده شد و نیاز به دخالت درمانی نداشت.

بحث

استنت‌های حالبی گرچه بسیاری از عوارض بعد از دخالت‌های اورولوژی را کاهش می‌دهند ولی، تحمل آن‌ها در سیستم ادراری مشکل بوده (۱-۲)، وقت و هزینه‌ای که برای پذیرش مجدد در اتاق عمل و خارج کردن آن‌ها لازم است، برای بیمار ناراحت‌کننده خواهد

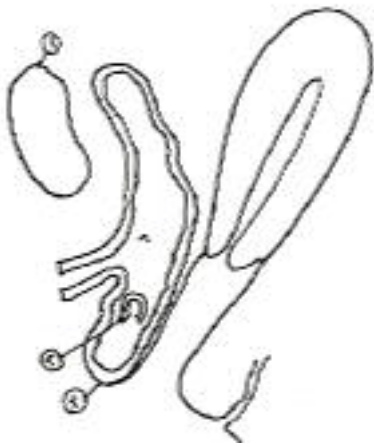
بود (۳). از سوی دیگر بیشتر اورولوژیست‌های کشورمان فاقد تجهیزات اندوپیرولوژیک در درمانگاه و مطب هستند و بدین ترتیب روزانه کسر بزرگی از برنامه اتاق عمل را به بیمارانی اختصاص خواهند داد که تنها به خارج کردن کاتتر حالب نیاز دارند؛ بدین ترتیب پیشنهاد روش عملی ساده‌تر، به ویژه در کشورهای در حال توسعه، در شرایط ویژه می‌تواند مفید باشد.

تکنیک S.R.V. (Stent Removal by)

(Vaginal Examination) با تکیه بر دیدگاه Persky و همکاران ایشان ارائه گردیده؛ در روش ایشان با لمس سنگ حالب از دیواره قدامی مهبل، با برشی بر روی دیواره مهبل، در محاذات تریگون، حالب باز، سنگ خارج و دوباره لایه‌ها ترمیم می‌گردد. در حقیقت بین دیواره قدامی مهبل و کف مثانه بافت کمی وجود دارد که لمس اجسام خارجی را از خلال آن ممکن می‌سازد (۴). تجربه‌های دیگر برای تأیید این مطلب گزارش‌هایی است از حساسیت بیشتر سونوگرافی داخل مهبل برای نشان دادن سنگ‌های دیستال حالب، در مقایسه با سونوگرافی شکمی است (۵-۶).

با توجه به طول کوتاه پیشابراه زنان، به ویژه زنان کهنسال و با توجه به این که نازک‌تر شدن دیواره مهبل در این سنین لمس کاتترهای مثانه را تسهیل خواهد کرد (۷)، SRV در این بیماران پیشنهاد مناسبی بوده و با موفقیت قابل قبولی (۷۳٪) در اولین گروه بیماران، مفید واقع گردیده است. عوارض SRV به عنوان یک تکنیک بدون دید، در مقایسه با سیستوسکوپی برای خارج کردن کاتتر حالب قابل قبول است و تنها محدود به هماچوری مختصر و خود محدود شونده (۲۳٪) و عفونت ادراری همراه با علائم سیستمیک

حالب می شود (۱۰) و بدین ترتیب امکان دارد کاتتر در این دالان مدفون و از دسترس راموئل خارج شود (شکل ۴)؛ البته نتایج در این حجم نمونه معنی دار نبوده، نیاز به تجربیات بیشتری دارد. توصیه می گردد مطالعات مشابه بیشتری برای جستجوی روش های ساده در خارج کردن کاتترهای حالی صورت گیرد (۱۱).



شکل ۴. تأثیر پرولاپس دیواره قدامی در جا به جایی تریگون و

دهانه حالب

۱- سمفیز پوبیس

۲- دهانه حالب حاوی کاتتر

۳- پرولاپس دیواره قدامی مهبل

نتیجه گیری: خارج کردن کاتتر حالب از راه معاینه مهبل در صورت در دسترس نبودن سیستوسکوپ روش مفیدی بوده و در ۷۳٪ موارد موفقیت آمیز است. برای این منظور، بهتر است بیماران پس از سن یائسگی و با مثانه نیمه پر انتخاب شوند.

۳/۰٪) می شود که در حقیقت مجموعه ای از عوارض مربوط به استنت (۸) و دستکاری ناشی از آن همراه با تکنیک SRV است. در مجموع بر اساس این تحقیق، SRV در اولین گروه مورد مطالعه نتایج قابل قبول و عوارض محدودی داشته است. عواملی که در موفقیت تکنیک مؤثر هستند عبارتند از:

۱- توصیه می شود برای انجام تکنیک مثانه بیمار پر باشد، چرا که کاتتر در محفظه درونی مثانه به طور نسبی معلق شده، کم تر به جدار می چسبد و خطر آسیب مخاط مثانه توسط پنس گیرنده کم تر خواهد شد.

۲- در زنان جوان ضخیم بودن مخاط واژن و قوام عضلات دیافراگم لگنی (۹) لمس دهانه حالب را مشکل می سازد. در این مطالعه، پس از چهار مورد تجربه ناموفق در زنان جوان، از انجام تکنیک در زنان زیر ۴۵ سال صرف نظر گردید.

۳- واژنیت آتروفیک سبب نازک و صاف شدن مخاط واژن می شود و دیواره قدامی مهبل را نازک می سازد (۷)، بدین ترتیب دقت معاینه کننده در لمس دهانه حالب بیشتر می گردد. گرچه در این بررسی، فراوانی واژنیت آتروفیک در دو گروه بیماران معنی دار نبوده است (جدول ۱).

۴- وضعیت آناتومیک طبیعی دیواره قدامی واژن بهترین حالت برای لمس تریگون و دهانه حالب است. همچنین وجود سیستوسل شانس موفقیت مانور را کمتر خواهد کرد. پایین آمدن دیواره قدامی مهبل سبب چین خوردگی تریگون در حد فاصل پیشابراه و منفذ

منابع

1. Li Ming S, Sosa RR. Ureteroscopy and retrograde ureteral access. In: Walsh P, Retik A, Vaughan D, Wein A, Partin A, Kavoussi L, et al, editors. Campbell's Urology. 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2002. p. 3306-19.
2. Joshi HB, Stainthorpe A, MacDonagh RP, Keeley FX, Timoney AG, Barry MJ. Indwelling ureteral stents: evaluation of symptoms, quality of life and utility. J Urol 2003;169(3):1065-9.
3. Joshi HB, News N, Stainthorpe A, MacDonagh RP, Keeley FX, Timoney AG. Ureteral stent symptom questionnaire: development and validation of a multidimensional quality of life measure. J Urol 2003;169(3):1060-4.
4. Persky L, Hock WH, Krush ED. Surgical management of the ureter. In: Harrison JH, Gittes RF, Perlmutter AD, Stamey TA, Walsh PC. Campbell's Urology. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 1979. p. 2188-210.
5. Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. J Urol 1993;149(6):1459-62.
6. Laing FC, Benson CB, DiSalvo DN, Brown DL, Frates MC, Loughlin KR. Distal ureteral calculi: detection with vaginal US. Radiology 1994;192(2):545-8.
7. Nguyen HN, Salman F, Donato D, Averette H, Sevin BU, Penalver M. Removal of indwelling ureteral catheter with ultrasound guidance. J Reprod Med 1994;39:92-6.
8. Tsai CC, Semmens JP, Semmens EC, Lam CF, Lee FS. Vaginal physiology in postmenopausal women: pH value, transvaginal electropotential difference, and estimated blood flow. South Med J 1987;80(8):987-90.
9. Damiano R, Oliva A, Esposito C, De Sio M, Autorino R, D'Armiento M. Early and late complications of double pigtail ureteral stent. Urol Int 2002;69(2):136-40.
10. Delancey JO. Fascial and muscular abnormalities in women with urethral hypermobility and anterior vaginal wall prolapse. Am J Obstet Gynecol 2002;187(1):93-8.
11. Beiko DT, Knudsen BE, Denstedt JD. Advances in ureteral stent design. J Endourol 2003;17:195-9.

Received: 22.7.2006

Accepted: 25.6.2006

An Innovative Technique: Ureteral Stent Removal by Vaginal Examination

Zargham M MD*, Abbasi H MD*, Moshki I MD**, Rezvani M MD***

* Assistant Professor of Urology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan

** Assistant of Urology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan

*** Assistant Professor of Anesthesiology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan

Abstract**Background:**

Finding manual skills for special circumstances would be important both for the urologist and the patient. In this study a simple technique was examined to facilitate the removal of ureteral stent by vaginal examination in some female patients under special condition.

Methods:

Overall, 32 female patients (37 ureteral stent) underwent Stent Removal by Vaginal (SVR) examination technique. The patient was positioned in lithotomic position and was asked to keep her bladder semi-full. The ureteral stent in the ureteral orifice was touched by the index finger between the anterior vaginal wall and the bladder trigone; then the grasping forceps held by the other hand entered the bladder through the urethra to reach the end of the stent and pull it gently and completely.

Findings:

The technique was done successfully in stents. No significant side effect was observed after using SRV technique, but gross hematuria was seen in eight patients (23%).

Conclusion:

S.R.V. technique is a simple and effective procedure that dose not require additional equipments or personnel. was more useful in elderly women with atrophic vaginitis and without cystocele.

Key words:**Ureteral stent, vaginal examination, cystocele****Page count:**

7

Tables:

1

Figures:

4

References:

11

Address of Correspondence:Mahtab Zargham, Department of Urology, St. Ali-Asghar hospital, Isfahan, Iran
E-mail: mah_zargham@yahoo.com