

A scrotum bőrén áttört műsphincter visszahelyezése sürgős műtéttel

Fehér Ádám dr., Bajory Zoltán dr., Hajdú Erzsébet dr., Pajor László dr.

Szegedi Tudományegyetem, Urológiai Klinika, Szeged (igazgató: Bajory Zoltán dr.)

Levelezési cím:
Dr. Pajor László
SZTE Urológiai Klinika
6725 Szeged, Kálvária sgt. 57.
E-mail:
pajor.laszlo@med.u-szeged.hu

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzés: A szerzők prosztatatarák miatti radikális prostatectomia következtében inkontinens, műsphincter-beültetésen átesett beteg többszörös pumpa perforációs esetét mutatják be.

Esetismertetés: A bemutatott 76 éves beteget prosztatatarák miatt operálták. A műtéti preparátum sebési szél pozitív lett, ezért besugarazzatták. Közvetlenül a műtét után teljes inkontinenciát észlelt és ezen konzervatív kezelés sem javított. 2013-ban a megfelelő kivizsgálás után műsphincter- (AMS 800) beültetés történt, ezután kontinensé vált. Fél év múlva a pumpa körül a herezacskó bőre begyulladt, majd itt a pumpa perforált. A betegség megoldására két lehetőség adódott, a készülék teljes eltávolítása vagy a pumpa visszaültetése. Műtét történt, bőrfertőtlenítés és a gyulladt szél eltávolítása, valamint a pumpa visszaültetése a scrotum bőr felszíne alá. A seb begyógyult és a készülék jól működött. Két év múlva a herezacskó bőrerózió megismétlődött. Ismételt műtéttel újra beültetés történt. Az újbóli aktiválás óta eltelt fél évben a műsphincter jól működött és a beteg kontinens maradt.

Megbeszélés: A bőrt átlukasztó műsphincter-alkatrész esetén is megkísérélhető a sürgős visszaültetés.

KULCSSZAVAK:

RADIKÁLIS PROSTATECTOMIA, INKONTINENCIA, MÚSPHINCTER

Reimplantation of artificial urinary sphincter pump after scrotal skin erosion

SUMMARY

Objective: The authors present the history of a patient suffering multiple scrotal skin inflammation and pump perforation following artificial sphincter implantation.

Case report: The presented case – a 76 year-old patient – was operated because of prostate cancer. The dissection revealed positive surgical margin and for this reason irradiation was performed. Just after the operation the patient noticed total incontinence and the conservative treatment was unsuccessful. In 2013 after the right evaluation an artificial sphincter (AMS 800) was implanted and the patient became continent. Half a year later, scrotal skin inflammation developed around the pump and within a few days the pump perforated here. Two options emerged for elimination of the disease, to remove or to reimplant the perforated component. Operation was performed: proper local disinfection, resection of the surrounding skin and the pump was reinserted. The wound healed and the equipment functioned in a normal way. After two years, in the same manner as previously, scrotal skin erosion developed. Once more reimplantation happened and activation of the artificial sphincter. During the last half a year it is still working and the patient remained continent.

Conclusion: In selected cases of skin perforation of artificial sphincter pump urgent reimplantation can be performed.

KEYWORDS:

RADICAL PROSTATECTOMY, INKONTINENCE, ARTIFICIAL SPHINCTER

Bevezetés

Műsphinctert a világon 1973-ban ültettek be először, a jelenleg kapható AMS 800 modellt 1983 óta forgalmazott. Magyarországon bevezetése sokáig késett, az első ilyen műtét 2009-ben történt (1). A postprostatectomiás inkontinencia ki-

vizsgálása a neurogén eredetűnél egyszerűbb feladat, lényeg az egyéves várakozás, eddig spontán javulás lehetséges. Nem kizáró ok a sebési szél pozitívitás és a besugarazás (4).

Az inkontinencia kivizsgálásának fontos tényezői a vizelet napló és a nedves betét súlymérése (6). Meg kell értetni a napló és az urodinámia fontosságát, mert az urológus lényeg-

ges döntés előtt áll, milyen módszert javasoljon megoldásként: szalagot, műsphinctert, esetleg konzervatív kezelést (3). A betétmérés pontosságát is meg kell világítani, mert ez fontos tényező a döntésben, szalag 200 és 400 gr között, műsphincter 400 gr fölötti vizeletvesztésben javasolt. Az urodinamiás vizsgálat, a vizeleti napló és a betétmérés eredményét erősíti, objektiválja a beteg méréseit és persze a közben kialakult hólyagtágulási zavart, a detrusor túlműködést megmutatja. Fontos, hogy a műtét következményeként keletkezett anasztomózis-szűkületet a vizsgálat során kizárjuk, erre az uretrocisztoszkópia alkalmas. Ha a szűkület tehát egy évig nem igényel beavatkozást, akkor a húgycső oldaláról nincs akadálya a beültetésnek (2).

Esetismertetés

J. F. 76 éves igen jó állapotú beteget 2010-ben biopsziával igazolt adenocarcinoma miatt radikális prostatectomiával gyógyítottuk. A szövettani preparátum 5 mm-nél kisebb sebési szél pozitivitást igazolt, ezért a területet besugarztattuk. A PSA-érték a rendszeres ellenőrzés során nem emelkedett 0,03 ng/ml fölé és hormont sohasem kapott. A műtét után teljes inkontinencia jelentkezett, ez konzervatív kezelésre nem javult. A vizeleti napló szerint ürítés csak éjjel történt fekvő állapotban, igaz ekkor vastag sugárban. A betét súlymérés szerint a vesztés 800 gr feletti, az urodinamiás vizsgálat a sphincter működési zavarán kívül más elváltozást nem mutatott. 2013 februárjában a szabályok szerint műsphincter-beültetés történt intraoperatív kipróbálással. A készülék a gyógyulás után jól működött, a beteg kontinensé vált. 2013 decemberében scrotumon gyulladás jelentkezett, majd itt egy hét múlva – antibiotikum

1. ÁBRA: INTRAOPERATÍV FELVÉTEL. A NYÍLÁS KÖRÜL A BŐR MÁR KÖRBE VAN VÁGVA, LÁTSZIK KÖZÉPEN A PUMPA, AMELY ELŐBÚJT



2. ÁBRA: A MÁSODIK VISSZAHELYEZÉSI MŰTÉT UTÁNI PP. GYÓGYULT SCROTUMSEB

adása ellenére – a bőr kilyukadt, így a pumpa a szabadba került (1. ábra). Szisztémás gyulladásos jeleket nem észleltünk, ilyen irányú laboreltérés sem volt. A kezelésre, a gyártó céggel is egyeztetve, két lehetőség adódott. A teljes eltávolítás, amely inkontinenciát jelentett volna, majd várakozás után új műsphincter beültetését a beteg saját költségére (5). A másik lehetőség a fertőzés miatt magas kockázatot hordozó visszaültetés volt. A beteg óhaja döntött, így a visszaültetést választottuk. A pumpát a műtőasztalon fertőtlenítettük, a bőrszélét kimetszettük és a scrotum másik részére, de ugyanezen oldalra tettük vissza. Az aktiválást 6 hét után végeztük el, és a készülék a beteg meglegedettsége ezután két évig jól működött. 2016 áprilisán hasonló tünetek jelentkeztek, scrotum bőrpír, majd a pumpa perforációja. Tekintve, hogy a korábbi visszaültetés két évig jól működött és a beteg is emellett kardoskodott, másodszer is visszahelyezés történt, azzal a különbséggel, hogy a deaktiváló gomb tapinthatóságának rovására, mélyebb scrotum rétegbe került. Az aktiválással 8 hetet vártunk a seb teljes gyógyulásáig (2. ábra). A készülék azóta jól működik, a beteg kontinens, antibiotikumot a perioperatív egy hét kivételével nem szedett.

Megbeszélés

A gyakorlatban a műsphincteres beteg nagyon elégedett, a nedvesség és a betétek kényelmetlensége után újjászületik. A kontinencia elvesztésének réme rosszul érinti, ezért mindenben együttműködő, reális kockázatokat szívesen vállaló beteg. A korai posztoperatív szakban jelentkező szövődmények általában a beültetés technikájával kapcsolatosak. Ha a mandzsetta tág, akkor csepegés jelentkezik, ha pedig baktérium kerül a

sebbe, akkor láz jelentkezik, amely akár szepszisig romolhat. A késői szövődmények közül kiemelkedik a húgycső-atrófia és erózió, ilyenkor az eltávolítás elkerülhetetlen.

A készülék, illetve annak egy része körüli fertőzés, tályogképződéshez vezethet, a gennyezés áttörheti, perforálja a bőrt. Általános szabály, hogy először antibiotikum-kezeléssel lehet próbálkozni, majd ha ez sikertelen, akkor a gyulladást fenntartó idegen testet el kell távolítani. Saját esetünkben – kellő körültekintéssel – a szabályt rugalmasan értelmeztük, egyedi

megoldást választottunk. Az eset további tanulsága, hogy a műtétnél, illetve előkészítésnél még körültekintőbben kell követni a sterilitás szabályait.

Következtetés

A bőrt átlukasztó műsphincter-alkatrész esetén is megkísérelhető a sürgős visszaültetés.

Irodalom

1. Bajory Z, Meszlényi J, Pajor L. Posztoperatív inkontinencia megszüntetése műsphincter beültetéssel. *Magy Urol* 2009; 21(1): 12–17.
2. Brant WO, Erickson BA, Elliott SP, Powell C, et al. Risk factors for erosion of artificial urinary sphincters: a multicenter prospective study. *Urology* 2014; 84 (4) <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2014.05.043>
3. Comiter CV, Amy D. Dobberfuhl. The artificial urinary sphincter and male sling for postprostatectomy incontinence: Which patient should get which procedure? *Invest. Clin Urol* 2016; 57: 3–13. <https://doi.org/10.4111/icu.2016.57.1.3>
4. Hird AE, Radomski SB. Artificial urinary sphincter erosion after radical prostatectomy in patients treated with and without radiation. *Can Urol Assoc J* 2015; 9: 5–6.
5. Linder BJ, Viers BR, Ziegelmann MJ, Rivera ME, Rangel LJ, Elliott DS. Artificial urinary sphincter mechanical failures – is it better to replace the entire device or just the malfunctioning component? *J Urol* 2015; 195: 1523–1528.
6. Peterson AC, Webster GD. Artificial urinary sphincter: lessons learned. *Urol Clin N Am* 2011; 38: 83–88. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2010.12.011>