# Ohutsuolieviskeraatio anteriorisen Elevate leikkauksen jälkeen

Marja-Liisa Eloranta
naistentautien erl, KYS
Urogynekologisen pientyöryhmän koulutus 29.8.2014

# Potilastapaus

- 84 v
- RR-tauti, hyperkolesterolemia, artroosi
- Atacand, Adalat, Nitrosid, Primaspan, Imovane, Vagifem
- P8 alateitse, BMI 23
- operaatiot:
  - Laparotomiateitse hysterektomia (myoomat, hypermenorrea) 30 v aiemmin
- 1/12 laskeumaoireet, 4/12 pkl: gr3 kystocele, laskeumarengas → limakalvot rikki
- 6/12 KA + sakrouterinaligamenttituki vaginan pohjaan

# Potilastapaus

- 3 kk KA:n jälkeen uusi laskeuma, g3 sentraalinen kystocele, takaseinä hyvä, pohja pysyy
- Hauraat limakalvot, 5 x 5 cm haavauma keskellä
- Paikallishoito (Dalacin + Pausanol)



# Potilastapaus

- 28.1.2013 anteriorinen Elevate
- emättimen pohja ei laskeudu
- resekoitu keskeltä 2x3 cm pinnallinen haava, ei limakalvon trimmausta muuten, sulku knopein
- Jatkettu kefaleksiimi + metronidatsoli postop.
- virtsaretentio, korjaantuu
- 4/13 JT kaikki kunnossa, Vagifem jatkuu

# Potilastapaus

- 11/13 soitto: jotain pullottaa, ajoittain verta
- 3.12.2013 gyn pkl eval: vaginan pohja ja takaseinä vyöryvät introituksen ulkopuolelle, sentraalinen limakalvorikko 1x2 cm
- Etuseinä hyvä
- Limakalvojen hoito
- Leikkausta oli tarkoitus suunnitella erl:n kanssa



# 10.1.2014



# Potilastapaus

- Klo 9 kaupassa ”jokin rapsahtanut”
- Terveyskeskuslähetteellä ”peräsuolen pullistuksen” vuoksi
- Klo 13.53 tutkittu pkl:lla
  - Ohutsuolen lenkit työntyvät ulos emättimestä
  - Suoli vitaali mutta reponointi ei onnistu koska perforaatioaukko niin pieni
  - Perforaatio vaginan pohjan arvessa
  - Suoli peitelty keittosuolataitoksilla
  - Kefuroksiimi 1.5 g i.v.
- Leikkaus klo 15.00

# Potilastapaus

- Tp: suoli vitaali, palautettu vatsaonteloon, resekoitu vaginan nekrottinen reuna ja enterocele pussi, enterocelen sulku tukevasti korkealta, vaginan sulku kahdessa kerroksessa, KP, sakrospinosusfiksaatio oik. Elevate verkon mediaalipuolelle. Elevate hyvin paikoillaan.
- Antibiootti kefuroksiimi + metronidatsoli 3 vrk
- Kotiutuu 3 pop
- JT 10.4.2014: lyhyt emätin, ei celejä, limakalvot ohuet mutta ehjät, oireeton, Pausanol

# Vaginaalinen eviskeraatio

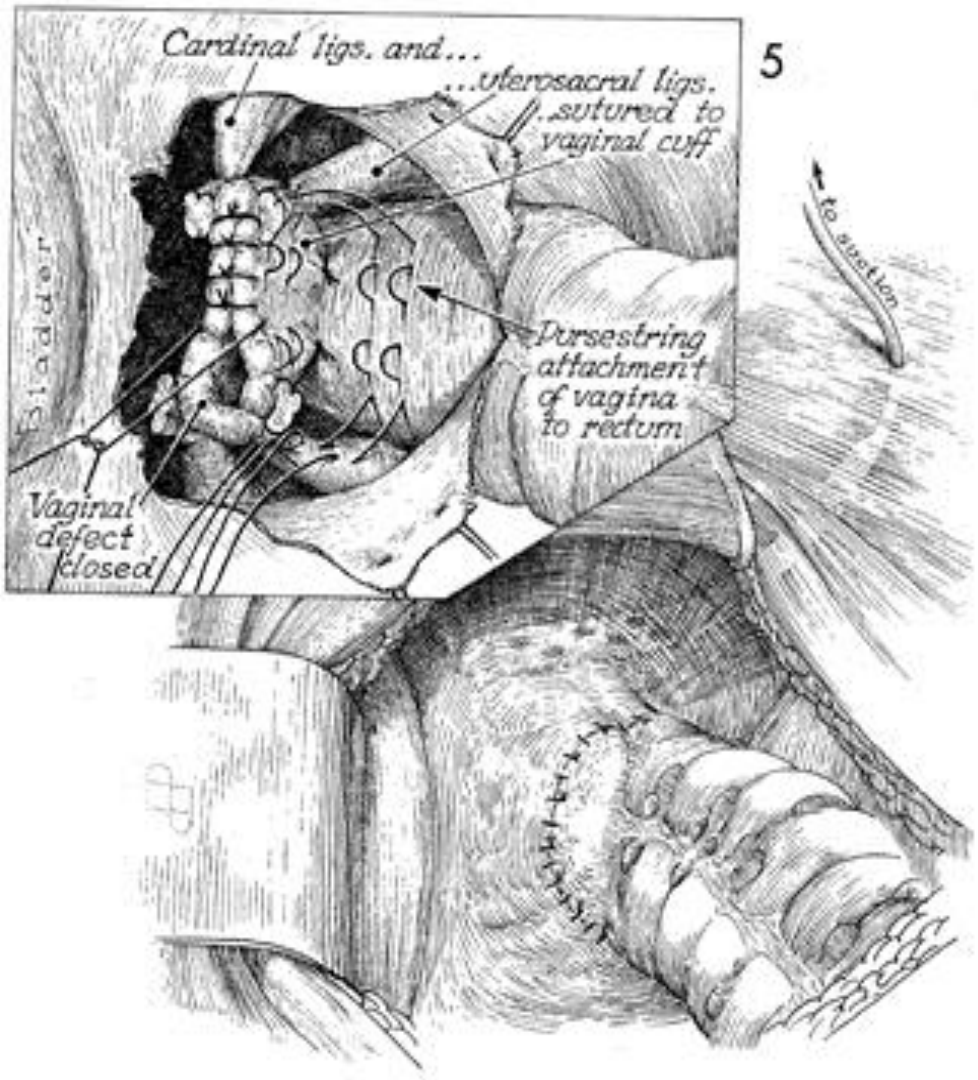
- Harvinainen, Hyernaux kuvasi ensimmäisen kerran 1864
  - **aiempi vaginaalinen kirurgia 73%:lla** (hysterektomia)
    - Insidenssi 0.032-1.2 %
  - Vaginan trauma (obstetrinen trauma, yhdyntä, vierasesineet)
  - Spontaani esim. enterocelessä
- 3 pv -30 vuotta leikkauksesta
- Taustalla ulostaminen, yskiminen, yhdyntä, spontaanisti
- Tavallisesti distaalinen ileum, myös omentti, colon, tuba tai appendix

# Vaginaalinen eviskeraatio

- Riskitekijät
  - Enterocele (34-64%:lla), vaginan ulseraatio
  - Leikkaustapa: tavallisesti VH:n jälkeen
  - Elektrokoagulaatio, ompelutekniikka?
  - Ikä, useat vaginan leikkaukset, atrofia, krooninen yskä, infektio, hematooma
  - haavan paranemista huonontavat tekijät (maligniteetti, kortisonin käyttö, aliravitsemus, aiempi sädehoito, tupakointi, diabetes),

# Vaginaalinen eviskeraatio

- Hoito: ei konsensusta
- Vaginaalisesti, abdominaalisesti, laparoskooppisesti, kombinoitu reitti
- Nekroottisen suolenosan ja vaginan seinämän resektio, vaginadefektin korjaus
- Sakrouteriinisten ja kardinaaliligamenttien tuki
- Fossa Douglasin sulku
- Omentin voi vetää vaginan pohjan päälle, vatsaontelon huuhtelu, dreeni, postoperatiivinen antibiootti
- Omentti-kieleke, graciliksen myokutaanikieleke , gluteus maximus myokutaanikieleke, rektuslihaksen myokutaanikieleke tarvittaessa




Atlas of pelvic surgery

- "After the small bowel has been adequately inspected and cared for, the defect in the pelvis must be repaired. The important structures shown here are the cardinal ligaments, uterosacral ligaments, anterior rectum, and vagina**. The cardinal ligaments should be reapproximated to the angles of the vagina.** The vaginal defect itself should be closed with 0 synthetic absorbable suture.

**The cul-de-sac should be obliterated by several 0 synthetic absorbable sutures placed in the posterior vaginal wall through the uterosacral ligaments, the anterior wall of the rectum, the uterosacral ligament on the opposite side, and back to the posterior vaginal wall**. After all of these sutures have been placed, they should be progressively tied from the deepest to the most superficial.

**The pelvic peritoneum should be reconstructed.** If there has been any contamination from intestinal contents, a suction drain should be placed in the pelvis."

# Lähteet


- Cronin B, Sung VW, Matteson KA**. Vaginal cuff dehiscence: risk factors and management**. AJOG 2012;284-288.
- Mettu JR, Colaco M, Badlani GH. **Evidence-based outcomes for mesh-based surgery for pelvic organ prolapse.** Curr Opin Urol 2014;24(4):370-374.
- Moen MD, Desai M, Sulkowski R. **Vaginal evisceration managed by transvaginal bowel resection and vaginal repair.** Int urogynecol J 2003;14:218-220.
- Rajesh S, Kalu E, Bong J et al. **Evisceration 5 years post abdominal hysterectomy.** J Obstet Gynaecol Res 2008;
- Rapp DE, King AB, Rowe B et al. **Comprehensive evaluation of anterior elevate system for the treatment of anterior and apical pelvic floor descent: 2-year followup.** J Urology 2014;191:389-394.