

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

- prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Med* 2007;33:237-45.
2. Hanefeld C, Lichte C, Mentges-Schröter I et al. Hospital-wide first-responder automated external defibrillator programme: 1 year experience. *Resuscitation* 2005;66:167-70.
 3. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. *Resuscitation* 2005;67:S7-S23
 4. Moretti MA, Cesar LA, Nusbacher A et al. Advanced cardiac life support training improves long-term survival from in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 2007;72:458-65.
 5. Dickey W, Dalzell GW, Anderson JM et al. The accuracy of decision-making of a semi-automatic defibrillator during cardiac arrest. *Eur Heart J* 1992;13: 608-15.

Bilateral suprapubisk abscesdannelse fem år efter inkontinensoperation

Reservelæge Lenette Bech, overlæge Pia Sander & professor Gunnar Lose

Glostrup Hospital, Gynækologisk Obstetriske Afdeling

Resume

Kasuistikken beskriver et forløb med vaginal erosion og bilaterale suprapubiske abscesser hos en 53-årig kvinde fem år efter anlæggelse af *intravaginal slingplasty* (IVS) midturetralslynge. Delvis fjernelse af slyngemateriale var insufficiant. Efter komplet fjernelse af slyngen opnåede patienten fuld remission af symptomer. IVS-slyngens mikroporestruktur er – i modsætning til slyngetyper med makroporer såsom *tension-free vaginal tape* – årsagen til den øgede incidens af erosion og infektion. Dokumentationskravene i forbindelse med introduktion og monitorering af komplikationer til medicinske devices er utilstrækkelige.

Det seneste årti er midturetralslynger blevet et veldokumenteret førstevalg til kirurgisk behandling af stressinkontinens med over en million anlagte *tension-free vaginal tape* (TVT)-slynger på verdensplan.

Midturetralslyngerne består af polypropylene i flere varianter f.eks. monofilamentære med makroporestruktur (f.eks. TVT) eller polyfilamentære med mikroporestruktur (f.eks. *intravaginal slingplasty* (IVS)).

Der er beskrevet komplikationer til midturetralslynger, dels peroperative, oftest blæreperforation, dels umiddelbart postoperative som f.eks. urinretention samt langtidskomplikationer i form af vaginale erosioner, infektion og afstødning af slyngen.

Denne kasuistik beskriver et langvarigt forløb med sene komplikationer efter anlæggelse af en IVS-slynge.

Sygehistorie

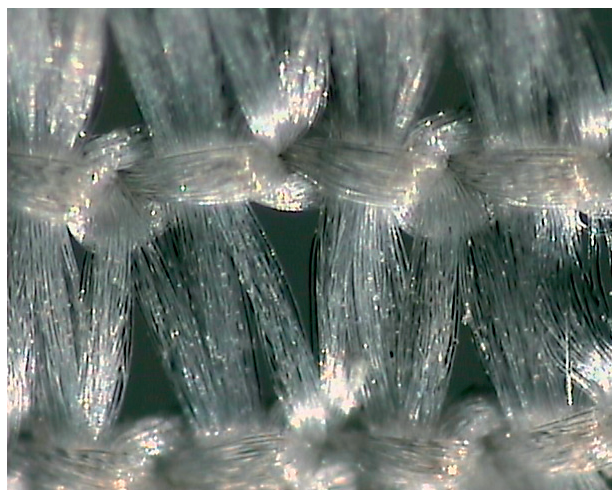
I april 2002 blev en 53-årig kvinde henvist pga. mange års anamnese med stressinkontinens. Urodynamisk undersøgelse viste stressinkontinens. En rutineret urogynækolog udførte IVS-slyngplastikken. Ved operationen opstod blæreperfora-

tion, hvorfor slyngen blev genanlagt. Patienten var ellers tidligere sund og rask. Ved etårs kontrol var patienten kontinent, men havde nyopståede gener i form af recidiverende cystitis. Patienten var via egen læge behandlet gentagne gange med antibiotika med kortvarig effekt.

I maj-november 2003 blev patienten tilset flere gange pga. nedre abdominalsmerter, vaginal blødning og rigeligt udflåd samt fortsat cystitis. Gynækologisk undersøgelse (GU), ultralyd, *smear*, abrasio, hysteroskopi, intravenøs urografi og cystoskopi var normale. Der blev ordineret langtidstantibiotisk behandling og lokalt østrogen.

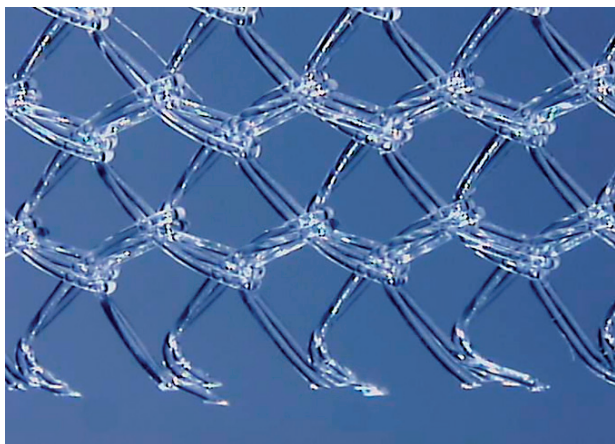
I juni 2004 blev patienten atter henvist med abdominal smerter, vaginal blødning og udflåd. Ved GU fandtes en lille erosion i vaginas forvæg. I universel anæstesi fjernedes den vaginale del af IVS-slyngen (ca. 6 cm) under antibiotikadække. Cystoskopi var herefter normal. I august 2004 observeredes fortsat recidiverende cystitis trods bredspektrede antibiotikakure.

I januar 2007 blev patienten henvist pga. mistanke om dyb absces ved mons pubis ved venstre udgangssted for IVS-slyn-



Figur 1. *Intravaginal slingplasty*, mikroporestruktur.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK



Figur 2. Tension-free vaginal tape, makroporestruktur.

gen. Patienten blev behandlet med antibiotika uden effekt. Efterfølgende incision af abscessen og fjernelse af granulom.

I april 2007 blev patienten henvist med dyb absces ved mons pubis ved højre udgangssted for IVS-slyngen. Desuden var der fisteldannelse fra venstre side efter incisionen i januar. Magnetisk resonansskanning bekræftede mistanke om inflammation og abscedering langs hele IVS-slyngematerialet på begge sider. I universel anæstesi blev abscessen incideret, fistlen blev eksideret og al slyngemateriale på begge sider blev fjernet under antibiotikadække.

Et halvt år herefter var patienten velbefindende, og der var således ingen smerter, cystitis eller inkontinensproblemer. Cikatricerne var ophelt fint.

Diskussion

Ifølge litteraturen optræder få korttidskomplikationer (1-18 måneder postoperativt) ved anvendelse af multifilamentur-etralslynger med mikroporestruktur (IVS; **Figur 1**) og monofilamentslynger med makroporestruktur (TVT; **Figur 2**) [1, 2]. På længere sigt (9-36 mdr.) er der dog senere fundet en overhyppighed af vaginalerosioner på 9-17% samt abscesdannelse efter IVS-slyngplastikker [3-5].

In vitro-undersøgelser tyder på, at multifilamenttære slynger (IVS) pga. mikroporestrukturen <75 mikromillimeter, forhindrer fibroblasters, makrofagers og leukocytters transport i meshen, hvorimod bakterier kan passere, hvilket øger risikoen for indkapsling i slyngemateriale samt risikoen for abscesdannelse. Monofilamenttære slynger med makroporestruktur >75 mikromillimeter (f.eks. TVT), tillader transport af fibroblaster, makrofager og leukocytter, hvilket fremmer den ønskede fibrose omkring slyngen, samtidig med at evt. bakteriekontaminering kan bekæmpes [4].

Ovenstående sygehistorie er bemærkelsesværdig ved senkomplikationer fem år efter primæroperationen. Sygehistorien understreger vigtigheden af komplet fjernelse af al IVS-slyngemateriale ved tegn til erosion eller abscesdannelse, hvor

simpel incidering eller delvis excision af slyngemateriale oftest vil være insufficiant. IVS-slyngen har været brugt i et vist omfang i Danmark, og man må forvente en række patienter med senkomplikationer.

Lægemiddelstyrelsen har på forespørgsel oplyst, at der ikke foreligger indberetninger om komplikationer eller bivirkninger til IVS-slynger.

I Danmark er der ikke en velfungerende overvågning af komplikationer efter nye *devices* såsom polypropylenslynger. Der findes paradoksalt nok ikke krav til dokumentation af virkninger og bivirkninger i forbindelse med introduktion af medicinske *devices*. Spørgsmålet er om dette er hensigtsmæssigt.

Korrespondance: Lenette Bech, Vejlebrovej 144. DK-2635 Ishøj.
E-mail: Lenettebech@ishoejby.dk

Antaget: 11. september 2008

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Rechberger T, Rzezniczuk K, Skorupski P et al. A randomized comparison between monofilament and multifilament tapes for stress incontinence surgery. *Int Urogynecol J* 2003;14:432-6.
2. Lim YN, Muller R, Corstiaans et al. Suburethral slingplasty evaluation study in North Queensland, Australia: The SUSPEND trial. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2005;45:52-9.
3. Siegel AL, Kim M, Goldstein M et al. High incidence of vaginal mesh extrusion using the intravaginal slingplasty sling. *J Urol* 2005;174:1308-11.
4. Meschia M, Pifarotti P, Bernasconi F et al. Tension-free vaginal tape (TVT) and intravaginal slingplasty (IVS) for stress urinary incontinence: A multicenter randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:1338-42.
5. Balakrishnan S, Lim YN, Barry C et al. Sling distress: A subanalysis of the IVS tapes from the SUSPEND trial. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2007;47:496-8.