

Húgycsősérülések, ellátásuk

Dr. Végh Attila orvos alezredes, oszt.vez. főorvos

A Magyar Honvédség Központi Honvédkórház Baleseti Sebészeti Osztálya 40 éves fennállása alkalmából tartott tudományos ülésen elhangzott előadás, 1993. január 29.

Kulcsszavak : medencetörés, húgycsősérülés, húgycsőplasztika

A szerző ismerteti a Magyar Honvédség Központi Honvédkórház Baleseti Sebészeti Osztálya, az Urológiai Sebészeti Osztállyal való együttműködése utolsó 10 esztendejének medencesérülésekhez társuló húgycsősérüléseit. Összefoglalja a sérülések anatómiáját, pathológiáját, a diagnosztikai módszereket és a sebészeti megoldásokat 45 húgycsősérülés kapcsán.

1983 és 1993 között az MHKHK Baleseti Sebészeti Osztályával közösen az Urológiai Sebészeti Osztály 45 medencetöréshez társuló húgycsősérülést látott el.

A húgycső klasszikus sérülésformája a húgycső pars membranaceájának rupturája, azaz a diaphragma urogenitálénál szakadás, az os pubis dislocatiójával (1. ábra a,b) Glenn után (5.)

Colapinto V., Mc Callum R. W. (1977) (3) beosztása szerint a sérülésben három fokozat lehetséges:

1. urethra elongatio, húgycsőcontusio mellett,
2. a membranous urethra partialis, vagy komplett rupturája, a diaphragma urogenitale felett, a prostata sérüléseivel, vagy anélkül,
3. a membranous urethra kiterjedt elszakadása a pars bulbosa rupturájával.

A húgycsősérülések diagnosztikájában a következő módszereket alkalmazzuk:

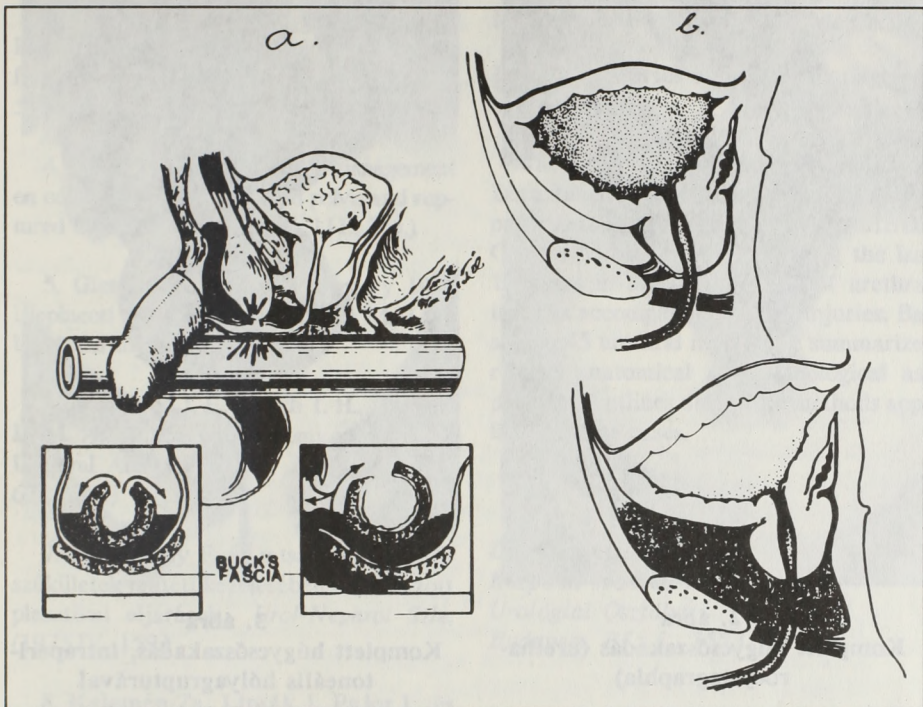
1. retrograd urethrographia,
2. anterograd cysturethrographia,
3. katéterezés,
4. gáti, vagy retropubikus feltárás után fémszondás letapintás.

Általánosságban megállapítható, hogy a húgycsősérülések ellátása függ:

1. a sérülés helyétől,
2. a súlyosság fokától,
3. az ellátásig eltelt időtől.

Ez utóbbi szerint az ellátás lehet korai (lehetőleg azonnali), illetve késői, 2-4 hónap után. Ezek a megoldások endoszkópos, vagy feltárással plasztikai műtétek. (1, 2, 4)

Klinikai anyagunk ismertetése: az elmúlt 10 évben 45 beavatkozást végeztünk hátsóhúgycsősérülés miatt. 32 beteg a sérülés elszenvedése után katéterezhető volt (71,1%), 13 (29,9%) nem, ezeknél epicystostomiás katétert kellett behelyezni és anterograd urethrographia is történt.



1. a., b ábra

A húgycső klasszikus sérülés formája a húgycső pars membranaceájának rupturájával, az os pubis dislocatiojával

A 45 húgycső-sérülésből 16 (35,6 %) u.n. egyszerű húgycső-sérülés volt, míg 29 (64,6%) esetben hólyagruptura is történt. Utóbbiak megoszlása: 8 extraperitonealis (17,8 %), 5 intraperitonealis (11,1%). (2, 3. ábra)

A húgycső-sérülések ellátása során a nyálkahártyára terjedő, a corpus spongiosumot nem érintő sérüléseket szabadon hagyjuk, esetleg erősebb nyálkahártya vérszénél a vizeletet deviáljuk.

A húgycső részleges, vagy teljes rupturája, a corpus spongiosum haematómája esetén (41 eset, 91%), a megfelelő húgycsőszakasz felmetszését, a haematoma kiürítését, ectropionisatiót (a húgycső felhasítása és kiszegése a környező szö-

vetekhez), teljes rupturakor semicircularis anastomosist és ectropionisatiót végzünk.

A húgycsőbe katétert helyezünk és bő-séges drainage mellett történik a sebzés. Elhanyagolt, súlyos, kiterjedt sérülésekkor marsupilatio (a húgycső felmetszése és kiszegése a bőrhöz) és kétnyílásos ureathrotomia készül. (7, 8, 9)

A hátsóhúgycső rupturáinál perineálian, vagy retropubikusan feltárjuk a kérdéses területet; a haematoma kiürítése után kétirányú letapintást végzünk katéterrel, vagy fémszondával és ha lehetséges katéter felett egyesítjük a húgycsővégeket, vagy felhozzuk és az orifitium internumhoz rögzítjük a leszakadt húgycsőveget, epicystostomiás deviálás mellett. Roncsoló



2. ábra

Komplett húgycsőszakadás (uretharocystographia)

sérülés esetén prae-, paravesicalis, sőt gáti drainage is szükséges lehet.

Szövődmények:

Korai 8 eset (17,8%), urininfiltratio, sebgyenyedés, míg késői 13 eset (27%), strictura, incontinentia, impotentia, fistula, sebgyenyedés fordult elő.

Megbeszélés: a medencetörésekhez csatlakozó húgycsősérülések ellátásában döntő a minél korábbi, lehetőleg azonnali seb, illetőleg húgycsőellátás, restructio. Ha azonnali beavatkozás történt 73%-ban elsődleges sebgyógyulást, a húgycső átjárhatóság ellenőrzésekor 14 Ch, vagy a feletti átmérőt, 15 ml/sec, vagy a feletti flow-t, míg 27%-ban elsősorban késői szövődményeket észleltünk, ahol a húgycsőszűkület volt a döntő. Ennek megoldására főleg en-



3. ábra

Komplett húgycsőszakadás, intraperitoneális hólyagrupturával

doscópos megoldásokat alkalmazunk, újabban a műtétet már ambulánsan is végzzük (6), és késői feltárásos plasztikákat csak többszörös, 2 cm-nél hosszabb szűkületek esetében, illetve, ha két-három endoscópos műtét után is szűkület alakul ki, végzzük.

Ezúton is gratulálok a *Baleseti Sebészeti Osztály* eredményes és kitűnő munkájához és további sok sikert kívánok.

Irodalomjegyzék

1. Banyó T., Karsza A., Rózsahegyi J.: Komplett, nagykiterjedésű húgycsőrupturák kezelése. *Urol-Nephrol Szle.* (1984. XI. 2. 87.)
2. Baranyai E.: Urológiai sérülések medencetörésekkel kapcsolatban. *Urol-Nephrol* (1982. IX. 2. 73.)

3. Colapinto V., Mc Callum R.W.: Injury to the male posterior urethra in fractured pelvis. *J.Urol* (1977. 118., 575.)

4. Gibson G. R.: Urological management on complications of fractured pelvis and ruptured urethra. *J. Urol* (1974. 111., 353.)

5. Glenn J. F.: *Urologic Surgery* 1991 Lippincott J. B. Comp. Pierce J. M. J. R. Urethral Injuries. 693.o.

6. Greenland J. E., Lynch T. H., Wallace D. M. A.: Optical Urethrotomy under Local Urethral Anesthesia. *Brit. J. Urol.* (1991. 67., 385.)

7. Gyarmathy F. és mtsai: A húgycső-szűkületek műtéti kezelésében alkalmazott plasztikai eljárások. *Urol-Nephrol Szle.* (1975.IV. 159.)

8. Kelemen Zs., Lipták J., Pajor L., és mtsai: Az elülső húgycső szűkületeinek műtéti kezelése. *Urol-Nephrol Szle.* (1985. XII. 4. 213.)

9. Kocsis I., Zente I.: Húgycsőreconstructiós műtéteink. *Urol-Nephrol Szle.* (1985. XII. Különszám 100.)

Lt. Col. Attila Végh M. D. M. C.

Urethral Injuries and their management

The author reviews the cooperation the Department of Traumatology and the Department of Urologic Surgery, HHDF Central Military Hospital during the last 10 years in the management of urethral injuries accompanying pelvic injuries. Based on 45 urethral injuries he summarizes related anatomical and pathological aspects and outlines diagnostic methods applied in these cases.

Dr. Végh Attila
Közponi Honvéd Kórház
Urológiai Osztálya
Budapest, Pf.: 1., 1553.