

Sezaryen Doğum Sonrası Dirençli Üriner Retansiyon: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Refractory Urinary Retention After Cesarean Delivery: Case Report and Review of Literature

Hüseyin CENGİZ,^a
Murat EKİN,^a
Cihan KAYA,^a
Hediye DAĞDEVİREN,^a
Şükrü YILDIZ,^a
Ali YEŞİL^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 24.04.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 25.11.2013

Yazışma Adresi/Correspondence:
Hüseyin CENGİZ
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
İstanbul
TÜRKİYE/TURKEY
obstetrik@gmail.com

ÖZET Maternal morbiditeye belirgin şekilde yol açan, postpartum üriner retansiyon (PÜR), obstetrik bakımda nispeten sık karşılaşılan bir durumdur. Sezaryen doğum sonrası PÜR gelişimi ile ilgili veriler sınırlıdır. Operasyonun etkileri ve anestezi, doğum sonrası mesane fonksiyonlarını belirgin şekilde etkilemektedir. Bu yazımızda, sezaryen doğum sonrası dirençli PÜR olgusunu literatürü gözden geçirerek sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen; postpartum dönem; idrar retansiyonu

ABSTRACT Postpartum urinary retention (PUR), is a common condition in obstetrical care, which can pose significant maternal morbidity. The data on the development of PUR after cesarean delivery is limited. The effects of the operation and anesthesia complicate postpartum bladder functions. In this report, we introduce a case with resistant PUR after cesarean section with the review of the literature.

Key Words: Cesarean section; postpartum period; urinary retention

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2014;24(1):48-51

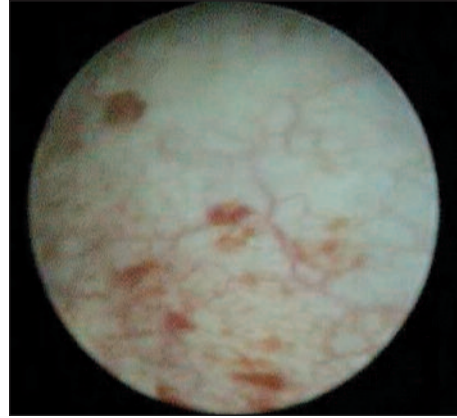
Maternal morbiditeye yol açan, postpartum üriner retansiyon (PÜR), obstetrik bakımda nispeten sık karşılaşılan bir durumdur.^{1,2} Doğum sonrası PÜR prevalansı literatürde %1,5 ile %45 arasında raporlanmıştır.² Ancak sezaryen doğum sonrası PÜR gelişimi ile ilgili veriler sınırlıdır. Operasyonun etkileri ve anestezi, doğum sonrası mesane fonksiyonlarını belirgin şekilde etkilemektedir. Bu sebeple sezaryen doğumun PÜR ile olan ilişkisi net olarak ortaya konulamamıştır. Bu yazımızda, kliniğimizde sezaryen doğum sonrası gelişen ve postpartum dönemde spontan miksiyon yapamayan, PÜR olgusunu literatürü gözden geçirerek sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Yirmi beş yaşında, gravida 1, parite 0 ve 24 haftalık gebeliği mevcut olan hasta, iki gündür devam eden karın ağrısı ve lekelenme tarzında vajinal kanama şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan ilk değerlendirmesinde, genel durumu iyi, vital bulguları stabildi. Vajinal muayenesi; dilatasyon 2 cm, efasman %80, makat prezentasyon olarak belirlendi. Has-

tanın dilatasyon tarzında vajinal kanaması ve minimal uterin kontraksiyonları mevcuttu. Bu bulguların elde edilmesi üzerine erken doğum tehdidi tanısıyla doğumhanemize interne edildi. Öyküsünde bilinen ek medikal hastalık yoktu. Geçirilmiş cerrahi, ilaç veya sigara kullanım öyküsü bulunmamaktaydı. Obstetrik ultrasonografi değerlendirmesinde 24 hafta ile uyumlu yaklaşık 625 g tek canlı makat prezente olan fetüs tespit edildi. Hastaya akciğer matürasyonunu uyarmak amacıyla betametazon 12 mg/24 sa (Celestone chronodose; Schering Plough Tıbbi Ürünler Ticaret A.Ş, İstanbul, Türkiye) uygulandı. Ardından tokolitik tedavi amacıyla Nifedipin (Nidilat 10 mg kapsül, Doğu İlaç®), başlandı. Ancak tokolitik tedaviye rağmen, başvurusunun beşinci saatinde dilatasyonun ilerlemesi ve nullipar makat prezentasyon sebebiyle genel anestezi ile sezaryen doğum operasyonu gerçekleştirildi. Yirmi dördüncü gebelik haftasında prematür 600 g ağırlığında erkek bebek doğurtuldu. Ancak fetüs postoperatif 10. saatinde kar-diyo-pulmoner yetmezlik sebebiyle öldü.

Postoperatif sekizinci saat içerisinde hastanın sondası çekildi ve mobilize edildi. Ancak bu dönemden sonra hasta spontan idrarını yapamadı. Bunun üzerine hasta ileri değerlendirmeye tabi tutuldu. Tam idrar tetkikinde bol lökosit saptandı. İdrar kültüründe E. Coli üredi. Böbrek fonksiyon testleri ve üriner sistem ultrasonografisinde mesane duvar kalınlığında artış dışına herhangi bir patoloji yoktu. Hastaya antibiyotik cefazolin (Cefamezin®) ve üriner antiseptik başlandı. Postvoidal rezidüel mesane volümü (PVRMV) ölçümü abdominal ultrasonografi eşliğinde yapıldı. Ölçümün 750 cc saptanması üzerine hastaya tekrar idrar sondası takılıp, mesane jimnastiğine başlandı. (Sonda iki saat kapalı, 15 dakika açık). Postoperatif üçüncü gününde tüm bu tedavilere rağmen hastanın spontan idrarını yapamaması nedeniyle, hastaya lokal anestezi altında sistoskopi (Karl-Storz-Almanya) yapıldı. Sistoskopide sfinkterik üretra düzeyinde ve mesane boynunda kapiller damarlarda belirginleşme, hemorajik odaklar ve ödem izlendi (Resim 1). Akut kanama odağı veya belirgin obstrüksiyon yapacak düzeyde yer kaplayıcı lezyon izlenmedi. Hastaya ürodinamik analiz yapıldı. Ürodinamik analizde,



RESİM 1: İnternal üretral sfinkter ve mesane trigonunda hemorajik lezyonlar. (Renkli hali için Bkz.

<http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/jinekoloji-obstetrik-dergisi/1300-0306/>)

dolum fazında hasta hiçbir şekilde işeme isteği hissetmedi ve detrusörde kontraksiyon izlenmedi. Hastaya Betanekol klorür (Myocholine-Glenwood®, Glenwood GmbH, Starnberg, Almanya) 25 mg tb günde üç kez başlandı ve hastaya temiz-aralıklı kateterizasyon eğitimi (günde yaklaşık 1600 cc oral sıvı ve dört saatte bir mesane boşaltımı olacak şekilde) verilerek bir hafta sonra kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Birinci hafta kontrolünde hasta, idrar hissettiğini, ancak boşaltmadığını belirtti. Hastanın tedavisi devam etti ve postoperatif 16. günde hasta ilk kez spontan idrar yapabildi. Bu dönemde hastada rezidü idrar 250 cc olması nedeniyle, hastanın tedavisi devam etti. Postoperatif 40. gününde hasta idrarının tam boşaltır hale geldi. Rezidüel idrar ölçümünde 30 cc olması üzerine hastanın tedavisine son verildi.

TARTIŞMA

PÜR, postpartum dönemde nispeten sık karşılaşılan fakat klinisyenler tarafından yeterince değerlendirilmeyen bir durumdur.¹ PÜR tanısı ile ilgili standart bir konsensusa varılamamıştır. 2012 yılında yayımlanan 23 çalışma içeren bir meta-analizde, PÜR tanısında idrar kateteri çıkarılması sonrası 6 ve 72 saat arasında değişen ölçüm zamanları ve PVRMV eşik değeri olarak da 100 mL veya 150 mL kabul edilmiştir.² Biz, kliniğimizde idrar kateteri çıkarımını takip eden altı saatte ölçülen 150 mL üzeri PVRMV değerini kullanmaktayız.

Gebeliğin fizyolojik değişiklikleri ve puerperiumda gerçekleşen fizyolojik geri dönüşümlerin, PÜR gelişiminde esas sorumlu faktörler olduğu düşünülmektedir.³ Gebelikteki hormonal değişimler düz kasları gevşetir, mesane kas gücü azalır. Doğumdan sonra mesane hipotonik bir hal alır ve kapasitesi yavaşça artmaya başlar. Ayrıca doğum sırasında sinir, pelvik kas ve mesane kas tabakası hasarları PÜR gelişimi için önemli sebepler arasında gösterilmiştir.⁴ Konu ile ilgili meta-analiz, PÜR risk faktörlerini enstrümental doğum, epidural analjezi, parite ve epizyotomi olarak belirlemiştir.² Ayrıca literatürdeki diğer çalışmalarda uzamış doğum eylemi, primiparite ve sezaryen doğum da risk faktörleri arasında gösterilmiştir.^{1,3,5} Sezaryen operasyonuna bağlı uterovezikal alanda ödem, postoperatif immobilite ve kesi ağrısı PÜR nedenleri arasında gösterilmektedir.⁵ Bizim incelediğimiz olguda, primipar sezaryen doğum ile 600 g prematür bir bebek doğurtuldu. Sezaryen sonrası gelişen PÜR çalışmaları literatürde oldukça az sayıdadır. İki yüz yedi olgu içeren bir çalışmada, yedi hastada PÜR gelişimi izlenmiş olup, prevalansı %3,38 olarak belirlenmiştir.⁶ Ayrıca yapılan diğer çalışmalarda, morfin kullanımı ile gerçekleştirilen epidural analjezinin ve epidural anestezinin post sezaryen üriner retansiyon ile ilişkili olduğunu bildirmiştir.^{7,8}

Antikolinergikler, antidepresanlar, amfetaminler, opiatlar ve bupropion üriner retansiyon nedenleri arasında gösterilmektedir. PÜR çalışmalarında özellikle morfin üzerinde durulmuştur. İncelediğimiz olguda bu ilaçlar kullanılmamış olup, medikal tedavide kullandığımız nifedipin, betame-tazon ve cefamezinin yan etkileri arasında üriner retansiyon literatürde saptanmamıştır.

PÜR yönetiminde, hastanın mahremiyetini sağlanması, kabızlığın engellenmesi, hastanın ağrısının kontrolü, hastaya ılık duş aldırılması, hastanın ellerini yıkamasının sağlanması ve erken mobilize edilmesi gibi konvansiyonel yöntemler önerilmektedir.⁹ Bu yöntemlerle olguların %50'sinde çözüm sağlanmaktadır.¹⁰ Ancak biz olgumuzda bu yöntemlerle başarıya ulaşamadık. Literatür eşliğinde medikal tedavi incelendiğinde

üriner retansiyon yönetiminde birçok farklı farmakolojik ajan kullanılmıştır. Erken dönem çalışmalarda postoperatif üriner retansiyon olgularında distigmin bromid ve neostigmin gibi antikolinesterazlar kullanılmıştır. Fakat sonraki çalışmalarda bu medikal tedavinin yararlı olmadığı bildirilmiştir.⁵ Yakın zamanda yapılan iki vajinal doğum sonrası gelişen PÜR yönetiminde distigmin bromid kullanılarak başarıya ulaşılmıştır.¹¹ Ayrıca postoperatif üriner retansiyon tedavisinde uzun yıllardır betanekol klorid ve karbokol gibi kolinomimetik ajanlar sıklıkla kullanılmaktadır.¹² Ancak bu medikal tedavi seçenekleri literatürde tartışmalıdır. Bugün PÜR yönetiminde kabul edilen tedavi modalitesi, kateterizasyondur.¹³ Hızlı ve etkili bir şekilde idrar boşaltımı sağlamak ve akut böbrek yetmezliği ve mesane rüptürünü elemine etmektedir. Kateterize edilen olgularda profilaktik antibiyotik önerilmektedir.⁵ Olgumuzu değerlendirecek olursak, hastamızda önce 24 saat kalıcı kateter kullanıldı. Ardından semptomların persiste etmesi üzerine aralıklı kateterizasyon tedavisi uygulandı ve profilaktik antibiyotik başlandı. Yönetimin 10. gününde betanekol klorür tedaviye eklendi. Bu yönetim ile hastanın tedavisi tamamlandı. Ancak literatürle kıyaslandığında hastamız dirençli bir vaka olarak karşımıza çıkmaktadır. Carley ve ark. yaptıkları araştırmada, %45 olgunun PÜR 48 saat içerisinde, %29,4 olgunun 72 saat içerisinde ve %25,5 olgunun bu süre içerisinde düzeldiğini göstermişlerdir.¹⁴ Çalışmalarında en dirençli olgunun 45 günde gerilediğini belirtmişlerdir. Tanı sırasında rezidual hacimleri >700-750 mL üzerinde olan olguların prognozlarının kötü olduğu bilinmektedir.⁹ Bizim olgumuzda da prognoz kötü seyretti ve tedaviye direnç nispeten uzun sürdü. Uzun dönem sekeller açısından, bu olgularda üriner semptom prevalansı genel popülasyondan yüksek değerlidir.¹⁵ Ancak yine de olguların yakın takibi gerekmektedir.¹⁶

Sonuç olarak, PÜR; insidansı, patogenezi ve iyileşme mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Ancak PÜR'ü takiben; dikkatli, erken tanı, çabuk müdahale ve uygun yönetim ile kısa sürede normal mesane fonksiyonlarına dönüş sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Teo R, Punter J, Abrams K, Mayne C, Tincello D. Clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery: a retrospective case-control study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18(5):521-4.
2. Mulder FE, Schoffemeer MA, Hakvoort RA, Limpens J, Mol BW, van der Post JA, et al. Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2012;119(12):1440-6.
3. Groutz A, Hadi E, Wolf Y, Maslovitz S, Gold R, Lessing JB, et al. Early postpartum voiding dysfunction: incidence and correlation with obstetric parameters. *J Reprod Med* 2004; 49(12):960-4.
4. Glavind K, Bjørk J. Incidence and treatment of urinary retention postpartum. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003;14(2):119-21.
5. Yip SK, Sahota D, Pang MW, Chang A. Postpartum urinary retention. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83(10):881-91.
6. Chai AH, Wong T, Mak HL, Cheon C, Yip SK, Wong AS. Prevalence and associated risk factors of retention of urine after caesarean section. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19(4):537-42.
7. Liang CC, Chang SD, Chang YL, Chen SH, Chueh HY, Cheng PJ. Postpartum urinary retention after cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet* 2007;99(3):229-32.
8. Musselwhite KL, Faris P, Moore K, Berci D, King KM. Use of epidural anesthesia and the risk of acute postpartum urinary retention. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196(5):472.e1-5.
9. Lim JL. Post-partum voiding dysfunction and urinary retention. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2010;50(6):502-5.
10. Ching-Chung L, Shuenn-Dhy C, Ling-Hong T, Ching-Chang H, Chao-Lun C, Po-Jen C. Postpartum urinary retention: assessment of contributing factors and long-term clinical impact. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002;42(4):365-8.
11. Humburg J, Holzgreve W, Hoesli I. Prolonged postpartum urinary retention: the importance of asking the right questions at the right time. *Gynecol Obstet Invest* 2007;64(2):69-71.
12. Barendrecht MM, Oelke M, Laguna MP, Michel MC. Is the use of parasympathomimetics for treating an underactive urinary bladder evidence-based? *BJU Int* 2007;99(4):749-52.
13. Humburg J, Ladewig A, Hoesli I, Holzgreve W. Recurrent postpartum urinary retention: a case report. *J Obstet Gynaecol Res* 2009; 35(2):368-71.
14. Carley ME, Carley JM, Vasdev G, Lesnick TG, Webb MJ, Ramin KD, et al. Factors that are associated with clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187(2):430-3.
15. Rizvi RM, Khan ZS, Khan Z. Diagnosis and management of postpartum urinary retention. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;91(1):71-2.
16. Humburg J, Troeger C, Holzgreve W, Hoesli I. Risk factors in prolonged postpartum urinary retention: an analysis of six cases. *Arch Gynecol Obstet* 2011;283(2):179-83.